

Positionnement des médecins généralistes face aux maladies chroniques de leurs proches. Étude qualitative réalisée en 2018 auprès de treize médecins généralistes installés à la Réunion

Raphaëlle Fontaine

▶ **To cite this version:**

Raphaëlle Fontaine. Positionnement des médecins généralistes face aux maladies chroniques de leurs proches. Étude qualitative réalisée en 2018 auprès de treize médecins généralistes installés à la Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02364556

HAL Id: dumas-02364556

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02364556

Submitted on 15 Nov 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 LA REUNION

UFR SANTE

Année 2019 N° 2019LARE024M

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE GENERALE

Positionnement des médecins généralistes face aux maladies chroniques de leurs proches.

Etude qualitative réalisée en 2018 auprès de treize médecins généralistes installés à la Réunion

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2019 à La Réunion

Par Raphaëlle Fontaine née le 2 mai 1991.

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean Marc FRANCO

Assesseurs :

Madame la Professeure Line RIQUEL

Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Monsieur le Docteur Christophe OTTENWAELDER

Monsieur le Docteur Grégory REIX

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Philippe DESMARCHELIER

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS 3

DECLARATION SUR L'HONNEUR - ENGAGEMENT ANTI-PLAGIAT 5

INTRODUCTION 7

MATERIEL ET METHODE 9

RESULTATS : 12

A.L'échantillon 12

B.Description des différentes attitudes adoptées par les médecins interrogés 14

C.Description des principaux facteurs influençant l'attitude des médecins interrogés 27

D.Les conséquences perçues.....45

DISCUSSION 58

CONCLUSION..... 72

BIBLIOGRAPHIE..... 74

ANNEXES 76

Annexe 1 : Canevas d'entretien 76

Annexe 2 : Attitude distante 77

Annexe 3 : Attitude neutre : rôle de consultant / référent 78

Annexe 4 : Attitude impliquée : rôle de médecin coordinateur 81

Annexe 5 : Rôle de médecin traitant de ses proches 85

Annexe 6 : Le serment d'Hippocrate 91

Table des matières 92

RESUME 95

INTRODUCTION

La maladie chronique est définie par l'OMS comme une affection de longue durée qui évolue lentement. Elle peut être plus ou moins grave, elle est rarement guérissable, et peut entraîner des séquelles source d'incapacité ou de handicap. La prise en charge se fait donc dans la durée, avec l'intervention de nombreux professionnels – dans le champ de la santé et de l'action sociale notamment [1].

Le rôle du médecin traitant est primordial dans la prise en charge de ces maladies. Ce dernier peut être un médecin généraliste – le plus souvent – ou un spécialiste. C'est lui qui va orienter le patient dans le parcours de soins, gérer le suivi médical régulier avec la tenue d'un dossier médical, et faire la coordination de soins. Le médecin traitant a aussi pour rôle de prendre en charge le patient dans sa globalité (organe, personne, environnement), et de mobiliser les différentes ressources médicales et médico-sociales pour assurer une prise en charge optimale, notamment par la demande d'affection longue durée si celle-ci est nécessaire.

Ainsi, en tant que médecins généralistes, et médecin traitant de nos patients, nous avons l'habitude de prendre en charge des maladies chroniques. Ces maladies peuvent aussi bien toucher nos patients que nos proches.

En France, il n'y a pas de réglementation spécifique concernant la prise en charge de ses proches par un médecin : « Tout médecin inscrit au Conseil de l'Ordre, qu'il soit généraliste ou spécialiste, libéral ou hospitalier, médecin urgentiste ou médecin salarié d'un centre de santé peut être son propre médecin traitant ou celui des membres de sa proche famille. » [2]. En effet, ne pas permettre à un médecin d'être médecin traitant de ses proches irait à l'encontre du « libre choix du médecin traitant ». Selon l'article 6 du Code de Déontologie Médicale, « le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin », toutefois, le médecin a le droit de refuser d'être le médecin traitant d'un patient qui le lui demande.

La plupart des médecins interrogés lors de thèses réalisées précédemment [3,4,5] disent éviter de prendre en charge leurs proches. Les principales raisons évoquées étaient une perturbation de la rationalité, une prise en charge incomplète, un manque

d’observance de la part de leurs proches, et un manque de cadre [4]. En effet, lorsque nous soignons nos proches, nous ne voyons plus un simple patient avec ses problématiques diverses, son corps et ses organes, mais une personne à qui l’on tient. C’est alors que notre prise en charge diffère, en tout cas le plus souvent. Certains médecins néanmoins, n'ont pas cet à priori, et prennent en charge leurs proches, sans éprouver particulièrement de difficulté.

Quoi qu'il en soit, nos proches peuvent être malades, et nous sommes médecins. Cette dualité médecin-malade va nous mettre en position d'expert vis-à-vis de nos proches et ceux-ci vont facilement avoir tendance à nous solliciter. Parfois par simple courtoisie, lors de bavardages, ils vont nous raconter leurs dernières péripéties médicales, car en tant que médecins, nous *devons* savoir. D’autres fois ils vont se rapprocher de nous pour recueillir notre avis concernant telle ou telle facette de leurs soucis médicaux. En effet, la demande de soins est une évidence pour eux, la proximité physique et affective rend la demande légitime. De plus, cette demande est une marque de confiance envers leur proche-médecin [6]. Enfin, ils peuvent également nous solliciter pour différents "services" tels que des renouvellements d'ordonnance par exemple, ou encore en cas d'urgence.

Les thèses réalisées précédemment ont étudié l’attitude des médecins – généralistes et spécialistes – installés en métropole, face aux problèmes de santé de leurs proches, de façon générale. Ici, nous allons étudier de façon plus spécifique l’attitude des médecins généralistes face aux maladies chroniques de leurs proches. De plus, nombreux médecins généralistes installés à la Réunion ont des proches vivant en France métropolitaine, ce qui peut influencer leur attitude vis-à-vis de leurs maladies chroniques. Les études sus-citées étaient réalisées en métropole, où la distance physique entre le médecin généraliste et son proche est moindre par rapport aux médecins généralistes installés à la Réunion dont les proches vivent en France métropolitaine.

La question de recherche était : quel est le positionnement des médecins généralistes installés à la Réunion face aux maladies chroniques de leurs proches ?

Les objectifs secondaires étaient de déterminer les facteurs influençant les attitudes adoptées et d’analyser les conséquences de celles-ci.

MATERIEL ET METHODE

- ***Méthode :***

Il s'agissait d'une étude qualitative par analyse inductive générale.

- ***Population :***

Il s'agissait de médecins généralistes, installés dans le secteur Sud et Ouest de l'île.

Les critères d'inclusion pour cette étude étaient être titulaire d'un doctorat en médecine générale et exercer à l'île de la Réunion. Les médecins ont été recrutés selon la méthode du choix raisonné, en essayant de varier sur l'âge et le sexe.

La plupart ont été sélectionnés en posant le doigt les yeux fermés sur l'annuaire téléphonique papier dans le secteur Sud et Ouest de l'île. Pour certains d'entre eux, le doigt posé a été volontairement dévié vers le patronyme réunionnais le plus proche. D'autres ont été sélectionnés dans l'entourage direct de l'enquêteur.

- ***Le recueil de données :***

Il s'agissait d'entretiens semi-dirigés, menés par la chercheuse.

Après un premier entretien téléphonique pour exposer le sujet de la thèse, et proposer aux médecins de participer, un rendez-vous était convenu pour réalisation de l'entretien. Au début de l'entretien, les objectifs recherchés pour l'étude étaient réexpliqués au médecin interrogé afin de mieux cibler les informations délivrées.

Les entretiens étaient réalisés de manière individuelle, au cabinet médical des médecins ou au téléphone afin de faciliter leur libre expression. Ils ont été enregistrés au dictaphone puis retranscrits sur document Word.

Les entretiens étaient guidés par un canevas d'entretien (annexe 1) comportant une première partie biographique (âge, sexe, situation familiale, origine réunionnaise ou métropolitaine, années d'expérience, temps de travail par semaine) et une deuxième partie de questions ouvertes. Le canevas a été testé auprès d'un médecin généraliste

avant le premier entretien. Il a ensuite été modifié au fil des entretiens, afin de préciser certaines données évoquées par les premiers participants.

- ***Analyse de données :***

L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel N'Vivo version 12, permettant d'obtenir des thèmes, desquels sont ressortis des catégorisations.

- ***Critère de qualité :***

La chercheuse a été formée à la recherche qualitative.

Après saturation des données, 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de vérifier l'exhaustivité des données.

Malheureusement, il n'y a pas eu de triangulation des données.

- ***Aspects éthiques :***

Un consentement oral aux entretiens était recueilli avant réalisation des enregistrements.

Les données ont été anonymisées avant retranscription des entretiens.

Il n'a pas été nécessaire de faire une déclaration CNIL : après avis téléphonique auprès de la plateforme de la CNIL, celle-ci n'était pas requise.

- ***Définitions :***

L'attitude est définie comme le comportement, la manière d'être, manifestant des sentiments ou des opinions. Dans ce cas, il s'agit donc de la posture que les médecins adoptent face à la demande de soins de leurs proches, corrélée à leur opinion du soin délivré au proche.

Le proche était défini comme toute personne que le médecin considérait liée par l'affect (famille, amis, collègues).

La maladie chronique était définie comme une pathologie nécessitant un traitement de fond et un suivi régulier.

RESULTATS :

A. L'échantillon

1) Caractéristiques de l'échantillon :

Médecin	Sexe / âge	Origine	Années d'expérience	Temps de travail par semaine	Situation familiale	Mode d'exercice	Durée des entretiens
M1	F 53	Métropole	25 ans	35 h	Concubinage, 3 enfants	Groupe	18 '
M2	H 61	Métropole	39 ans	60 h	Pacsé, 2 enfants	Groupe	29 '
M3	F 58	Réunion	31 ans	35 h	Concubinage, 1 enfant	Seule	24 '
M4	H 42	Métropole	14 ans	50 h	Concubinage, Pas d'enfant	Groupe	18 '
M5	F 34	Métropole	6 ans	25 h	Concubinage, Pas d'enfant	Groupe	22'
M6	F 43	Métropole	14 ans	40 h	Concubinage, 2 enfants	Groupe	18'
M7	H 51	Métropole	21 ans	40 h	Marié, 2 enfants	Groupe	21
M8	F 34	Métropole	5 ans	30 h	Mariée, Pas d'enfant	Groupe	20 '
M9	H 69	Réunion	38 ans	50 h	Marié, 8 enfants	Seul	31 '
M10	H 58	Métropole	30 ans	40 h	Marié, 2 enfants	Groupe	48 '
M11	F 58	Métropole	27 ans	45 h	Mariée, 2 enfants	Groupe	54 '
M12	H 54	Réunion	22 ans	40 h	Concubinage, 2 enfants	Groupe	33 '
M13	H 62	Métropole	33 ans	40 h	Pacsé, 3 enfants	Groupe	51 '
Médiane	54	-	25 ans	40h	-	-	24

Tableau 1 : caractéristiques des médecins interrogés et durée des entretiens

6 femmes et 7 hommes ont participé à l'étude. L'âge variait de 34 à 69 ans, avec un âge médian de 54 ans. 3 étaient d'origine réunionnaise, et 10 d'origine métropolitaine. Le nombre d'années d'expérience variait de 5 à 39 ans, avec une médiane de 25 ans d'expérience. Le temps de travail hebdomadaire allait de 25 à 60 heures, avec une médiane de 40 heures.

2) Caractéristiques des entretiens :

13 entretiens ont été réalisés entre le 31/01/2018 et le 14/12/2018 auprès de médecins généralistes exerçant à la Réunion.

La plupart d'entre eux étaient d'abord contactés par téléphone au hasard dans l'annuaire avant réalisation de l'entretien au cabinet. 5 ont refusé de participer à l'étude par manque de temps. 4 médecins ont été recrutés dans l'entourage direct de l'enquêteur.

Tous les entretiens ont eu lieu au cabinet médical des médecins interrogés, sauf un qui s'est déroulé au téléphone. Les entretiens duraient de 18 à 54 minutes, avec une durée médiane de 24 minutes.

B. Description des différentes attitudes adoptées par les médecins interrogés

Les treize entretiens réalisés ont pu mettre en lumière quatre attitudes adoptées par les médecins généralistes face aux maladies chroniques de leurs proches. Elles seront décrites selon un degré d'implication croissant :

1) Attitude distante : refus d'implication ;
2) Attitude neutre : rôle de référent, consultant ;
3) Attitude impliquée : rôle de médecin coordinateur ;
4) Rôle de médecin traitant – déclaré ou non.

Les deux extrêmes ont été facilement identifiés par le discours des médecins. La difficulté est apparue pour les attitudes situées entre ces deux bornes. Les médecins interrogés pouvaient décrire différentes attitudes et passer de l'une à l'autre en fonction de nombreux facteurs que nous développerons dans la partie C. Il y a une certaine ambivalence des médecins quant à l'attitude à adopter vis-à-vis des maladies chroniques de leurs proches, qui ne permet pas de les classer de manière formelle dans telle ou telle catégorie.

Le tableau ci-dessous référence les attitudes adoptées par les médecins en fonction des proches, de leur maladie chronique et de leur lieu de vie : les attitudes ont été résumées selon le degré d'implication suivant : « distant », « neutre », « coordinateur », « rôle de MT » pour les médecins non déclarés médecin traitant mais jouant ce rôle, et enfin « médecin traitant » lorsqu'ils étaient déclarés.

Médecin	Proche	Maladie chronique	Lieu de vie	Attitude
Médecin 1	Belle-mère	BPCO	Métropole	Coordinateur
	Beau-frère	Tétraplégie	Métropole	Coordinateur
	Mère décédée	Maladie de Parkinson	Rapatriée à la Réunion	Médecin traitant
Médecin 2	Frère	BPCO, diabète, syndrome dépressif	Métropole	Coordinateur
	Mère	HTA, cervicalgies chroniques	Métropole	Coordinateur
	Père décédé	Maladie de Parkinson, BAV (PM)	Métropole	Coordinateur

Médecin 3	Mère	Polyarthrite rhumatoïde	Réunion	Distant *
Médecin 4	Mère	HTA, névralgie cervico-brachiale	Métropole	Neutre *
Médecin 5	Mère	Dysthyroïdie	Sénégal	Rôle de MT
	Père	Intolérance au glucose	Sénégal	Rôle de MT *
	Grand-mère	HTA, AVC	Métropole	Neutre
	Grand-père	Cancer de la prostate	Métropole	Neutre *
Médecin 6	Fils	Dysphasie	Réunion	Médecin traitant *
	Conjoint	Eczéma	Réunion	Rôle de MT *
Médecin 7	Femme	Fibromyalgie	Réunion	Médecin traitant *
	Père	HTA	Métropole	Distant
	Belle-mère	Diabète, HTA	Réunion	Distant
Médecin 8	Frère	Schizophrénie paranoïde	Métropole	Neutre *
	Grand-mère	Cancer du sein	Métropole	Neutre *
Médecin 9	Frères	Diabète	Réunion	Médecin traitant
	Sœur	Dépression	Réunion	Médecin traitant
	Petit-fils décédé	Leucémie	Réunion	Médecin traitant *
Médecin 10	Beau-père	Polypathologique	Métropole	Coordinateur *
	Père	Dysthyroïdie, syndrome démentiel débutant	Métropole	Coordinateur *
	Femme	Tendinite du supra-épineux	Réunion	Médecin traitant *
Médecin 11	Fils	Maladie de Gilbert	Métropole	Médecin traitant
	Mère	Cancer colorectal	Métropole	Coordinateur *
	Neveu	Asthme	Métropole	Neutre
Médecin 12	Père	Polyvasculaire	Réunion	Médecin traitant
	Ami décédé	Carcinome épidermoïde	Réunion	Médecin traitant *
Médecin 13	Père	Myélosclérose	Métropole	Coordinateur
	Mère	Syndrome démentiel	Métropole	Coordinateur
	Fille	2 épisodes de bouffée délirante aiguë	Rapatriée à la Réunion	Coordinateur *
	Fils	Trouble anxieux	Réunion	Coordinateur

Tableau 2 : caractéristiques des proches, leurs maladies chroniques, et l'attitude adoptée par les médecins interrogés. (*) Les lignes apostrophées d'une étoile (*) représentent les situations évoquées en annexe.

1) **<u>Attitude distante – Refus d'implication :</u>**

Médecin	Proche concerné	Maladie chronique	Lieu de vie	Annexe 2
Médecin 3	Mère	Polyarthrite rhumatoïde	Réunion	Situation 1
Médecin 7	Belle-mère	Diabète	Réunion	
	Père	HTA	Métropole	

Tableau 3 : médecins ayant une attitude distante, les proches concernés et leurs maladies chroniques.

Seuls deux médecins ont fait le choix d'être totalement distants vis-à-vis des maladies chroniques de leurs proches. Cette volonté de distance a été exprimée aux proches : *« je lui ai dit que j'étais sa fille et qu'il n'était absolument pas question qu'on parle médecine » (E3)*. Pour assurer cette distance, le médecin 3 a orienté tous ses proches vers des confrères généralistes en qui elle a confiance : *« ma sœur, je l'ai orientée vers une amie consœur et ça se passe très bien. Je ne sais même pas ce qu'elle a, je ne sais rien, je ne veux pas savoir » (E3).* Ce qui semble être intégré car ses proches ne la sollicitent plus : *« d'ailleurs ils* [ses frères et sœurs] *ne m'appellent – si c'est pour elle* [sa mère] – *que à posteriori ou pour dire voilà on a fait la coloscopie c'est normal, on a fait la mammographie c'est normal, c'est toujours à posteriori. » (E3).* Cette attitude est figée, car elle s'applique en cas d'urgence également : *« je ne me déplace pas non plus. (...) Si c'est urgent je leur dis d'aller aux urgences, et si ce n'est pas urgent je leur dis d'aller à SOS médecin » (E3).*

Le médecin 7 a également une volonté de distance afin de *« garder des relations humaines normales avec le reste de la famille » (E7)* ; mais son attitude paraît moins figée : *« j'ai prévenu tout le monde que je ne voulais pas en entendre parler, je peux dépanner en cas de problème, mais je ne fais pas de suivi, ni rien du tout ! » (E7).* En effet, il accepte de donner son avis en cas d'urgence, tout en gardant une certaine distance : *« ma nièce qui avait des vertiges, je lui ai dit « je pense que ça peut être ça, ne t'inquiète pas, probablement ce n'est rien du tout, vas voir ton médecin qu'il te fasse un examen et qu'il t'envoie chez l'ORL s'il y a besoin », donc j'ai une réponse mais je ne vais pas faire le courrier pour l'ORL ! » (E7).*

2) **Attitude neutre : Rôle de consultant, référent :**

a. Médecins et proches concernés :

Médecin	Proche	Maladie chronique	Lieu de vie	Annexe 3
Médecin 4	Mère	Névralgie faciale, HTA	Métropole	Situation 2
Médecin 5	Grand-mère	HTA, AVC	Métropole	
	Grand-père	Cancer de la prostate, diabète	Métropole	Situation 3
Médecin 8	Frère	Schizophrénie paranoïde	Métropole	Situation 4
	Grand-mère	Cancer du sein	Métropole	Situation 5
Médecin 11	Amis	Maux divers	Réunion	
Médecin 13	Amis	Maux divers	Réunion	

Tableau 4 : médecins ayant une attitude neutre, les proches concernés et leurs maladies chroniques.

b. En pratique, le niveau d'intervention :

L'attitude décrite ici concerne nombreux médecins, qui préfèrent rester à distance des problèmes de santé de leurs proches. En effet, ces médecins adoptent une attitude plutôt neutre vis-à-vis des maladies chroniques de leurs proches. Cependant, ces derniers les sollicitent pour leur faire part de leurs problèmes de santé, ils deviennent alors « consultant » : donnent *« des avis ponctuels » (E4), « un conseil comme ça au téléphone » (E13)*, et acceptent de soigner la « bobologie » : *« pour les petits bobos oui forcément, une grippe, une bronchite, une entorse de cheville... » (E8).*

>> Une posture de médecin pour des choses peu engageantes :

La plupart des médecins interrogés ont un rôle de « référent » vis-à-vis des maladies chroniques de leurs proches qui les tiennent informés de ce qui se passe sur le plan médical : *« Quand ma mère a vu un spécialiste qui lui a donné un nouveau traitement, elle m'appelle pour savoir ce que j'en pense, si elle peut le prendre etc. [rires] » (E4) ; « mon grand-père m'envoie ses hémoglobines glyquées tous les 3 mois » (E5).* En cas de besoin, ils orientent leurs proches dans le parcours de soin lorsque ceux-ci sollicitent leur avis : *« c'est vraiment juste pour un conseil : « Est-ce qu'il faut qu'on appelle plutôt le psychiatre ou le médecin traitant ? Est-ce qu'il faut qu'on l'hospitalise*, *il est comme-ci, il est comme ça, qu'est-ce qu'on fait ? » » (E8).*

Ils peuvent également utiliser leur casquette de médecin pour obtenir des informations plus facilement en cas d'hospitalisation par exemple : *« personne n'avait trop de nouvelle, il était à l'hôpital donc ils m'ont demandé d'utiliser mon rôle de médecin en disant « je suis médecin est-ce que je peux avoir des nouvelles » mais c'est tout » (E8).* Enfin, tous acceptent de faire des ordonnances de dépannage *: « renouveler un traitement parce que le médecin est en vacances, ou pas disponible, ou qu'elle ne peut pas le voir dans la semaine, donc une ordonnance de dépannage mais c'est tout. » (E4).*

>> En cas de doute :

Toutefois, il n'est pas rare, lors des diverses doléances médicales de leurs proches, que les médecins doutent de la prise en charge proposée. Dès lors, ils vont le faire savoir à leur proche, et parfois s'impliquer davantage :

- En incitant le proche à en discuter avec son médecin : *« Je lui ai dit de voir avec son psychiatre, si lui il se sentait bien, de voir pour diminuer un peu les médicaments. » (E8) ;*
- En incitant le proche à demander un deuxième avis : *« Si j'ai le sentiment profond que la prise en charge est mauvaise, là je ne vais pas prendre en charge mais je vais intervenir pour qu'il y ait un deuxième avis. » (E13) ;*
- En demandant un deuxième avis, en se positionnant en tant que médecin référent : *« les solutions qu'il proposait n'avaient pas été efficaces, il n'y avait pas de résultat. Je l'avais adressé vers un spécialiste, j'avais rédigé un courrier, en tant que médecin référent » (E4).*

>> En cas d'urgence : Tous les médecins semblent intervenir en cas d'urgence. Pour exemple, le médecin 11 nous raconte comment elle est intervenue activement dans la prise en charge de son petit-neveu qu'elle visitait en métropole, qui faisait une crise d'asthme aiguë : *« je prends le bébé, et j'écoute, je n'avais rien sous la main : " mais il fait une crise d'asthme aigue ton bébé !", elle me dit : "j'ai vu 3 médecins à une semaine d'intervalle, et il n'y en a pas un qui me dit qu'il est asthmatique !" "Là c'est un cas sérieux. Soit on va à la pharmacie de garde soit tu l'amènes à l'hôpital !" C'était limite-limite, je n'avais pas de saturateur, rien ! Alors j'ai appelé un pharmacien de garde, je leur ai fait une ordonnance en recherchant mon numéro d'inscription parce*

que je n'avais pas d'ordonnance, je n'étais pas allée là-bas pour travailler, je n'avais rien du tout sur moi, pas de stéthoscope ! » (E11). Aussi, devant cette prise en charge, elle a incité sa nièce à changer de pédiatre : *« je lui ai dit « je serais toi je changerais de pédiatre, ou je ne sais pas mais j'irais voir ailleurs quand même. L'asthme c'est une maladie chronique, ça risque de revenir, et si personne ne voit ça c'est grave ! » (E11).*

c. Les limites posées :

Les médecins interrogés ont évoqué différentes limites qu'ils s'imposent ou imposent à leurs proches lorsqu'ils abordent leurs problèmes de santé. Ces limites sont propres à chaque médecin, et il est constaté qu'ils ne les respectent pas toujours :

- Pas d'examen clinique : *« Je n'examine pas mes parents parce que ce n'est pas mon rôle. C'est le travail du médecin traitant, je ne vais pas empiéter sur sa place (...) Je ne veux pas faire de diagnostic ou d'examen clinique. Dès que la situation nécessite un examen clinique, je leur dis qu'il faut qu'ils voient leur médecin. » (E4)* ;
- Pas de renouvellement d'ordonnance, hormis des dépannages ;
- Une consultation au cabinet si j'interviens : *« s'il y a une urgence particulière je me dérange, je vais voir et à ce moment-là on décide de référer, ou sinon c'est ici* [référence au cabinet médical]. *C'est ici, je change de casquette : là j'ai la casquette « médecin généraliste ». Tu prends ton rendez-vous, tu attends et je te soigne. Ce n'est pas forcément « je te fais payer, mais je te vois comme un patient et je te fais un dossier etc. » » (E13).*

3) Attitude impliquée – Rôle de médecin coordinateur :

a. Médecins et proches concernés :

Médecin	Proche	Maladie chronique	Lieu de vie	Annexe 4
Médecin 1	Belle-mère	BPCO	Métropole	
	Beau-frère	Tétraplégie	Métropole	
Médecin 2	Père décédé	Parkinson, BAV III	Métropole	
	Mère	HTA, cervicalgies	Métropole	
	Frère	BPCO, diabète, syndrome dépressif	Métropole	
Médecin 10	Père	Dysthyroïdie, syndrome démentiel débutant	Métropole	Situation 6
	Beau-père	Polypathologique	Métropole	
Médecin 11	Mère	Cancer colorectal	Métropole	Situation 7
Médecin 13	Père	Myélosclérose	Métropole	
	Mère	Syndrome démentiel	Métropole	
	Fille	2 épisodes de bouffée délirante aiguë	Rapatriement à la Réunion	Situation 8
	Fils	Trouble anxieux	Réunion	

Tableau 5 : médecins coordinateurs, leurs proches et maladies chroniques

b. En pratique, niveau d'intervention :

>> Un rôle de référent : *« on devient une sorte de pilier **référent** pour nos proches » (E11).* Ces derniers tiennent informés leur proche-médecin de tout : *« Il va me tenir au courant, il me dit ce qui a été fait et quand il a des questions il me les pose, ça le rassure » (E10).*

>> Une vérification attentive de la prise en charge proposée : *« Il faut être extrêmement vigilant. (...) Parce que moi, je suis là pour observer aussi quelque part ce qui se passe avec le médecin traitant référent et interférer s'il y a des choses qui ne me plaisent pas ou qui ne me paraissent pas suffisantes. » (E11) :*

- Sur le plan thérapeutique : *« je contrôle quand même ce qu'on donne, j'essaie de savoir ce que le médecin traitant fait, ou ne fait pas. » (E2) ;*

- Concernant les mesures hygiéno-diététiques : *« Son médecin lui a bien expliqué, il a bien compris le truc, il fait ce qu'il faut, donc là je n'interviens pas. » (E2) ;*
- Sur le plan du suivi biologique : *« Je pose des petites questions : « ton hémoglobine glyquée est à combien ? » (E2) ;* ou spécialisé.

>> Une intervention active dans le cadre de la coordination de soins : *« ce sont des interventions ponctuelles qui sont plutôt dans le cadre de la coordination médicale. » (E10) ;* **de supervision** *« à chaque fois que je passe, j'essaye de régler des problèmes qui se sont accumulés » (E13).* Ainsi, s'ils le jugent nécessaire, ils vont intervenir :

- En adressant leurs proches aux spécialistes : *« Ma mère est hypertendue ça faisait un moment qu'elle n'était pas allée voir un cardiologue. (...) Je n'ai pas besoin d'être médecin traitant pour faire un courrier ! » (E11) ;*
- En prescrivant des prises de sang : *« pour gagner du temps, je vais faire l'ordonnance en disant « tu vas aller voir le médecin avec les résultats » » (E13) ;*
- En remplissant des dossiers médicaux pour des demandes diverses : demande d'aides sociales, suivi spécialisé. Certains médecins sont également destinataires des courriers concernant leurs proches : *« Je leur ai donné le mail sécurisé du cabinet sur lequel ils m'envoient de temps en temps le courrier pour me mettre au courant, en double du médecin traitant. » (E13).*

>> En cas de doute :

Communication avec le médecin traitant : Lorsqu'ils doutent, quatre médecins sur les cinq communiquent avec les médecins traitants déclarés de leurs proches, par courrier : *« Quand je les vois et qu'il y a quelque chose de particulier, je fais un courrier de façon que le médecin traitant soit au courant, et je leur demande de l'apporter » (E10) ;* ou par téléphone : *« quand il y a des soucis – comme c'est déjà arrivé – je m'adresse à leur médecin traitant. » (E11) ;*

Communication avec le spécialiste : *« je me suis permis de dire au psychiatre « voilà on a l'impression qu'elle est bridée, elle a cette impression-là (...) elle est très bien en ce moment. Le Zyprexa ® ça la gêne peut-être mais voilà c'est juste un truc que je voulais vous donner. » (E13)*

Substitution au rôle du médecin traitant ;

- **Instauration d'un traitement de fond :** Le médecin 1 n'hésite pas à introduire de nouveaux traitements à ses proches : *« Je l'entends tousser depuis des années. Son médecin généraliste lui avait prescrit un bilan chez le cardio – qui était normal – elle avait fait un scanner des poumons, je ne sais plus si elle avait fait l'EFR, mais de toute façon, je lui ai dit d'essayer un traitement par rapport à son essoufflement... et puis ça a fonctionné : elle tousse moins elle est moins essoufflée ! » (E1),* ce qui ne semble pas interférer dans la prise en charge par le médecin traitant : *« Ils continuent à voir leur médecin traitant, bien sûr, c'est une maladie chronique ! » (E1)*.

- **Organisation d'une hospitalisation :** Le médecin 2 nous explique comment il est intervenu à distance dans la prise en charge de son père :*« Quand mon père a commencé à tomber malade il avait des vertiges nocturnes. Et son médecin traitant lui a dit : « c'est de l'arthrose cervicale, ne vous inquiétez pas ». Et en fait Il faisait des bradycardies nocturnes. C'est moi qui ai fait le diagnostic au téléphone (...) par l'interrogatoire : je lui ai dit de prendre son pouls quand il avait des troubles... Il descendait à 40 bpm. Comme j'avais encore des connaissances en cardiologie à Bordeaux – je l'ai envoyé là-bas, et on lui a posé une pile. (...) Donc on a court circuité un petit peu le médecin traitant. Mais là il y avait urgence en quelque sorte. » (E2)*

c. *Limites que les médecins s'imposent :*

Pas d'intervention active, hormis en cas d'urgence : Lorsque la prise en charge lui paraît insuffisante, le médecin 2 intervient auprès du médecin traitant de ses proches. Il ne semble pas intervenir « activement », hormis en cas d'urgence.

Relais au médecin traitant : Quand il intervient dans la prise en charge, le médecin 10 fait toujours un relais avec le médecin traitant : *« ma limite c'est que je les renvoie toujours au médecin traitant. De ce côté-là la limite est claire. Je n'empiète pas sur le rôle du médecin traitant dans la mesure du possible. » (E10).*

4) Rôle de médecin traitant de ses proches :

a. Médecin traitant déclaré :

L'attitude décrite ici est celle du médecin traitant de ses proches. Pour la plupart, cette attitude a été officialisée auprès de la sécurité sociale par la signature d'une déclaration du choix de médecin traitant :

Médecin	Proche	Maladie chronique	Lieu de vie	Annexe 5
Médecin 1	Mère décédée	Maladie de Parkinson	Réunion	
	Enfants	0	Métropole	
Médecin 2	Femme	0	Réunion	
Médecin 6	Fils	Dysphasie	Réunion	Situation 9
Médecin 7	Femme	Fibromyalgie	Réunion	Situation 10
	Enfants	0	Réunion	
Médecin 9	Frères, sœurs	Diabète, dépression, etc.	Réunion	
	Petit-fils décédé	Leucémie	Réunion	Situation 11
	Tous	Divers	Réunion	
Médecin 10	Femme	Tendinite du supra-épineux	Réunion	Situation 12
Médecin 11	Fils	Maladie de Gilbert	Métropole	
Médecin 12	Père	Polyvasculaire	Réunion	
	Ami	Carcinome épidermoïde	Réunion	Situation 13
	Enfants	0	Réunion	

Tableau 6 : Médecins déclarés médecin traitant de leurs proches.

b. Rôle de médecin traitant, non déclaré :

Pour trois autres médecins, cette attitude n'a pas été officialisée, mais ces médecins se substituent au rôle de médecin traitant pour leurs proches, ces derniers ne consultant pas d'autre médecin – par soucis d'accès aux soins pour des proches vivant à l'étranger, par aspect pratique pour les conjoints :

Médecin	Proche	Maladie chronique	Lieu de vie	Annexe 5
Médecin 5	Mère	Dysthyroïdie	Sénégal	
	Père	Intolérance au glucose	Sénégal	Situation 14
	Conjoint	0 – Périostite	Réunion	
Médecin 6	Conjoint	0 – Eczéma	Réunion	Situation 15
Médecin 12	Femme	0	Réunion	

Tableau 7 : médecins non déclarés médecin traitant mais agissant comme tel.

c. En pratique, la consultation du proche :

Tous ces médecins sont donc responsables de la prise en charge de leurs proches à tous les niveaux. Aussi, nous allons voir comment cela se passe en pratique, lorsqu'ils soignent leurs proches. La consultation est plus ou moins cadrée.

>> Au cabinet :

Deux médecins parmi les neuf jouant le rôle de médecin traitant pour leurs proches le font au cabinet de la même manière qu'avec leurs patients : *« ça se passe la plupart du temps à mon cabinet – sauf en cas d'urgence. (...) Il y a l'interrogatoire – en général pour la maladie chronique, on connait déjà l'historique. Après il faut prendre le besoin immédiat : soit un renouvellement de médicament – qui ne présente pas de difficulté particulière, sauf rappeler effectivement la nécessité de suivre un traitement et le régime. Et puis un examen clinique : prise de tension, le poids etc. (...) Donc la prise en charge, oui elle est faite comme on fait avec tous les autres patients » (E9).*

>> A domicile :

D'autres – comme le médecin 12 – consultent leurs proches à domicile, en tentant d'appliquer un cadre : *« le lieu effectivement, c'est plus à domicile qu'au cabinet, mais d'un autre côté ça se fait » (E12).* Toutefois, il souligne la notion des implicites à domicile : *« à domicile, les conditions d'examen ne sont pas les mêmes qu'au cabinet où la démarche d'aller se faire ausculter vient plus du patient (...) il y a moins d'implicite finalement peut-être au cabinet qu'à domicile » (E12).* En effet, à domicile, la relation médecin-patient n'est pas la même, les rôles « médecin » et « patient » sont moins bien définis lorsqu'il s'agit d'un proche.

>> Absence de cadre de consultation :

Nombreux médecins reconnaissent l'absence de cadre de consultation quand il s'agit de leurs proches. Ce qui semble concerner principalement les proches vivant au domicile du proche-médecin, le (ou la) conjoint (e) et les enfants : *« non, il n'y a pas de cadre. C'est plus à la maison. (...) je suis en difficulté par rapport au fait que je ne*

fais pas de consultation régulière, réelle, que c'est par petits morceaux et ça traîne. » (E10). De même, le médecin 7 avoue être moins protocolaire lorsqu'il prend en charge ses proches : *« après est-ce que je fais l'examen neuro quand ils ont mal à la tête ? Non ! » (E7) ; « J'examine s'il a de l'eczéma mais (...) c'est vrai que je ne vais pas prendre sa tension, parce que souvent, je n'ai pas forcément le matériel chez moi... » (E6).*

>> Une prise en charge à distance :

Seule le médecin 11 est médecin traitant de son fils – atteint d'une maladie de Gilbert et vivant en métropole : *« c'est moi qui fais le suivi à distance, je prescris les prises de sang (...) Après c'est à moi de leur dire « là franchement il faut voir un médecin ». (...) Mais sinon toutes leurs prises de sang, ce que je peux faire, les radios et cetera, je fais. » (E11).*

C. Description des principaux facteurs influençant l'attitude des médecins interrogés

Nous avons abordé dans une première partie les différentes attitudes que les médecins adoptent face aux maladies chroniques de leurs proches. Celles-ci sont guidées par de nombreux facteurs, que nous allons décrire ici. Ces facteurs concernent le médecin interrogé, le proche, la relation qui les unit, le médecin traitant déclaré, la maladie chronique, et la distance physique.

1) Le médecin interrogé :

Pour commencer, l'attitude dépend du médecin interrogé lui-même. En effet, tous les médecins n'ont pas les mêmes expériences, les mêmes compétences, ni la même personnalité. Certains ont des peurs ou des idées bien ancrées qui dictent leur attitude.

a. *Ses expériences personnelles ou professionnelles passées :*

- ***En faveur d'une prise de distance :***

Deux médecins (situations 1 et 4) ont évoqué une sur sollicitation dès le début de leurs études avec un retentissement émotionnel tel qu'elles ont pris leur distance : *« A chaque fois qu'il était en crise, ils m'appelaient et je ne savais pas ce qu'il fallait faire, j'étais étudiante, c'était compliqué ! (...) je culpabilisais de ne pas faire assez, de ne pas leur donner les bons outils etc. (...) J'ai dit à mes parents au bout d'un moment que je ne pouvais pas gérer » (E8).* D'autre part, le médecin 3 évoque la peur des complications médicales, notamment avec sa sœur : *« Elle a fait une allergie médicamenteuse avec un œdème de Quincke. A chaque fois qu'on fait quelque chose avec elle, il se passe quelque chose » (E3).*

Enfin, deux médecins (M7 et M8) ont appris durant leur formation qu'il ne fallait pas soigner leurs proches par trouble de l'objectivité : *« j'en suis convaincu, puisque ça faisait même partie de nos cours. On nous disait que c'était déconseillé, qu'on risquait*

de passer à côté de choses graves, parce qu'on essaye de minimiser, et demander des tas d'examens pour des bêtises » (E7).

- ***En faveur d'une implication :***

Une intervention in extremis : Certains médecins se sont impliqués davantage dans la prise en charge de leurs proches à la suite d'une situation qui a nécessité leur intervention. Par exemple, le médecin 11 (situation 7) nous raconte la manière dont elle s'est immiscée dans la prise en charge de sa mère qui devenait urgente : *« Ma mère était à un stade où ça allait emboliser, ça a été juste pris à temps voyez avant l'embolisation ! (...) Donc là je me suis vraiment immiscée, et j'ai bien fait parce qu'elle ne serait plus sur terre à l'heure actuelle » (E11).* C'est pourquoi, malgré une certaine réticence à être médecin traitant de ses enfants vivant en métropole, elle reconnaît finalement s'en contenter : « *je suis par obligation le médecin traitant de mes enfants, mais vu ce que l'autre médecin traitant a fait à ma mère, j'avoue qu'honnêtement je préfère aussi, je n'insiste plus trop ! » (E11).*

Soignée par son père : Ayant été soignée par son père durant son enfance, sans soucis à déplorer, le médecin 6 est médecin traitant de ses enfants : *« mon père est médecin, c'est lui qui s'occupait de moi. Je n'ai jamais vu de médecin de ma vie.* (...) *Je pense que ça a pu influencer mon attitude. Comme il n'y a jamais eu de problème, je me dis qu'il n'y a pas de raison que ça ne se passe pas bien avec les miens ! On n'a pas eu de mauvaises expériences. » (E6).*

b. ***Sa personnalité :***

D'une part, les médecins ayant exprimé une volonté de distance vis-à-vis des maladies chroniques de leurs proches, ont évoqué divers obstacles :

- Émotionnel : *« je prends vraiment les choses très à cœur, donc je me protège, je me blinde complètement » (E3) ;* avec la *« crainte de ne pas être bienveillante. Comme justement c'est du chronique, j'ai peur que les gens me demandent trop, j'ai peur de la sur sollicitation » (E3).*

- Pragmatique : le médecin 4 a une attitude neutre car il a conscience qu'il peut manquer de sérieux quand il s'agit de ses proches : *« c'est surtout de ne pas les soigner correctement, de passer à côté de quelque chose. Souvent on les écoute moins, on minimise leurs problèmes » (E4).*

Inversement, les médecins qui s'impliquent dans la prise en charge de leurs proches, semblent se porter naturellement vers le soin.

- Le soin perçu comme une évidence : Le médecin 9 est médecin traitant de tous les proches qui le lui demandent : *« C'est difficile de refuser quand quelqu'un – que ce soient mes proches ou bien un patient lambda – vient vers vous, déjà c'est une marque de confiance, et puis pour moi c'était naturel quoi. (...) Si on fait appel à moi, je réponds. Je ne vais pas dire que "non je ne peux pas parce que" sauf si vraiment il y aurait des froids, des questions à problème déontologique qui se poseraient mais je ne vois pas... En tant que médecin, je ne vois pas comment – même si c'est un proche – refuser sa prise en charge ! » (E9).*
- Un peu de pression des proches, mais je le veux bien : De son côté, le médecin 12 explique son implication *« par la pression plus qu'autre chose » (E12).* Cependant, son implication semble finalement lui apporter un bénéfice personnel et professionnel *: « mais on ne fait pas les choses aussi fortes sans avoir le risque que ce soit à double tranchant non plus. Sinon on peut être tiède, être juste là quand on appelle et puis juste faire le minimum syndical, où personne ne vous reprochera rien et personne n'appréciera non plus, plus que ça. Donc c'est la limite entre s'investir de façon importante affectivement ou pas, mais je trouve que le jeu en vaut la chandelle » (E12).*
- Une disponibilité à toute épreuve : Le médecin 13 a une attitude impliquée vis-à-vis de ses proches, de la même manière qu'avec ses patients : *« je te ferais un peu la réponse que je donne à mes patients : « quoiqu'il arrive vous pouvez compter sur moi », mais je fais la même chose pour mes patients donc je ne pense pas que ce soit spécifique aux proches. » (E13).*

2) Le proche :

« C'est compliqué, ça dépend tellement des personnes, que c'est difficile à généraliser... » (E12)

a. *Son âge, son autonomie :*

L'âge des proches semble influencer l'attitude des médecins. Plus le proche est âgé, plus il risque d'être malade : *« Mon père va avoir 60 ans, donc forcément ça m'inquiète, je pense au diabète, cholestérol etc. » (E5),* donc plus le médecin va s'impliquer, le plus souvent en tant que coordinateur de soins. De même, plus il est jeune, moins il risque d'être malade : *« en pratique, comme il est jeune il n'est pas malade » (E6)*, et moins le médecin prend de risque à jouer le rôle de médecin traitant. Le médecin 9 relate la difficulté vécue lors de la prise en charge de son petit-fils (situation 11), cependant son attitude n'a pas été modifiée pour autant : *« c'est encore plus compliqué, et très anxiogène quand on est confronté à – qui plus est un enfant – si c'était un proche qui avait 65-70 ans, on se dit bon, il a vécu. Quand il s'agit d'un enfant qui vous appelle à l'aide, c'est autre chose. » (E9).*

D'autre part, les médecins interrogés s'impliquent davantage lorsque leurs proches sont en perte d'autonomie. Le médecin 1 est devenu médecin traitant de sa mère après l'avoir fait venir à la Réunion : *« J'ai ma mère qui a eu une maladie de Parkinson j'ai fini par la faire venir et puis la prendre en charge chez nous, parce qu'elle était en perte d'autonomie... j'ai été son médecin traitant, pendant 2 ans. » (E1).*

b. *Ses relations avec les médecins en général*

La relation que les proches entretiennent avec les médecins en général influence l'attitude des médecins interrogés. Plus ces relations sont difficiles, plus les médecins interrogés vont s'impliquer :

- Pas d'accès aux soins : Le médecin 5 joue le rôle de médecin traitant pour ses parents car ils vivent à l'étranger : *« comme ils ne voient jamais de médecin, ils*

n'ont pas de suivi médical, donc c'est plutôt de les surveiller d'un œil... de faire en sorte qu'il y ait un suivi régulier » (E5).

- Un problème de confiance : La femme du médecin 10 peine à faire confiance aux médecins de manière générale : *« sa relation avec les médecins est un peu compliquée, donc il faut trouver des médecins avec qui elle puisse avoir confiance etc. Quand je l'adresse à des spécialistes et que ça ne se passe pas bien, ce n'est pas grave, puisque c'est moi qui fais la suite* [en tant que médecin traitant] *» (E10)*.
- Mauvaises expériences avec les autres médecins : Les enfants du médecin 11 n'ont pas eu de bonnes expériences avec les autres médecins : *« je suis médecin traitant de mes enfants, parce qu'ils ne veulent absolument aucun autre médecin. (...) Ils sont allés voir des médecins et vu la façon dont ça s'est passé ils m'ont dit « je vois comment ils m'examinent, ils n'en ont rien à foutre », ils ont senti un très mauvais contact, ça s'est mal passé. » (E11).*
- Pas suffisamment de sollicitation du médecin traitant : Enfin, le médecin 10 joue le rôle de coordinateur de soins pour ses beaux-parents, car ils ne consultent pas suffisamment leur médecin traitant : *« mes beaux-parents, le problème, c'est qu'ils ont plein de spécialistes mais ils n'utilisent pas beaucoup le médecin traitant » (E10).*

c. *Son attitude face à sa maladie chronique*

Lorsque les proches respectent les règles hygiéno-diététiques : *« il a bien compris le truc, il fait ce qu'il faut, donc je n'interviens pas » (E2),* ou qu'ils semblent gérer leur maladie : *« Ma mère elle, elle mange très bien, je ne m'en occupe pas forcément. Même sa thyroïde parfois c'est elle-même qui me dit "tiens ça fait longtemps que je n'ai pas fait de TSH". Elle se gère très bien toute seule » (E5)*, les médecins interrogés n'interviennent pas. Inversement, lorsque les proches ont de mauvaises habitudes, ils s'impliquent davantage : *« Mon père c'est vrai que je l'alerte un peu parce qu'il mange n'importe quoi » (E5)*

3) La relation du médecin avec son proche :

La relation que le médecin entretient avec son proche va aussi déterminer la possibilité de soin ou non.

a. *Le lien qui les unit :*

« Après ça dépend de vous, du lien que vous entretenez avec vos proches. Si vous n'avez aucun lien affectif avec vos proches ils ne risquent pas de vous demander quoi que ce soit ! » (E11). Les médecins qui s'impliquent le plus dans la prise en charge de leurs proches le font principalement pour leur famille restreinte, à savoir leurs parents, leurs enfants et leur conjoint. Toutefois, en ce qui concerne les beaux-parents, l'attitude est plus mitigée, par un refus catégorique pour certains, mais également par une implication importante en tant que médecin coordinateur pour d'autres.

>> Les parents :

Lorsqu'il s'agit de leurs parents, la plupart des médecins semblent avoir un sentiment de responsabilité qui les pousse à s'impliquer dans leur prise en charge – en tant que coordinateur ou médecin traitant : *« Je veux que ma mère soit soignée correctement. (...) Imaginez ma mère serait morte d'un cancer et puis ça serait passé inaperçu, moi quelque part je me le serais reproché c'est clair ! » (E11).* Aussi, en cas de soucis ils peuvent ressentir de la culpabilité : *« Mais c'est vrai qu'en juillet je ne suis pas revenu à la charge en téléphonant. C'était un peu chaud au cabinet pour moi, et du coup je n'ai pas rappelé mon père et mes frères et sœur ou quoi que ce soit pour savoir où ça en était » (E10).*

Cependant, il y a là une inversion d'autorité dans le lien qui les unit, et celle-ci n'est pas toujours simple, notamment pour les plus jeunes médecins : *« C'est toujours compliqué parce qu'ils ne vont pas suivre mes conseils, et que ça va m'énerver. Ils vont plutôt suivre les conseils de leur voisin plutôt que les miens. Finalement ils vont faire n'importe quoi et je ne vais pas avoir le recul nécessaire pour leur dire. » (E8).*

>> Le conjoint, les enfants :

Il est vite apparu au cours des entretiens que les médecins interrogés, malgré leurs convictions ont une attitude différente vis-à-vis de leur conjoint, ou de leurs enfants. Ces derniers vivant souvent sous le même toit, la prise en charge paraît alors évidente, par souci pratique et de facilité. Toutefois, la disponibilité du médecin à son domicile est aléatoire et dépend du médecin : certains ont évoqué une plus grande disponibilité pour leurs proches liée à la proximité, tandis que d'autres abordaient la moindre écoute de leurs proches qui ne se sentaient pas entendus.

- <u>Le conjoint :</u>

Deux médecins (M2 et M7) refusent d'être médecin traitant de leurs proches de manière générale, mais sont déclarés médecins traitant de leur femme. Le médecin 2 précise sur le ton de la rigolade qu'il l'est *« pour l'instant ! Parce que des fois elle me fait chier elle aussi, enfin je plaisante ! [rires] » (E2).* De même, le médecin 7 malgré sa conviction qu'il ne faut pas soigner ses proches du fait d'un manque d'objectivité entre autres, est médecin traitant de sa femme (situation 10) - et de ses enfants - : *« mais elle ne voit pas de médecin ! » (E7)*. De son côté, le médecin 10 est médecin traitant uniquement de sa femme (situation 12), et exprime d'emblée une prise en charge très aléatoire : *« Je suis théoriquement le médecin traitant de ma femme. Le grand problème c'est que je ne fais pas les choses correctement. » (E10)*.

Enfin, certains médecins se disent forcés de s'impliquer dans la prise en charge de leur conjoint (situation 15) : *« mon conjoint j'ai été son médecin traitant, mais comme il n'arrêtait pas de me solliciter [rires], je lui ai dit d'aller voir un autre médecin traitant, ce qu'il ne fait pas en pratique. » (E6).*

- <u>Les enfants :</u>

La question des enfants n'a été abordée que superficiellement, car ces derniers sont rarement atteints de maladie chronique. De manière générale, il est fréquent que les médecins soient déclarés médecins traitants de leurs enfants. La prise en charge dans ce cas n'est pas toujours standardisée : « *est-ce que je fais l'examen neuro quand ils ont mal à la tête ? Non ! » (E7) ; « Les examens obligatoires, je ne suis pas sûre de les avoir faits, quand ils étaient petits je les pesais et mesurais régulièrement » (E6).*

Deux médecins interrogés sont médecins traitants de leurs enfants atteints de

maladies chroniques : dysphasie (situation 9) et maladie de Gilbert : *« je suis par obligation le médecin traitant de mes enfants, parce qu'ils ne veulent absolument aucun autre médecin. » (E11).*

Enfin, le médecin 13 a une attitude impliquée – coordinateur – pour ses deux enfants atteints de pathologie psychiatrique. Ce dernier refuse de s'impliquer en tant que médecin traitant pour ses proches de manière générale. Cependant, il intervient activement parfois, et n'hésite pas à réaliser des gestes invasifs si nécessaire : *« une fois ma fille a fait une otite aigue en pleine nuit, j'avais de la ceftriaxone, elle venait de sortir, il y avait l'AMM, j'ai fait une injection de ceftriaxone » (E13).*

>> Les relations compliquées :

Un médecin évoquait les relations compliquées, pouvant rendre la prise en charge difficile : *« en d'autres circonstances, ça peut être chiant, s'il y a des problèmes... quand t'es obligé de soigner des gens avec qui il y a un vieux passif, des jalousies entre frangins frangines etc. c'est un peu le merdier ! Donc il vaut mieux laisser à d'autres le soin de le faire, à des personnes qui ne sont pas juge et partie ! » (E2).*

b. *Imposer un cadre*

La question du cadre de prise en charge a été abordée à de nombreuses reprises par les médecins interrogés. Ce dernier semble bien plus difficile à imposer quand il s'agit des proches, avec qui il existe des relations de moindre autorité. Aussi, nombreux sont les médecins qui préfèrent ne pas soigner leurs proches, par conscience de l'absence de cadre qui peut nuire à leurs proches.

Un manque de sérieux dans la prise en charge : *« on ne fait pas ça sérieusement, on n'examine pas pareil quelqu'un qu'on connaît que quelqu'un qu'on ne connait pas. On va soit minimiser les choses, soit aller plus rapidement, ne pas faire l'examen complet comme on ferait avec quelqu'un d'autre » (E4) ; « je fais au fur et à mesure quand il y a un problème qui se pose ou des choses comme ça (...) parce que c'est hors consultation » (E10).*

Un cadre de consultation : Inversement, certains médecins tentent d'imposer un cadre, que ce soit au cabinet médical : *« donc c'est soit au cabinet, j'aime bien, le cadre. Je me dis que c'est plus pris au sérieux » (E5)* ; ou à domicile : *« la dernière fois j'ai fait une consultation nutrition avec mon père, on était à une table à la maison face à face » (E5).*

Nécessité de se faire appuyer par les spécialistes : Malgré la mise en place d'un cadre, il arrive que la prise en charge reste difficile. En effet, le médecin 9 souligne *« des relations de moindre autorité ».* Aussi, pour pallier ce manque, il est *« obligé de faire doubler par un avis spécialisé, pour essayer de mettre un peu d'ordre dans tout ça. (...) je demande l'avis d'un spécialiste pour qu'ils prennent conscience de l'importance de se faire traiter régulièrement » (E9).*

c. *La pudeur*

« Il y a parfois la pudeur qui fait qu'il y a des choses qu'on ne ferait pas forcément. » (E12)

Nombreux médecins ont évoqué la question de la pudeur qui peut troubler une prise en charge. En effet, en tant que médecin, nous entrons dans l'intimité de nos patients, et celle-ci est plus délicate lorsqu'il s'agit de nos proches. Il est intéressant de constater que les questions de pudeur sont à double sens : le proche n'abordera pas certains symptômes pouvant être gênants, et le médecin lui-même va se censurer :

Un recueil de données incomplet : D'un côté, le proche peut sélectionner les informations délivrées à son proche-médecin : *« déjà on n'a pas tout le dossier, on ne connait pas tout, ils ne nous disent pas tout non plus... » (E4)* ; *« je pense que s'il y avait des symptômes particuliers... pour mon père par rapport à la prostate : il ne me dirait pas, les maladies vénériennes etc. Ce sont des choses qu'il dirait à un médecin qu'il ne connait pas. » (E5).* De l'autre, le médecin va orienter ses questions : *« déjà sur l'interrogatoire il va y avoir la pudeur, on ne va pas demander la même chose à ses parents qu'on va demander dans un cabinet. Le recueil des données ne sera pas bon » (E7).*

Un examen clinique orienté : *« C'est vrai que ma mère je ne lui palpe pas les seins, après je l'envoie chez le gynécologue, qui fait le travail. C'est vrai qu'il n'y a pas le côté tactile... » (E5).*

Cependant, quelques rares médecins ne semblent pas ressentir de gêne particulière liée à la pudeur : *« quand j'ai commencé à faire de la médecine je faisais de la gynéco, donc mes sœurs je pouvais les examiner sur le plan gynécologique sans problème. » (E9).*

d. *La place de l'affect*

« Je ne peux pas soigner et aimer en même temps. C'est exclusif. » (E13)

L'affect trouble le jugement : La plupart des médecins s'accordent à dire que l'affect trouble leur jugement : *« comme il y a de l'affect qui rentre en ligne de compte, soit on en fait trop parce qu'on est sous la pression affective soit on n'en fait pas assez, parce qu'on a tendance à minimiser pour se rassurer » (E2).*

Pour quelques-uns, l'affect n'interfère pas dans la prise en charge : *« en aucun cas l'affect et l'objectivité pour moi n'interfèrent » (E11).* Au contraire, pour le médecin 11, il y a une plus grande intuition lorsqu'il s'agit de ses proches, car elle les connait bien : *« L'intuition est importante quelque part. (...) Forcément si vous connaissez plus la personne vous verrez des choses que de prime abord vous ne pourrez pas voir si vous n'êtes que purement objectif voilà, il y a un regard plus profond dans l'intuition. » (E11).*

Une prise de distance : Le médecin 13 nous explique *« l'exercice intellectuel »* qu'il fait lorsqu'il s'agit soigner ses proches : *« Ça c'est le tiroir ami : je ferme le tiroir ami. Ça c'est le tiroir patient : j'ouvre un tiroir et je le referme. Evidemment ils sont un peu communicants les tiroirs, mais je le vois comme un patient, et l'examen ça va être le même. » (E13)*

4) Le médecin traitant déclaré du proche :

a. La prise en charge proposée au proche :

Tous les médecins interrogés ont un regard sur la prise en charge de leurs proches par leurs médecins traitants respectifs. Ils vont la comparer à celle qu'ils proposent à leurs patients : *« Si le médecin traitant ne l'avait pas envoyé voir un urologue, je serais intervenue, mais comme il a bien fait ce que j'aurai fait... » (E5).* Ainsi, lorsque celle-ci diffère, ils vont intervenir : « *je sais qu'ici je ne traite pas les gens comme ça. (...) je dis aux gens « voilà vous allez telle place, tel rendez-vous, telle heure » ! (...) Je les assiste vraiment du mieux que je peux. (...) je ne reste pas passive en disant « écoutez voilà vos papiers » » (E11 – situation 7)).*

Ils vont juger la prise en charge proposée : *« je trouve que leurs médecins généralistes ne sont pas très rapides » (E1).* L'absence d'examen clinique est fâcheuse : *« Que font les généralistes ? Il en a vu plusieurs et il n'a jamais eu d'examen clinique de son dos alors qu'il a mal au dos ! Enfin, c'est un peu pénible ! » (E13).*

Pour exemple, le médecin 7 a choisi de devenir médecin traitant de sa femme (situation 10), car son ancien médecin traitant lui avait prescrit de l'homéopathie : *« Au début de sa fibromyalgie je lui avais dit d'aller voir quelqu'un d'autre. Donc elle est allée voir un médecin, qui lui avait donné de l'homéopathie, donc je me suis dit « on doit pouvoir faire pareil » [rires] ! (E7).*

Parfois ils se voient dans l'obligation d'intervenir : en cas d'erreurs diagnostiques : *« son médecin traitant lui avait dit « c'est de l'arthrose cervicale, ne vous inquiétez pas » et en fait il faisait des bradycardies nocturnes » (E2),* lorsque la prise en charge est inadaptée : *« le médecin l'avait vu et il avait dit « ça va aller » et là je n'étais pas d'accord j'étais vraiment révoltée, je leur ai dit d'aller voir un autre médecin ou de le faire hospitaliser... » (E8).*

Il arrive tout de même que les médecins interrogés jugent le médecin traitant de leurs proches compétent : *« je sais qu'elle est très bien suivie par son médecin traitant » (E3),* ce qui encourage certains médecins à garder une certaine distance, mais n'empêche pas d'autres de rester vigilant : *« c'est une personne tout-à-fait censée qu'ils ont choisi, après le départ de l'autre fou qui a failli tuer ma mère. Cette*

personne-là je la trouve assez objective dans ce qu'elle fait, dans ses choix, je trouve qu'elle s'occupe très bien de mes parents – pour le moment en tout cas » (E11).

b. *Ses compétences vis-à-vis de la maladie chronique du proche*

Certains médecins interrogés sont intervenus lorsque le médecin traitant semblait manquer de connaissances vis-à-vis de la maladie chronique de leur proche.
Par exemple, le médecin 2 est intervenu directement auprès du médecin traitant de son père, pour des questions d'adaptations de doses thérapeutiques : *« il m'est arrivé d'intervenir quand même auprès de son médecin pour lui signaler deux-trois petits trucs parce que visiblement il ne connaissait rien au Parkinson [rires] (...) c'était pour les questions de on-off, par rapport au traitement Modopar ® » (E2).*

Le médecin 8, malgré sa volonté de distance, a toujours des interventions ponctuelles (orientation, informations) vis-à-vis de son frère. Le médecin traitant de ce dernier ne semble pas avoir les compétences pour ce qui concerne les maladies psychiatriques : *« son médecin traitant était très absent, je pense qu'il n'était pas du tout à l'aise avec les maladies psychiatriques. Je pense que ça le dépassait complètement, et il ne savait pas comment gérer » (E8).*

Difficultés à trouver la posture adéquate vis-à-vis du médecin traitant : Cependant, en cas « d'incompétence » du médecin traitant, il n'est pas toujours simple de trouver sa juste place : *« Pour mon père, c'est juste de trouver ma place exacte par rapport à son médecin traitant et ce qu'elle n'arrive pas à faire, dans la mesure où il a besoin de plus de soins. Donc il y a une difficulté par rapport à ça (...) C'est de savoir ce que je dois prendre en charge ou pas. » (E10).*

c. *Sa connaissance de la situation globale du proche*

Les médecins interrogés interviennent aussi, lorsque le médecin traitant ne réalise pas la situation de leur patient, en cas de perte d'autonomie par exemple : *« c'était pour lui demander de faire le nécessaire, pour qu'il y ait des personnes qui viennent s'en*

occuper » (E2). Si le médecin traitant n'a pas conscience des troubles de la mémoire des proches : *« donner quelques explications au médecin traitant qui n'est pas au courant qu'il a des troubles de la mémoire » (E10).* Cependant, il n'est pas rare de manière générale, que ce soient les proches qui interpellent le médecin traitant lorsqu'il existe des troubles de la mémoire ou des difficultés sociales.

Enfin, si le médecin traitant ne réalise pas la gravité de la situation (situation 4) : *« J'ai dit à ma mère de dire au médecin traitant « voilà ce qui se passe quand il est chez lui, il ne se lave pas etc. » Parce qu'il arrivait à donner le change quand il était devant, il arrivait à dire tout va bien, mais au fait il n'ouvrait pas sa porte, il vivait dans le noir... » (E8).*

5) La maladie chronique :

a. *Mes proches ne sont pas vraiment malades :*

Certains médecins interrogés n'hésitent pas à soigner leurs proches car ils estiment qu'ils ne sont pas vraiment malades.

En effet, le médecin 6 fait la distinction entre les maladies chroniques bénignes et les maladies chroniques graves : *« quand c'est des pathologies bénignes, ça ne pose pas trop de questions... (...) c'est une maladie chronique* [dysphasie] *mais qui n'est pas grave. Je pense que c'est un peu la différence comparée à quelqu'un qui a le cancer, le diabète... ce n'est pas la même question quoi ! » (E6).* Elle est médecin traitant de son fils atteint de dysphasie : *« Comme c'est quand même assez spécifique, de toute façon. Il est suivi par un pédopsychiatre, par l'orthophoniste, au CMPEA etc. » (E6).* Toutefois, elle ne serait pas son médecin traitant s'il était atteint d'une pathologie plus grave : *« il aurait eu des problèmes de santé plus importants, je pense effectivement que j'aurais peut-être pris un autre médecin » (E6).*

De la même manière, le médecin 7 est médecin traitant de sa femme atteinte de fibromyalgie, car c'est une maladie qui ne nécessite pas de suivi particulier : *« en général elle est en forme, elle n'a pas de pathologie chronique proprement dite. La fibromyalgie c'est effectivement chronique mais il n'y a pas de traitement ou de suivi*

particulier pour ça ! (...) l'examen clinique de toute façon... Il n'y a pas de suivi, rien du tout ! (...) Donc effectivement pour elle, c'est moi qui lui prescris ses gouttes de Laroxyl ® comme traitement antalgique de fond » (E7). Cependant, l'absence de suivi pèche *: « Elle n'a pas de suivi, elle est abandonnée, et c'est pour ça qu'il ne faut pas suivre ses proches [rires] » (E7).*

b. Il y a des maladies chroniques plus ou moins difficiles à traiter :

La plupart des médecins interrogés hiérarchisent les maladies chroniques. En effet, certaines sont plus compliquées que d'autres, le retentissement n'est pas le même, que ce soit pour le médecin ou son proche.

Le degré d'invalidité **:** L'impact de la maladie sur le proche influence l'attitude du proche-médecin. Le médecin 3 a pris ses distances vis-à-vis de la maladie de sa mère : *« la polyarthrite rhumatoïde c'est vraiment une pathologie qui démarre très tôt, qui ne guérit pas... des douleurs qui ne passent pas, l'articulation qui gonfle, qui se déforme... » (E3).* Inversement, le médecin 11 est médecin traitant de son fils atteint de la Maladie de Gilbert, au contraire peu symptomatique **:** *« Oh pas importante, j'ai un de mes enfants qui a la maladie de Gilbert. (...) il est en plein forme. La maladie de Gilbert franchement, il n'est pas du tout ictérique, ça s'est vachement amélioré. (...) c'est moi qui fais son suivi à distance, je prescris les prises de sang. » (E11).*

Les problématiques psychologiques et les pathologies psychiatriques semblent plus difficiles à prendre en charge : *« dans certaines situations, comme par exemple les troubles psychologiques ou psychiatriques, ça peut être beaucoup plus délicat. Donc j'estime que si j'ai affaire à des gens qui ont des maladies chroniques, par exemple un simple diabète... » (E2) ; « soigner les proches ça veut dire soigner tout l'émotionnel des proches, et là c'est encore plus compliqué » (E12).* Le médecin 8 quant à elle, a exprimé des difficultés liées à la schizophrénie de son frère : *« C'est quelque chose de très spécifique la maladie mentale, pour mon petit frère je n'y arrivais pas, puisque j'avais de l'affect, je n'arrivais pas à avoir du recul... » (E8).*

Les pathologies néoplasiques sont également à l'origine de difficultés chez les médecins interrogés. Le médecin 9 fait la différence entre les maladies simples et compliquées, celles qui tuent et celles qui ne tuent pas : *« les maladies chroniques simples – si on peut dire – type diabète, hypertension, non, je n'ai pas de problème particulier. Maintenant quand il s'agit de maladies plus compliquées, type leucémie, là ça devient angoissant, stressant, parce qu'il y a forcément des relations particulières qui ressortent. (...) A part ce petit garçon décédé, je n'ai pas eu d'angoisse ou de crainte particulières. Le diabète ça ne tue pas... tout de suite. » (E9, situation 11).* Enfin, certains médecins ont des difficultés liées à une prise en charge hyperspécialisée : *« j'ai ma grand-mère qui avait un cancer du sein. A chaque fois elle voulait mon avis sur ses prescriptions, ses scanners etc. Et c'était compliqué de lui dire que je n'étais pas cancérologue. (...) je pense qu'elle était fière que sa petite-fille soit médecin, mais en même temps les histoires de chimio et tout ça... c'était très spécifique, c'était compliqué ! » (E8, situation 5) ; « et puis après c'est vrai que ça dépassait mes compétences. L'oncologie... » (E9).*

6) L'insularité :

Un dernier facteur influençant les médecins interrogés dans leur attitude est le fait de vivre à l'île de la Réunion, ce qui signifie pour la plupart d'entre eux, vivre à distance de leurs proches.

a. Vivre à distance de ses proches :

« C'est compliqué quand on a de la famille en métropole. » (E1)

La distance physique empêche l'examen clinique : *« je suis à 10 000 km donc concrètement je ne peux pas faire grand-chose, je peux juste donner mon avis, je ne peux pas examiner, je ne peux rien faire » (E8).* Ce qui peut être un avantage pour certains, qui sont moins sollicités : *« si j'étais sur place, j'aurais été plus sollicité » (E2).*

Cependant, le médecin 13 relativise cette distance en termes de temps : *« Si t'habites*

Lille – mes parents sont dans le sud – tu mets quasiment autant de temps... L'histoire de ma fille : à 19h j'ai le coup de téléphone. 19h30 j'ai le billet d'avion. 16h le lendemain, j'étais sur place. Donc en 24 heures ! Bon en métropole ça fait 12 heures au lieu de 24... Après c'est une question de moyen parce que c'est plus cher » (E13).

Par ailleurs, les médecins 10 et 11 pensent qu'ils auraient été médecin traitant de leurs proches s'ils vivaient à proximité : *« de toute façon je ne peux pas être leur médecin traitant dans la mesure où j'habite à la Réunion. (...) Mais c'est pour des raisons d'éloignement, parce que je pense que si j'étais sur place, c'est clair que ma mère ne voudrait voir personne d'autre que moi ! » (E11).* En revanche, pour le médecin 10, cette distance lui permet d'avoir une distance thérapeutique et donc une meilleure expertise : *« ça m'a permis d'avoir juste un certain recul par rapport à eux, donc ça a influencé mon attitude. Parce que dans l'expertise il y a cette distance. Quand je suis un médecin traitant je n'ai plus cette distance... »*

Enfin, le médecin 4 ne pense pas que son attitude (neutre) soit modifiée par la distance : *« à part le fait qu'il faille tout faire à distance par mail ou par téléphone, mais non je pense que je ferais pareil si j'étais à côté » (E4).*

b. *Soigner ses proches à distance*

« C'est vrai qu'à distance on peut soigner, dans une certaine limite, bien-entendu. » (E11)

Nombreux médecins interrogés interviennent à distance dans la prise en charge de leurs proches. En effet, donner des conseils téléphoniques est un avantage pour les proches qui *« n'ont pas à se déplacer pour des petites choses » (E5)*.

Un suivi à distance : Le médecin 11 est médecin traitant de son fils vivant en métropole et atteint de maladie de Gilbert : *« toutes leurs prises de sang, tout ce que je peux faire, les radios les choses comme ça, je fais. (...) C'est moi qui fais le suivi à distance » (E11).* Elle pense pourtant qu'il serait préférable que ses enfants aient un médecin sur place : *« s'il leur arrive un problème réel, c'est quand même bien qu'il y ait un médecin sur place et qu'ils connaissent ! » (E11).* C'est pourquoi elle n'hésite pas à les orienter

vers d'autres médecins : *« après c'est à moi de leur dire « là franchement faut voir un médecin », vous sentez au téléphone... » (E11).*

Une prise en charge à distance : Le médecin 1 intervient semble-t-il fréquemment dans la prise en charge de ses proches qui vivent en métropole, en donnant des avis sur des photos : *« s'il a des escarres, il peut nous envoyer des photos de ces plaies, mais non on ne les examine pas ! » ;* en prescrivant diverses ordonnances : *« on peut faire les ordonnances qu'on envoie par mail »,* notamment d'antibiotiques : *« un week-end il a une pneumopathie, on peut débuter un traitement antibiotique » (E1),* et ce uniquement par l'interrogatoire.

Un diagnostic au téléphone : Le médecin 2 nous décrit comment il a fait le diagnostic bradycardie au téléphone : *« en fait mon père faisait des bradycardies nocturnes ! Il descendait à moins de 40 bpm, et c'est moi qui ai fait le diagnostic au téléphone. (...) par l'interrogatoire je lui ai dit de prendre son pouls quand il avait des troubles ... » (E2).*

Une prise en charge qui a des limites : Toutefois, il arrive que le médecin interrogé ne puisse intervenir à distance, comme nous raconte le médecin 10. Sa belle-mère accompagnée de l'infirmière l'avait contacté devant l'apparition d'œdèmes des membres inférieurs et d'une dyspnée chez son beau-père. La situation nécessitait un examen clinique : *« c'était au téléphone, on en a discuté avec l'infirmière, je lui ai dit « il faut vraiment qu'il soit ausculté », et mettre un traitement par téléphone là ça devenait compliqué, donc j'ai conforté l'infirmière dans le fait qu'il fallait appeler le médecin et qu'elle insiste pour qu'il se déplace rapidement. » (E10).*

c. Comparaison du système de soin entre la Réunion et la métropole

Certains médecins ont fait une comparaison du système de soins de la Réunion et celui de la métropole. Le médecin 9 ne trouve rien à redire du système de santé à la Réunion : *« on a des professionnels de santé ici qui sont à la hauteur » (E9).*

Le médecin 1 trouve que les médecins généralistes en métropole sont *« peu incisifs, ils ont du mal à avoir des rendez-vous spécialisés (...) Ici je trouve que le système médical est très bien, on a quasiment tout. » (E1).* De la même manière, le médecin

11 évoque *« un délitement de la qualité des soins en France – surtout en métropole. » (E11).*

d. Une question de culture

Enfin, le médecin 12, réunionnais pense que cette différence est liée à la culture réunionnaise : *« je ne crois pas que ce soit l'insularité, ou en tout cas c'est une conséquence très lointaine de l'insularité... Je pense que ce sont les relations : les liens sociaux et familiaux à la Réunion qui sont probablement plus importants, que ce qui peut se passer en métropole. L'implication auprès de patients est à mon avis plus forte que l'implication en métropole où la vie est plus anonyme. Et du coup c'est difficile de dire non à une prise en charge d'un parent, c'est impossible de ne pas s'impliquer affectivement. On est bien avec les gens, c'est plus le fonctionnement de la société plus que l'insularité » (E12).*

D. Les conséquences perçues

Les conséquences perçues de leurs attitudes par les médecins sont diverses, et ont été classées en trois catégories : les conséquences relationnelles, les conséquences médicales pour le proche, et enfin les conséquences inter professionnelles.

1) Les conséquences relationnelles :

Lorsqu'un proche sollicite son proche-médecin, celui-ci peut adopter différentes attitudes. S'il accepte de répondre à la demande, le proche-médecin rentre dans sa carapace de professionnel de santé pour avoir une relation médecin-patient avec son proche. Cette dernière ne peut être neutre comme nous l'avons vu précédemment, et peut avoir des conséquences.

a. *Proche et médecin : un double rôle à assumer*

La plupart des médecins interrogés ont évoqué la difficulté d'être à la fois proche et médecin.

Une confusion des rôles : Lorsque les médecins ont fait le choix de s'impliquer dans la prise en charge de leurs proches, ce double rôle peut nuire à la relation pré existante, notamment en cas d'errance diagnostique : *« j'avais un rôle un peu bizarre : j'étais à la fois le mari et celui qui la traitait mais qui ne savait pas faire. (...) c'était un peu compliqué parce que j'étais démuni » (E7).*

La moindre autorité : Certains médecins évoquaient des difficultés de prise en charge liées aux *« relations de moindre autorité »* du fait d'une histoire commune : *« puisqu'on a grandi ensemble, on n'a pas la même emprise qu'avec le patient étranger » (E9).*

S'exposer aux reproches : Le médecin 12 évoque le risque de devenir bouc émissaire dans certaines situations : *« après il ne faut juste pas se louper c'est ça le problème. C'est aussi des situations parfois de fin de vie, où les gens ont du coup de la tristesse ou de la colère. On peut devenir le bouc émissaire d'une situation qui n'a rien à voir avec ce qu'on a pu faire ou pas faire. » (E12).*

L'absence d'impartialité : De plus, le médecin ne peut être impartial quand il s'agit de ses proches, d'autant plus s'il s'agit de membres de sa famille : *« qu'un proche puisse se confier sur une problématique familiale, ça sera difficile si je fais partie de la famille. On est juge et partie, donc évidemment » (E12).* Aussi, lorsque le médecin intervient, il risque de *« faire rentrer en ligne de compte des facteurs qui n'ont pas à interférer » (E2)*.

Le secret médical : Deux médecins ont abordé la question du secret médical : *« En tant que médecin on est tenu au secret médical, mais on ne peut pas être juge et partie... Donc il vaut mieux laisser à d'autres le soin de le faire, à des personnes qui ne sont pas juge et partie ! » (E2).*

b. *Influence dans les décisions médicales*

« On bénéficie quand même d'un certain crédit parce qu'on fait partie de la famille, on a confiance en nous, non seulement en tant que médecin mais en tant que membre de la famille. » (E2)

Du fait de ce double rôle de proche et médecin, certains ont abordé l'influence qu'ils peuvent avoir sur leurs proches dans les décisions médicales.

Plus facile de convaincre ses proches : Le médecin 11 utilise son statut de médecin pour influencer ses proches dans les décisions médicales : *« Les proches sont bien plus à votre écoute qu'à celle de leur médecin traitant, et il est plus facile de convaincre un proche récalcitrant à un traitement ou une intervention » (E11).* En effet, elle raconte comment elle a incité sa mère à se faire hospitaliser pour son cancer colorectal, et la façon dont elle l'a « forcé » à aller voir un cardiologue.

Laisser au proche sa liberté de décision : Les médecins 12 et 13 semblent se rejoindre quant à la nécessité de laisser le proche prendre ses propres décisions médicales : *« S'ils n'adhèrent pas, il y a peut-être des raisons aussi et je ne sais pas si c'est légitime. C'est se positionner en situation où on a la vérité – la vérité médicale. Il y a un énorme pouvoir, puisqu'il y a déjà la position médicale par rapport aux maladies – en plus en tant que médecin – et en tant que parent, donc c'est une double pression*

pour le patient. (...) Je pense que c'est important surtout que les gens aient leur liberté de décision, il ne faut pas être influent. » (E12).

c. *Une question de disponibilité :*

La disponibilité des médecins pour leurs proches est relativement proportionnelle au degré d'implication dans la prise en charge, mais il existe quelques exceptions.

Attitude distante : Les médecins ayant fait le choix d'être distant, sont moins sollicités par leurs proches : *« On peut dire que comme ça on a la paix, on n'est pas enquiquiné en permanence, à tout bout de champs, mais ce n'était pas le but initial » (E7).* Le médecin 3 exprime un *« un confort émotionnel fantastique ! ».* Toutefois, ils reconnaissent ne pas faciliter la vie de leurs proches en imposant cette distance : *« ça serait un moyen de leur simplifier la vie et je ne leur simplifie pas la vie ! [rires] » (E7).*

Attitude neutre : Les médecins ayant une attitude neutre voient pour ces derniers un avantage pratique : donner des conseils téléphoniques est un avantage pour les proches qui *« n'ont pas à se déplacer pour des petites choses » (E5).* Cependant, certains médecins ont évoqué une sur sollicitation de la part de leurs proches dans des contextes inadaptés : *« parfois vous êtes invitée, et forcément vous êtes médecin avant tout, vous n'êtes pas une invitée : vous êtes médecin ! Et finalement ça tourne à la consultation générale ! (...) Il faut aussi se faire comprendre, que vous avez une vie, vous n'êtes pas au service de la population générale non plus. » (E11).*

Attitude impliquée (coordinateurs de soins) : Pour les médecins coordinateurs de soins, leurs proches sont rassurés : *« Le fait que j'ai un œil dessus, mon beau-père il s'en remet complètement à moi (...) ça le rassure de savoir que je suis disponible pour pouvoir lui répondre. » (E10).* Cependant, cette disponibilité, et cette confiance impliquent pour le médecin une responsabilité, qui peut être vécue comme une charge : *« L'inconvénient c'est que ça peut être lourd, pour moi » (E10).*

Rôle de médecin traitant : Pour les médecins jouant le rôle de médecin traitant, notamment pour leurs enfants et conjoint, il s'agit avant tout d'un avantage pratique, avec un gain de temps considérable : *« l'avantage c'est de gagner du temps effectivement ! (...) C'est plus pratique pour lui, plutôt que d'aller attendre chez le médecin. » (E6).* Cependant, pratique ne rime pas forcément avec qualité. En effet, certains médecins reconnaissent être moins disponibles pour leurs proches vivant à domicile, par l'absence de consultation dédiée. Ces derniers peuvent se sentir « abandonnés » : *« l'inconvénient c'est que du coup elle ne se sent pas entendue. » (E10).* Tandis que d'autres médecins ont une disponibilité à toute épreuve : *« je suis là à leur disposition, ils peuvent me poser des questions tout simplement, sans problème. » (E9).* Ce qui peut impliquer une sollicitation de la part des proches, pas toujours justifiée : *« c'est vrai que parfois c'est des coups de fil pour rien (...) Mais bon ça fait partie du boulot ! » (E9)* ; à tout moment : *« Si je suis en week-end, c'est vrai que si je suis appelé au chevet de quelqu'un, la famille... C'est sûr, que c'est un désagrément pour moi. » (E12).*

d. *Les conséquences affectives*

Soigner ses proches ne peut se faire dans la neutralité. Quelle que soit l'attitude choisie, différentes émotions ont été décrites par les médecins.

Une charge émotionnelle : Le médecin 9 relate des difficultés vécues lors de la prise en charge de son petit-fils, décédé d'une leucémie à l'âge de 13 ans : *« J'étais son médecin et son grand-père. Donc c'était quelque chose de très dur, et forcément on cherche on cherche on cherche des solutions, forcément plus que pour quelqu'un d'autre. (...) ça va de la crainte à la déprime. (...) Je crois que c'est ce petit-fils qui est décédé... Qui soulève pas mal de questionnements et qui montre aussi notre faiblesse… (...) Quand il s'agit d'un enfant qui vous appelle à l'aide, c'est autre chose. (...) ça engendre des états d'âme … Cette incapacité, ce sentiment de ne pas pouvoir faire quoi que ce soit... » (E9)*

Un sentiment de culpabilité : le médecin 13 nous raconte son intervention auprès du psychiatre de sa fille (concernant les posologies de psychotrope), à la suite de laquelle il a pu ressentir une certaine culpabilité : *« un truc que m'a reproché ma femme* (...) *J'ai peur que ce soit moi qui sois à l'origine de l'arrêt. Elle a décidé de diminuer et d'arrêter. Et 3 mois après, elle a fait lors d'un examen, son deuxième accès* [de bouffée délirante aiguë]*, qu'elle n'aurait peut-être pas fait. Elle aurait quand même loupé son examen, mais ça aurait évité une deuxième hospitalisation. » (E13).*

Un sentiment de fierté : Inversement, soigner ses proches peut prodiguer un sentiment de fierté : *« à chaque fois il dit* : *" c'est grâce à ma petite-fille que je suis encore là, parce que peut-être que si j'avais laissé traîner, ça aurait été trop tard ! " Donc oui c'est l'avantage aussi de ça. » (E5).* Les médecins interrogés ont la reconnaissance de leurs proches : *« Je passe pour le dieu vivant [rires] ! » (E2).*

Le sentiment de ne pas être pris au sérieux : Quelques médecins ont pu évoquer des difficultés liées au fait de ne pas être pris au sérieux par leurs proches : *« c'est fatiguant parce qu'ils ne m'écoutent pas. Ils m'écoutent mais toujours un peu en rigolant... Je ne suis pas forcément prise au sérieux » (E5).*

Une confiance illimitée : Inversement, d'autres médecins ont acquis la confiance si on peut dire illimitée de leurs proches : *« en ce qui concerne mon beau-père (...) très clairement, il a confiance en moi point barre. Tous les autres c'est intéressant, mais il m'en reparle toujours, il me dit tout ce qu'il se passe pour avoir mon avis. Donc effectivement il n'a confiance qu'en moi » (E10).* Cette confiance illimitée peut donner au médecin une responsabilité importante notamment dans les décisions médicales.

2) **Les conséquences médicales pour le proche**

Les conséquences médicales pour le proche concernent directement sa prise en charge. Quels sont les risques et avantages des attitudes adoptées par leur proche-médecin ?

a. Les risques :

Attitudes distante et impliquée en tant que coordinateur : absence de risque :

Lorsque les médecins ont fait le choix d'être **distants** face aux problèmes de santé de leurs proches, il n'y a pas de conséquences médicales propres à cette attitude, le proche étant pris en charge par un médecin tiers.
De même, pour les médecins ayant une attitude impliquée en tant que **coordinateur** en complément du médecin traitant, les risques sont minimes, car le proche bénéficie toujours du regard de son médecin traitant déclaré. L'implication de son proche-médecin est un bonus pour lui.
De fait, les attitudes neutre et impliquée en tant que médecin traitant sont les plus à risque.

Attitude neutre : retard de prise en charge **:**
Le retard de prise en charge est le principal risque évoqué par les médecins ayant une attitude neutre. En effet, certains médecins ont évoqué un retard de prise en charge, consécutif à un avis téléphonique par exemple : *« il ne faudrait pas que ça retarde une prise en charge. C'est arrivé plus pour des trucs aigus, qu'ils m'appellent alors qu'ils ne sont pas encore allés voir leur médecin, donc généralement je leur dis "appelle ton médecin !" Mais ils attendent un retour, ils prennent les choses tard... » (E4).*

Rôle de médecin traitant : l'attitude « médecin traitant » (qu'elle soit officialisée ou non) apparaît comme la plus risquée sur le plan médical pour le proche. En effet, ce dernier ne consulte que son proche-médecin, et s'en remet le plus souvent à son expertise. Les principaux risques évoqués sont les suivants :

- Un retard de prise en charge :

Etant les premiers interlocuteurs médicaux de leurs proches, nombreux médecins ont évoqué un retard de prise en charge, lié à l'absence de cadre : *« je fais au fur et à mesure quand il y a un problème qui se pose ou des choses comme ça (...) je ne prends en compte ses symptômes que quand ça devient franchement aigu » (E10) ;* ou aux compromis et à l'affect : *« Notamment la récidive de son cancer de la peau, j'ai peut-être minimisé ou j'étais peut-être trop optimiste par rapport à ce que c'était réellement. (...) Mais il avait des exigences aussi qui faisaient que c'était compliqué de l'examiner comme il fallait le faire. (...) je n'avais pas les conditions d'examen finalement adéquates qui permettraient d'être plus efficace dans les diagnostics. Ça a pu participer au retard diagnostic de la récidive. » (E12).*

- Une prise en charge incomplète :

Du fait de la pudeur et des tabous, certains médecins traitants de leurs proches ont abordé le risque de passer à côté de choses graves : *« L'inconvénient c'est ça : c'est que je ne vois que ce que moi je leur propose, et je passe peut-être à côté de choses. » (E5).*

- Une prise en charge psychologique plus difficile à aborder :

Pour certains médecins traitants, la prise en charge psychologique de leurs proches est vécue comme une difficulté : *« soigner les proches ça veut dire soigner tout l'émotionnel des proches, et là c'est encore plus compliqué. (...) A certains moments il y a des choses qu'on ne peut pas leur dire forcément facilement et c'est toujours autour de l'émotionnel ou des psychologies » (E12),* notamment en cas d'anorganicité *: « Quand quelqu'un vient vous voir en disant j'ai mal par-ci, j'ai mal par-là, le thorax, etc. Finalement on fait l'examen et on comprend qu'il n'y a pas grand-chose de physique mais que c'est qu'il vit une situation difficile, par exemple de couple etc. C'est compliqué à aborder, c'est difficile de dire : Repose-toi la question de la validité de ton couple, ou la viabilité de ton couple. » (E12).*

- Une prise en charge trop implicite pour les proches :

En tant que médecin traitant, certains ont relaté des situations dans lesquelles les explications données au proche étaient trop implicites. Ce dernier ne comprenait pas la conduite à tenir, qui aurait été mieux expliquée à un patient lambda : *« Avec un autre*

patient lambda ça aurait peut-être été un peu plus carré, j'aurai plus expliqué les choses. Peut-être que je suis plus formaliste dans ce que je vais écrire et donner comme prescription avec un patient que je reçois au cabinet » (E12).

- La moindre compliance des proches :

Certains proches sont moins compliants lorsque le médecin traitant est un proche : *« les traitements ne sont parfois pas très bien suivis, un peu pris à la légère. (...) Le suivi me semble plus difficile. » (E9).*

b. ***Les avantages :***

Attitude distante : Une meilleure prise en charge par un médecin tiers :

Pour les médecins 3 et 7, la prise de distance impose à leurs proches de consulter un médecin tiers : *« il faut avoir un soignant qui va avoir cette écoute neutre, qui n'a pas d'investissement émotionnel » (E3)*, ce qui leur permet *« d'être mieux soignés à la fin » (E7).*

Attitude neutre : Les médecins ayant une attitude neutre voient surtout un avantage pratique pour leurs proches. Lorsqu'ils interviennent, leurs proches n'ont pas à se déplacer.

Attitude impliquée en tant que coordinateur de soins :

« *Ça ne me dérange pas de dire que je soigne mes proches, oui c'est plutôt un avantage pour eux. » (E1)*

- Une meilleure expertise liée à la « distance » :

Jouer le rôle de coordinateur pour les proches vivant en métropole permet aux médecins d'avoir un *« certain recul par rapport à eux »,* ce qui leur permet d'avoir une

meilleure expertise : *« dans l'expertise il y a cette distance. Quand je suis un médecin traitant je n'ai plus cette distance... » (E10).*

- Une prise en charge de proximité :

Le double rôle de proche et médecin peut parfois s'avérer utile, notamment dans certaines circonstances où la présence d'un médecin est nécessaire. Par exemple, le médecin 13 nous raconte une situation dans laquelle il a raccompagné sa fille à la Réunion en tant que professionnel de santé, lors de sa première bouffée délirante aiguë (situation 8) : *« « je suis médecin je peux l'accompagner » (...) Et ça s'est bien passé, il n'y a pas eu besoin de ça [injection]. En revanche c'était beaucoup plus important à mon avis que je l'accompagne parce qu'elle était complètement sécurisée que je sois à côté d'elle tout le temps. » (E13).*

- Une prise en charge complète :

Pour les médecins ayant fait le choix de compléter la prise en charge proposée par le médecin traitant de leurs proches, il semble exister nombreux avantages.

D'une part, les proches sont assurés d'avoir une prise en charge de qualité par un double regard : *« l'avantage, c'est d'avoir deux médecins finalement qui s'occupent d'eux (...) Pour eux je pense que c'est un gage entre guillemets de qualité » (E11).*

D'autre part, les proches-médecins s'assurent que la prise en charge de leurs proches se rapproche de leur vision de la médecine *: « L'avantage c'est d'être sûr qu'ils n'ont pas de perte de chance, qu'il y a toutes les conditions correctes pour la prise en charge. Je ne sais pas si elle est meilleure, en tout cas elle est plus en cohérence avec ce que je pense de la médecine, c'est très prétentieux... de ce que je pense de l'accompagnement médical, des standards, des recommandations, voilà ! » (E13).*

Aussi, la prise en charge peut être accélérée par l'intervention du proche-médecin si nécessaire : *« quand je m'en suis occupée, c'est allé assez vite, ça a été hyper accéléré » (E11).*

Rôle de médecin traitant :

- Un rôle de prévention :

En se substituant au rôle de médecin traitant pour ses parents qui ne consultent jamais, le médecin 5 minimise les risques : *« sinon ils ne le feraient pas, ils n'iraient jamais consulter. (...) Donc ce qui me pousse c'est que je me dis "si moi je ne le fais pas, personne ne le fera". C'est déjà ça de gagné ! » (E5).*

- Une prise en charge sur mesure :

Du fait d'une meilleure connaissance de son proche et de son entourage, le médecin 12 pense proposer une prise en charge plus adaptée : *« Probablement l'écoute, la compréhension de ce qu'ils vivent aussi. (...) Quand on connait bien les gens on peut peut-être bien les accompagner aussi, notamment quand c'est des fins de vie, on sait quelles sont les difficultés dans chacune des familles, les susceptibilités à ménager, l'importance de certains rituels, ou de certaines choses particulières à faire ou ne pas faire, et ça respecte au mieux des fois... c'est peut-être plus facile à gérer, on est plus intégré, on intègre un peu plus le côté médical et le côté affectif » (E12).*

3) Les conséquences inter professionnelles :

a. Une question de déontologie médicale

« Le médecin consulté par un malade soigné par un de ses confrères doit respecter :

- *L'intérêt du malade en traitant notamment toute situation d'urgence ;*
- *Le libre choix du malade qui désire s'adresser à un autre médecin.*

Le médecin consulté doit, avec l'accord du patient, informer le médecin traitant et lui faire part de ses constatations et décisions. En cas de refus du patient, il doit informer celui-ci des conséquences que peut entraîner son refus. »

Article r.4127-58 du code de déontologie médicale [2]

Tous les médecins interrogés ont un regard sur la prise en charge de leurs proches par leur médecin traitant déclaré (s'il existe). Ce regard est plus ou moins minutieux, et peut parfois impliquer l'intervention du proche-médecin, en cas de désaccord.

Attitude neutre : Pour les médecins ayant une attitude neutre, nous avons vu qu'ils préfèrent rester en retrait en cas de doute : en incitant leur proche à en parler à son médecin, en l'incitant à demander un 2ème avis, ou en adressant leur proche au spécialiste. La majorité de ces médecins ne communique jamais avec le médecin traitant de leurs proches. Ils préfèrent échanger avec les spécialistes directement : *« ça m'est arrivé d'envoyer un mail à un spécialiste, mais au médecin généraliste, non. Je n'ai même pas ses coordonnées ! [Rires] » (E4).*

Attitude impliquée (coordinateur) : Inversement, lorsque les médecins « coordinateurs » doutent de la prise en charge de leurs proches, la plupart d'entre eux le fait de manière déontologique, c'est-à-dire en communiquant avec le médecin traitant de leurs proches par courrier ou par téléphone : *« quand il y a des soucis – comme c'est déjà arrivé – je m'adresse à leur médecin traitant. J'essaye de comprendre ce qu'il se passe, j'essaye de voir si le médecin référent n'a pas d'autre... C'est l'objet d'une discussion, tout simplement une discussion entre elle et moi. Ma façon de percevoir les choses, comment moi je ferais éventuellement. » (E11).* Toutefois, le médecin 11 souligne la difficulté de donner des conseils à autre médecin : *« c'est un peu délicat de donner des conseils à un autre médecin, il faut vraiment y aller un petit peu avec des pincettes mais en général ça se passe relativement bien : « moi je ferais plutôt ça », « je trouve que mes parents ont ce problème-là », « ma mère a ceci ou cela » etc. » (E11).* Seul un médecin parmi les coordinateurs ne communique jamais avec le médecin traitant : *« on peut appeler les spécialistes, mais le médecin traitant, jamais ! [Rires] » (E1).* Il arrive que les médecins coordinateurs court-circuitent le médecin traitant, en cas d'urgence principalement : *« Donc on a court circuité un petit peu le médecin traitant. Mais là il y avait urgence en quelque sorte. » (E2).*

Quelle que soit l'attitude adoptée, si les médecins jugent la prise en charge réellement mauvaise, ils vont inciter leur proche à changer de médecin : *« Je lui ai dit ben écoute je serais toi je changerais de pédiatre, ou je ne sais pas, mais bon j'irais voir ailleurs*

quand même, l'asthme c'est une maladie chronique, ça risque de revenir, et si personne ne voit c'est grave ! » (E11).

b. L'impact sur la relation médecin-patient des proches :

Interférer dans la prise en charge des proches, est perçue de diverses manières par les médecins interrogés.

La crainte de nuire à la relation médecin-patient de ses proches : Le médecin 7 n'interfère pas dans la prise en charge de ses proches, car il sait que lui-même n'apprécierait pas qu'on le fasse : *« je n'aimerais pas personnellement qu'il y ait un médecin qui vienne me dire ce que je dois faire, si j'ai oublié ceci cela... (...) C'est la crainte d'interférer sur la prise en charge au fait. Si par exemple je prescris pour mon père un doppler ou un avis cardio, que son médecin ne l'a pas fait, et qu'il lui amène les résultats. J'imagine que le médecin peut mal le prendre, et que ça rend compliqué la relation médecin-malade entre les deux » (E7).* Aussi, si les relations médecin-patient de ses poches sont mauvaises, il les incite à changer de médecin : *« et s'il me dit que ça ne se passe pas bien avec le médecin, je lui dis de changer de médecin voilà. » (E7).*

Pas d'impact négatif sur la relation médecin-patient en cas d'intervention : Inversement, deux médecins semblent intervenir régulièrement dans la prise en charge de leur proches (adressage aux spécialistes, prescriptions médicamenteuses) et ne pensent pas interférer dans la relation de leur proche avec leur médecin : *« Il* [le médecin traitant de ses proches] *doit avoir des courriers, mais voilà on ne l'appelle pas ! » (E1) ; « Et le médecin traitant elle a dû se dire ben tant mieux elle m'a évité de faire un courrier et de prendre un rendez-vous. Je lui ai facilité la tâche après tout. » (E11).* Finalement, nous pouvons imaginer que ces deux médecins, à l'inverse du médecin 7, ne seraient pas « dérangées » si un proche-médecin de leurs patients interférait.

L'impact sur la relation médecin-patient des proches semble lié à la personnalité du médecin traitant du proche. Toutefois, afin de limiter l'interférence dans cette relation, il semble préférable de communiquer avec ce dernier, bien que ce ne soit pas toujours simple.

DISCUSSION

1) Forces

Il s'agissait d'une étude originale à la Réunion.

Treize entretiens ont été réalisés, et la saturation des données a été recherchée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires après l'absence de nouvelles données.

Seuls les médecins généralistes étaient inclus, ces derniers étant en première ligne face aux diverses doléances médicales de leurs proches.

De plus, l'étude concernait les maladies chroniques, dont le suivi et la coordination de soins nécessite l'intervention clé du médecin traitant.

Cette thèse était réalisée à l'île de la Réunion, à 10 000 kilomètres du continent. La plupart des médecins généralistes inclus dans l'étude était d'origine métropolitaine, et avait donc des proches vivant à distance.

Les entretiens étaient réalisés de manière individuelle, ce qui rendait la conversation plus intime et laissait le médecin s'exprimer librement.

Ces derniers ont donné lieu à une analyse qualitative, permettant de dégager des thèmes (les différentes attitudes), desquels sont ressortis les objectifs secondaires : les facteurs influençant les attitudes, et les conséquences de ces attitudes.

2) Faiblesses

Il existe de nombreux biais dans cette étude :

Un biais de recrutement : une majorité de médecins a été contactée au hasard via l'annuaire téléphonique, en privilégiant le secteur ouest et sud de l'île pour des raisons pratiques et une minorité a été sélectionnée directement dans l'entourage de l'enquêteur. Par ailleurs 5 médecins sur les 18 contactés ont refusé de participer à l'étude.

L'absence de focus groupe : un focus groupe aurait pu offrir plus d'interactions avec les participants et permettre des confrontations de point de vue.

Un biais de désirabilité sociale : la chercheuse ayant pu inconsciemment orienter ses interlocuteurs selon ses propres convictions, lors des entretiens.

Un biais de subjectivité : l'analyse qualitative du verbatim laissait place à une interprétation subjective des résultats. Une micro-analyse du premier entretien ainsi qu'une triangulation des données auraient pu éviter ce biais, mais n'ont pu être réalisées.

Biais divers : un entretien a été réalisé par téléphone à la demande du médecin interrogé.

Absence de soumission de l'étude au CNIL.

3) Comparaison avec les données de la littérature

a. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques des médecins interrogés modifient-elles leur attitude ?

Pour commencer, l'âge des médecins interrogés pouvait avoir un impact pour certains. Les plus âgés semblent s'impliquer davantage dans la prise en charge de leurs proches, en tant que médecin coordinateur ou en tant que médecin traitant déclaré. Tandis, que les plus jeunes paraissent plus distants. Ce qui correspond aux résultats des études [3, 9, 10,11, 14]. L'âge des médecins est corrélé à l'expérience d'une part, mais aussi à une plus grande difficulté des plus jeunes à imposer une certaine « autorité » permettant une prise en charge adéquate.

Dans cette étude, l'attitude des médecins ne semble pas liée au sexe. Hommes et femmes se répartissent les différentes attitudes de manière homogène. Ce qui rejoint les études réalisées précédemment en France [9,10,11]. Cependant, dans ces études, les femmes semblaient moins satisfaites de leur prise en charge, et pensaient davantage que celle-ci était modifiée par rapport à un patient classique, ce qui n'est pas le cas dans la présente étude, où ce sentiment a été évoqué de la même manière

par les deux sexes. Notons qu'aux Etats-Unis [14], les femmes médecins semblent moins soigner leurs proches que leurs homologues masculins.

Le mode d'exercice (groupe ou seul) n'influence pas les médecins, de même que leur temps de travail par semaine.

Enfin, l'origine du médecin – réunionnaise ou métropolitaine – est difficile à évaluer. Seuls trois médecins parmi les treize inclus sont d'origine réunionnaise. Deux d'entre eux sont déclarés médecins traitants de leurs proches, tandis que la troisième a l'attitude la plus distante. Un des médecins impliqués évoquait la question de la culture réunionnaise, de proximité qui avait influencé son attitude.

b. Les attitudes adoptées par les médecins généralistes

Les attitudes adoptées par les médecins généralistes face à la demande de soins de leurs proches ont été classées en quatre catégories : attitude distante, attitude neutre, attitude impliquée, ou rôle de médecin traitant – déclaré ou non.

Dans sa thèse, DAGNICOURT [3] mettait en évidence 3 choix opérés par les médecins : soigner d'emblée ses proches, ne pas soigner ses proches ou encore refuser avec malaise et/ou accepter alors que ce n'était pas le premier choix. Ces différents choix ont été évoqués par les médecins interrogés dans la présente étude. D'une part, certains médecins ont fait d'emblée le choix de soigner leurs proches en ayant un rôle de médecin traitant (déclaré ou non), ou plutôt un rôle de coordinateur de soin. D'autre part, seulement deux médecins ne soignent pas leurs proches, après le leur avoir imposé. Enfin, restent ceux qui finissent par accepter bien que ce n'était pas leur premier choix. Ces derniers vont alors avoir une attitude neutre et interviendront de manière ponctuelle, ou encore jouer le rôle de médecin traitant alors qu'ils préfèreraient ne pas le faire.

En 2012, PELTZ-AÏM [4] étudiait le positionnement des médecins généralistes face aux problèmes de santé de leurs proches de manière générale par une analyse qualitative. La notion de médecin référent avait été évoquée. Les médecins acceptaient de rentrer dans la prise en charge en tant que « référent » ou « conseiller », en orientant leurs proches, ce qui correspond plus à l'attitude neutre

décrite ici. Tandis que d'autres souhaitaient être mis au courant du suivi de leurs proches, ce qui correspond cette fois aux médecins coordinateurs, qui s'assurent de la bonne prise en charge de leurs proches. De même, dans la thèse de LEBRETON [14], certains médecins avaient décrit un rôle de supervision, voire de double prise en charge, de la même manière que les médecins coordinateurs de la présente étude.

En 2013, MARIN MARIN [5] étudiait le positionnement des internes face aux problèmes de santé de leurs proches. Il ressortait 5 attitudes adoptées : garder sa place de proche ; ne pas soigner ; surveiller et s'informer ; dépister les problèmes de santé ; et enfin soigner. Ces différentes attitudes ont quelques ressemblances aux résultats de la présente étude, avec davantage de nuances. Dépister les problèmes de santé était une des principales motivations pour un médecin jouant le rôle de médecin traitant pour ses parents. Dans une partie ultérieure, certains internes déclaraient « compléter la prise en charge » du médecin traitant, de la même manière que les médecins coordinateurs de la présente étude.

Dans la présente étude, certains médecins évoquaient des limites qu'ils s'imposent ou imposent à leurs proches, mais au fil des entretiens, il s'avère que ces limites sont plus indicatives que réelles, car il n'est pas rare qu'ils les transgressent. En 2015, les docteurs AGUILLON et MARRE PETIT-CASTAGNET [8] faisaient les mêmes constats. Il existait deux types de limites à la prise en charge des proches : celles liées aux compétences médicales et celles d'ordre émotionnel.

c. Les facteurs influençant

Les facteurs influençant les médecins interrogés dans leur attitude face aux maladies chroniques de leurs proches ont été classés de la manière suivante : le médecin, le proche, la relation du médecin avec son proche, le médecin traitant déclaré du proche, la maladie chronique, et l'insularité.

En 2013, BEGUIN [9] faisait une synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin face à une demande de soins de la part des proches. Les facteurs influençant les médecins dans leur décision concernaient : le médecin lui-même (son âge, son sexe et son type d'installation, sa religion/son milieu culturel, sa personnalité)

et la relation affective pré existante avec le proche. N'étaient pas abordés la maladie, le médecin traitant du proche, et l'insularité (et par extension la distance physique).

De le même manière, LATESSA [15] énumérait des facteurs à considérer lorsqu'il était question de soigner ou pas ses proches : le type de relation et de proximité avec le proche, le domaine de compétence du médecin, la nécessité d'une anamnèse ou d'un examen clinique intime, la sévérité de la situation ou de la maladie, le traitement demandé (notamment les substances psychoactives), et enfin l'aspect pratique.

Le médecin

Concernant le médecin, certaines études avaient les mêmes résultats : les expériences antérieures du médecin guidaient sa prise en charge [11], de même que sa personnalité [4,9].

Le proche

L'âge du proche détermine l'attitude des médecins, de manière similaire à l'étude du Dr MARIN MARIN [5]. Cependant, l'autonomie des proches, leur relation avec leur médecin traitant, ou avec les médecins de manière générale et l'attitude du proche face à sa maladie n'étaient pas évoqués dans les études précédentes.

La relation du médecin avec son proche

Le lien affectif et le lien familial qui unit le médecin à son proche conditionne également son attitude. Les études précédentes [4,5,8,9,11,12,14,17,18] tiraient les mêmes conclusions.

Soigner ses parents procure un sentiment de fierté, avec cependant une inversion de la relation d'autorité [9, 12]. Dans une étude précédente [8], la plupart des médecins évitaient de soigner leurs parents, préféraient qu'ils soient suivis par des médecins tiers, d'autres pensaient que cela dépendait de la relation entretenue avec les parents, de manière similaire à la présente étude. La prise en charge des beaux-parents était majoritairement refusée par les médecins interrogés [8]. Dans la présente étude,

nombreux médecins s'impliquent dans la prise en charge de leurs parents, par sentiment de responsabilité et bienveillance. En ce qui concerne les beaux-parents, l'attitude est plus mitigée, avec une prise de distance ou au contraire une implication en tant que coordinateur.

Dans ces mêmes études, prendre en charge ses enfants était une évidence pour les médecins interrogés, par un prolongement du rôle de parent. Cette prise en charge prenait fin lorsque les enfants devenaient adolescents [8] ou étudiant [12]. De la même manière, la prise en charge du conjoint était également vécue comme une évidence. L'aspect pratique est un facteur déterminant pour les enfants et le conjoint.

Toutefois, pratique ne rime pas forcément avec qualité. Lors des entretiens réalisés, il s'est avéré que la prise en charge des enfants et du conjoint était rarement optimale, par l'absence de matériel à domicile et l'absence d'examen clinique standardisé.

Le cadre, la pudeur, l'affect

Le cadre de prise en charge, les difficultés liées à la pudeur et à l'affect sont des thèmes fréquemment évoqués dans nombreuses études [3,4,5,8,16,17,18]. La plupart des médecins reconnaissent l'absence de cadre quand il s'agit de soigner leurs proches : l'interrogatoire est limité, l'examen clinique est absent ou ciblé. La pudeur interfère également par les tabous d'une part, et physiquement lorsqu'il s'agit de la sphère uro-génitale principalement.

La majorité des médecins s'accordent à dire que l'affect trouble leur jugement [3,4,5,8,9,10,13,16]. Il existe cependant quelques rares médecins qui ne pensent pas être troublés par l'affect. Ces derniers n'hésitent pas à soigner leurs proches.

Dans certaines études [8, 9, 10], il était question de la pression affective ressentie par le proche-médecin. L'affect impose une double contrainte au médecin lorsque son proche le sollicite : d'une part la pression affective le pousse à accepter, d'autre part il a conscience que l'affect va diminuer la qualité des soins, ce qui rend le médecin généralement frustré qu'il ait décidé de répondre favorablement ou non à la demande.

Enfin, différentes études [5,15,16] évoquaient la notion de consultation informelle, qui n'est adaptée ni par le lieu ni par le moment, ou la consultation téléphonique. Les

médecins sont fréquemment sollicités pour des avis médicaux dans des situations sociales où ils ont rarement assez d'informations pour donner un conseil spécifique avisé. Cette consultation était décrite comme le meilleur moyen de passer à côté de quelque chose.

Le médecin traitant déclaré

La prise en charge des proches par leur médecin traitant va également conditionner l'attitude du proche-médecin, de la même manière que l'a constaté MARIN MARIN dans son étude [5].

La maladie chronique

La distinction entre la bobologie[1] et les maladies graves est unanime [3,4,5,8,9,14,17], et nombreux sont les médecins qui acceptent de soigner la bobologie ou les petits symptômes courants tels une grippe et refusent la prise en charge de pathologies plus graves. Il arrive tout de même que certains médecins [3] refusent également cette prise en charge pour ne pas être tenu responsable de la douleur occasionnée.

Les pathologies jugées les plus difficiles à prendre en charge lorsqu'il s'agit d'un proche sont les cancers et les pathologies psychiatriques, dont le retentissement émotionnel est important. DAGNICOURT [3] faisait le même constat dans ses recherches. D'une part, les cancers ont souvent une évolution fatale et soigner un proche atteint d'un cancer peut troubler le jugement du proche-médecin. D'autre part, la prise en charge des pathologies psychiatriques est souvent délicate, du fait d'un déni fréquent des patients, imposant parfois aux proches la décision d'hospitaliser ou non par exemple. Notons qu'il est impossible légalement pour un proche-médecin de rédiger un certificat d'admission en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers.

[1] La bobologie est définie par « l'ensemble des maux bénins qui occasionnent des interventions ou des consultations médicales souvent abusives, aux urgences, notamment » (définition du Larousse)

L'insularité

Le dernier facteur influençant évoqué par les médecins est la distance physique. Vivre sur une île à 10 000 km de ses proches ne facilite pas le soin. Certaines études réalisées en France métropolitaine [3,5,17] mentionnaient l'éloignement géographique, qui facilitait le refus de soins pour certains, mais impliquaient toutefois des avis téléphoniques. Finalement, nombreux médecins, installés en métropole font de la médecine à distance, de la même manière que les médecins installés à la Réunion.

Dans la présente étude, certains médecins faisaient une comparaison entre le système de soins métropolitain et réunionnais, qui paraît plus accessible à la Réunion selon certains. Enfin, un médecin réunionnais évoquait la notion de la culture réunionnaise, les relations étant moins anonymes à la Réunion selon lui.

d. Les conséquences :

Les conséquences relationnelles

Les conséquences relationnelles, liées au double rôle étaient similaires aux études précédentes [3,4,5,7,8,13]. Les médecins sont régulièrement sollicités par leurs proches, et cette sollicitation peut avoir des répercussions sur la relation pré existante et sur le bien-être du médecin [3,5,9,12,16,17]. Ces dernières peuvent être positives, par un renforcement des liens familiaux, une facilitation de processus psychologiques comme le travail de deuil, une relation de confiance renforcée, une satisfaction ou un sentiment de fierté pour le médecin ; ou négatives liées au manque de disponibilité ou d'écoute, aux reproches formulés à l'encontre du médecin, à l'origine de conflits. De même, les médecins pouvaient ressentir une charge supplémentaire de travail, par la sollicitation des proches.

La question du secret médical a été évoquée fréquemment dans les précédentes études [3,4]. Celui-ci pouvait interférer sur la relation initiale par la connaissance d'information plus ou moins intimes. Dans la présente étude, seul un médecin a évoqué une réserve à la prise en charge de ses proches liée au secret médical et à l'absence d'impartialité.

Enfin, soigner son proche peut signifier l'influencer dans les décisions médicales. Nombreux sont ceux qui utilisent leur rôle de médecin pour convaincre leurs proches d'accepter une prise en charge [5].

La disponibilité des médecins pour leurs proches est une question récurrente [4,5,14,17]. Nombreux médecins évoquaient les difficultés liées au statut de médecin qui ne s'arrête pas à la porte du cabinet médical, mais qui fait partie d'eux et les suit à la maison, chez leurs amis et famille et à l'extérieur. La difficulté pouvait aussi venir de l'absence de limites, à la fois en termes d'horaires ou de prise en charge [14]. Quand certains se rendent disponible pour leurs proches à des fins pratique et de bienveillance, d'autres préfèrent garder leurs distances afin de préserver des relations dites normales [3,4,8,17]. La sur sollicitation est une charge énorme décrite par les médecins. Celle-ci doit être limitée par le médecin lui-même, notamment en cas de sollicitations inappropriées [4,15,16].

Les difficultés vécues par les médecins étaient de faire comprendre à leur entourage que refuser de les prendre en charge n'était pas synonyme de rejet [8].

Les conséquences médicales

Le lien affectif modifie la relation de soin, par une perturbation du raisonnement médical [3,8], la majorité des médecins s'accorde sur cette idée.

Il existe davantage de risques lorsqu'on soigne ses proches, par rapport aux patients lambdas. Ces risques dépendent directement de l'attitude choisie par les médecins. Pour les médecins ayant une attitude neutre, ou jouant le rôle de médecin traitant, les risques semblent plus importants, par un retard de prise en charge ou une prise en charge incomplète, liés à l'absence de cadre de prise en charge, et au trouble du jugement [4,8]. De même la prise en charge psychologique est plus difficile à aborder : signifier à un proche l'absence d'organicité et l'origine fonctionnelle d'une symptomatologie était aussi problématique [3]. Enfin le manque d'explications faites au proche, et le manque d'observance lié à la moindre autorité étaient évoqués [3,4,17]. Par ailleurs, il était mentionné dans d'autres études l'absence de suivi médical, et le risque d'erreurs médicales majoré [17].

Soigner ses proches peut tout de même présenter des avantages, par la bonne connaissance du proche et le climat de confiance. De plus, le suivi et la réévaluation sont facilités. La prise en charge peut être accélérée. Les proches bénéficient d'une attention particulière lorsqu'ils consultent des confrères [3]. Ils peuvent aussi se sentir plus écoutés, plus en confiance [17].

Les conséquences inter professionnelles

Intervenir dans la prise en charge de son proche peut avoir des retentissements sur la relation de ce dernier avec son médecin traitant, et sur les relations confraternelles. D'une part, le proche peut perdre confiance en son médecin traitant, et d'autre part, le médecin traitant peut se trouver court-circuité par le proche-médecin, voire « vexé » selon les interventions du proche-médecin. Les résultats varient selon les études : dans l'étude de DAGNICOURT [3] nombreux médecins s'accordaient à dire que leur intervention interférait dans la relation médecin-patient de leurs proches, et précisaient leurs difficultés à rester confraternel lorsque la prise en charge était jugée inadaptée. Inversement, dans une étude plus récente [8], les médecins ne pensaient pas que soigner leurs proches avait des conséquences sur les liens confraternels. Cela semble dépendre de la personnalité des différents médecins. Aussi serait-il intéressant d'évaluer comment les médecins perçoivent l'intervention de proches-médecins dans la prise en charge de leurs patients ?

Dans la présente étude, 2 médecins ne pensaient pas interférer dans la relation médecin-patient. Ce qui est facilité pour l'un d'eux par la communication régulière avec le médecin traitant de ses proches, qui permet de conserver des relations confraternelles.

4) Perspectives et recommandations

En France, il n'existe pas de règlementation sur la prise en charge de ses proches : « Tout médecin inscrit au Conseil de l'Ordre, (...) peut être son propre médecin traitant ou celui des membres de sa proche famille. Il aura toutefois à cœur, selon sa déontologie, de s'assurer qu'il a les compétences et l'objectivité suffisantes pour remplir cette fonction de la façon la plus qualitative. » [2].

Dans les pays anglo-saxons, les différentes associations médicales (American Médical Association (AMA), la British Medical Association et la Canadian Medical Association) découragent les médecins de prescrire pour eux-mêmes ou pour les membres de leur famille [16].

Aux Etats-Unis [15,16,18], il existe des recommandations éthiques sur la prise en charge de ses proches. Celles-ci sont spécifiées dans le code de déontologie médicale de l'AMA (American Medical Association) [15], et sont éditées en fonction des relations qui unissent les médecins au patient : il est recommandé aux médecins de ne pas se soigner eux-mêmes ou les **membres de leur famille immédiate** du fait d'un trouble de l'objectivité, avec toutefois des exceptions pour les problèmes mineurs, ou lors des situations d'urgence. Pour les **amis proches et autres membres de leur famille,** il est préférable d'éviter le soin. Enfin, pour les **collègues ou employés**, il est recommandé d'être particulièrement prudent. Il est d'autant plus déconseillé de soigner ses proches lorsqu'il s'agit de **maladie chronique, de maladie grave ou de problèmes psychiatriques ou émotionnels**. Dans certains états, il est en plus exigé que le médecin tienne un dossier médical avec traçabilité des ordonnances prescrites.

Mossman [16] étudiait principalement le cas de la demande de prescription informelle aux Etats-Unis. Celle-ci étant fortement déconseillée, ne doit se limiter qu'aux cas de l'urgence, ou dans des milieux isolés où aucun autre médecin n'est disponible. Aussi, voici certaines précautions à prendre en cas de demande de soin de la part d'un proche :

- Eviter les soins hors urgence ;
- Tenir un dossier médical documentant les prescriptions ;
- Faire un examen clinique approprié ;
- Ne prescrire les substances psychoactives qu'en cas d'urgence ou dans milieux isolés ;

- Informer le patient des risques, avantages et effets secondaires des prescriptions ;
- Prescrire des examens complémentaires si nécessaire et organiser le bon suivi ;
- Maintenir la confidentialité.

Soigner ses proches est donc fortement déconseillé dans les pays anglo-saxons, du fait des risques liés à la perte d'objectivité. En France, nombreuses thèses ont étudié la question, et ce trouble de l'objectivité lié à l'affect semble toucher la plupart des médecins. Cependant, le soin de son proche n'étant pas contre-indiqué, et la demande de la part des proches fréquente, les médecins sont nombreux à prodiguer des soins à leurs proches.

Comment délivrer des soins aux proches de la façon la plus qualitative possible ?

Dans sa revue de littérature, Marion Beguin [9] posait des « règles à se fixer si le médecin accepte ». Celles-ci commençaient par la pose de limite franche avec les proches : quelles situations le médecin accepte de traiter et lesquelles il préfère déléguer. De plus, lorsque le proche sollicite son proche-médecin, la demande doit être clarifiée : une simple information ou une demande de prise en charge ?

Ensuite, vient la consultation elle-même lorsqu'elle a lieu. Poser un cadre de consultation paraît fondamental, afin de modifier explicitement le rôle des protagonistes : le proche devient patient et le proche-médecin devient médecin. Pourtant, nous l'avons vu, le cadre n'est que rarement posé par les médecins qui soignent leurs proches. Cadrer la consultation [3,4] se fait tout d'abord par le lieu : les consultations les plus cadrées se font au cabinet médical, où le proche-médecin est dans son univers professionnel, avec le matériel médical adéquat, et dispose d'un accès aux dossiers médicaux. Certains médecins tentent d'imposer un cadre de consultation à domicile, ce qui peut être rendu possible par la trousse médicale du médecin. Ensuite, une consultation cadrée implique de respecter les étapes d'une consultation standard : anamnèse, examen clinique approprié, tenue d'un dossier médical, prescriptions avec informations claires et mise en place du suivi.

Les principales difficultés évoquées par les médecins sont en lien avec la pudeur, qui peut limiter les questions à caractère sensible, notamment sur la sphère uro-génitale mais aussi sur des consommations parfois inavouées. Le médecin doit reconnaître ses limites dans ce genre de situations et savoir déléguer lorsque cela est nécessaire : en orientant les proches vers les spécialistes urologues ou gynécologues, ou encore simplement vers des confrères généralistes lorsque la situation ne permet pas une prise en charge optimale.

La consultation téléphonique est une pratique courante quand il s'agit des proches, et est d'autant plus fréquente pour les médecins installés à la Réunion dont les proches vivent en métropole. Celle-ci se termine parfois par la rédaction d'ordonnances médicamenteuses, ou d'explorations complémentaires qui sont adressées par mail le plus souvent.

La démographie médicale actuelle et les difficultés d'accès aux soins dans certaines zones rurales ont motivé la règlementation par l'Assurance Maladie de la télémédecine. La téléconsultation [7] telle qu'elle est règlementée est une consultation réalisée à distance par un médecin via un ordinateur équipé d'une webcam, le patient pouvant être assisté ou non par un professionnel de santé, depuis son domicile ou d'un lieu dédié et équipé. A l'issue de la consultation, le médecin peut transmettre au patient des prescriptions diverses (par voie postale ou électronique via une messagerie sécurisée). Les conditions préalables à la téléconsultation sont les suivantes : le médecin téléconsultant doit connaître le patient (au moins une consultation physique au cours des 12 derniers mois) et le parcours de soins doit être respecté (ce qui suppose avoir été orienté par le médecin traitant si celui-ci n'est pas le médecin téléconsultant). Cependant, c'est au médecin de juger de la pertinence d'une prise en charge médicale à distance plutôt qu'en face-à-face. Quoi qu'il en soit, une téléconsultation doit toujours être réalisée en alternance avec des consultations en face-à-face.

En se basant sur les conditions citées par l'Assurance Maladie, la prise en charge d'un proche à distance paraît envisageable, bien que ce soit hors règlementation. Le médecin doit pouvoir examiner son proche au moins une fois par an, et les consultations à distance devraient inclure une visioconférence via une webcam, afin de pallier l'absence d'examen clinique. Cependant, lorsqu'un médecin accepte de

soigner son proche à distance, c'est de sa responsabilité. Il doit avoir jugé que cela est possible. En effet, les proches peuvent se contenter d'un avis médical délivré par leur proche-médecin à distance alors que celui-ci n'a pu les examiner. Certains médecins ont mentionné des situations dans lesquelles leurs proches ont traîné à consulter leur médecin traitant sur place à la suite d'un avis délivré par téléphone, ce qui retardait considérablement la prise en charge.

Enfin, afin de limiter les risques, il semble préférable d'adopter le rôle de conseiller, consistant à orienter les proches [9].

Dans la présente étude, l'attitude qui allie moindre risque et meilleure prise en charge semble être celle de coordinateur. En effet, les médecins doublent le médecin traitant de leurs proches en évitant au maximum de le court-circuiter, afin de permettre la continuité des soins. Cette attitude permet de corriger d'éventuelles erreurs ou oublis du médecin traitant qui ne peut être irréprochable, en limitant les risques liés à l'affect. Dans ce cas, l'affect et la bienveillance semblent être sources de bonne prise en charge.

CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif de déterminer les différentes attitudes adoptées par les médecins généralistes face aux maladies chroniques de leurs proches. Or, la plupart des médecins sont dans l'ambivalence quand il s'agit de soigner leurs proches.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse à la demande de soins d'un proche. Chaque médecin adapte son attitude à son propre ressenti, au proche, à la relation qui les unit, à la distance qui les sépare, à la maladie chronique, et à la prise en charge proposée par le médecin traitant déclaré s'il y en a un. Ainsi, différentes attitudes sont possibles pour un même médecin, allant d'une véritable prise de distance à une implication complète en tant que médecin traitant.

Les médecins ayant fait le choix de s'impliquer le faisaient le plus souvent par bienveillance, le but étant de rendre service à son proche, lui permettre de gagner du temps, ou encore s'assurer que le proche bénéficie d'une prise en charge de qualité. Certains le faisaient également par conviction, le soin de son proche apparaissant comme une évidence pour eux.

Inversement, les médecins déclarant ne pas prendre en charge leurs proches décrivaient d'autres raisons. Les principaux arguments évoqués étaient le manque d'objectivité lié à l'affect, le retard de prise en charge, la peur de passer à côté de choses graves, la sur sollicitation qui nuit à la relation, les questions d'autorité sur le proche. Cependant, malgré l'énumération de ces risques, ils sont nombreux à intervenir dans la prise en charge de leurs proches, et s'impliquer finalement davantage qu'ils ne le voudraient. Il semble exister des dérogations, qui ne sont pas universelles. Chaque situation ayant sa propre solution.

Toutefois, si le médecin fait le choix de s'impliquer – même de façon ponctuelle -, il paraît fondamental d'appliquer un cadre, afin de limiter ces risques.

Un cadre qui positionne le proche en tant que patient, et le proche-médecin en tant que médecin.

Un cadre qui implique un recueil de données et un examen clinique standardisés. Un cadre évitant les implicites et les tabous.

Un cadre de prescription, avec un temps d'informations.

Un cadre déontologique, consistant à favoriser la continuité de soins, par l'information du médecin traitant déclaré s'il y en a un.

Finalement, un cadre permettant au proche de bénéficier d'une prise en charge de qualité.

Enfin, la relation médecin-patient des proches avec leur médecin traitant a été évoquée à plusieurs reprises. Certains craignant de nuire à cette relation s'ils intervenaient. C'est pourquoi communiquer avec le médecin traitant déclaré diminue ce risque, bien que ce ne soit pas toujours aussi simple. Le médecin traitant pouvant plus ou moins bien percevoir les conseils donnés par un proche-médecin de leur patient. Aussi, il serait intéressant d'étudier comment les médecins traitants prennent en charge les patients ayant un proche-médecin dans leur entourage. Celle-ci est-elle identique ou au contraire biaisée par le regard du proche-médecin ?

BIBLIOGRAPHIE

[1] HAS. Parcours de soins – Maladie chronique. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique. Février 2014 [En ligne]. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/2e_version_format2clics-aa_patient_mc_300414.pdf. Consulté le 3 février 2019].

[2] Ameli. Le dispositif du médecin traitant. 13 mars 2019 [En ligne]. https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant Consulté le 06/09/19.

[3] Dagnicourt P. Soigner ses proches, une attitude à raisonner ? [Thèse d'exercice]. Angers, France. Université d'Angers, faculté de médecine. 2012.

[4] Peltz-Aïm J. Comment les médecins se positionnent-ils par rapport aux maladies de leurs proches ? [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université Paris Diderot, Paris 7. Faculté de médecine. 2012.

[5] Marin Marin L. Positionnement des internes en médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches. [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université Paris Diderot. Paris 7. Faculté de médecine. 2013

[6] Bouve C. Soigner ses proches : quelle résonnance chez les soignés ? [Thèse d'exercice]. Angers, France : Université d'Angers. Faculté de médecine. 2015.

[7] Amelipro. La téléconsultation. 31 janvier 2019. [En ligne]. https://www.ameli.fr/la-reunion/medecin/exerciceliberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation Consulté en mai 2019.

[8] Aiguillon S, Marre Petit-Castagnet J. Qui soigne les médecins généralistes et leurs proches ? [Thèse d'exercice]. Toulouse, France : Université de Toulouse III, Faculté de médecine. 2015.

[9] 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. Médecine humaine et pathologie. [Thèse d'exercice] Grenoble, France : Université de Grenoble. 2013

[10] Cornec-Lasserre S. Soigner ses proches en tant que médecin généraliste. [Thèse d'exercice] Lille, France : Université de Lille. 2005

[11] Cottereau S. Les médecins généralistes soignent-ils leurs parents ? (Père et Mère) Réflexions sur les motivations pour ou contre cette pratique au travers d'analyses quantitatives (255 réponses à un questionnaire) et qualitatives (10 entretiens semi-directifs ciblés). [Thèse d'exercice] Angers, France : Université d'Angers. 2011.

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

[13] Lebreton L. Médecins, qu'attendez-vous pour vous soigner ? [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux, Faculté de médecine. 2017.

[14] Reagan B., Reagan P., Sinclaire A. Common sense and a thick hide. Physicians providing care to their own family members. Archives of Family Medicine. 1994, 3(7) :599-604

[15] Latessa R., Ray L. Should you treat yourself, family or friends ? Family Practice Management, 2005. American Academy of Family Physicians – aafp.org. [En ligne]

[16] Mossman D., Farrell H., Gilday E. Should you prescribe medications for family and friends ? Current Psychiatry. 2011 ; 10 (6) : 41-51

[17] Augustyniak J. Vécu des patients pris en charge par un médecin généraliste membre de leur propre famille. [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université de Lorraine. Université de Nancy. 2015

[18] Dusdieker LB.,Murph JR., Murph WE., Dungy CI. Physicians treating their own children. American Journal of Diseases of Children 1960. 1993 ; 147 (2) : 146-9.

Annexe 1 : Canevas d'entretien

Première partie biographique :
Sexe, âge, origine réunionnaise ou métropolitaine ? Situation familiale.
Depuis quand vous exercez à la Réunion ? Nombre d'années d'expérience. Temps moyen de travail hebdomadaire

---

Deuxième partie développement :

Question d'ouverture : Pouvez-vous me raconter la dernière fois qu'un proche vous a demandé votre avis médical concernant une pathologie X ?

- Êtes-vous déclaré médecin traitant de vos proches ?
- Y-a-t-il des maladies chroniques parmi vos proches ? Soignez-vous ces proches ?
- Quelles sont les raisons qui vous ont poussé à prendre en charge ou ne pas prendre en charge vos proches ?
- Comment cela se passe-t-il en pratique lorsqu'un proche requiert votre expertise médicale concernant sa maladie chronique ?
- Comment cela se passe-t-il en pratique quand il s'agit de soigner vos proches ? *(Lieu, contexte, interrogatoire, examen clinique, prescriptions diverses*)
- Quelles sont vos craintes ou hésitations – si vous en avez – quand il s'agit de soigner vos proches ?
- Avez-vous déjà été en difficulté lorsque vous soigniez vos proches ?
  Si oui : quelles sont les difficultés ou obstacles que vous avez pu rencontrer ?
  Si non : selon vous, votre prise en charge a-t-elle été optimale ?
- S'il est suivi par un spécialiste, avez-vous déjà interféré dans sa prise en charge médicale de façon inhabituelle* ? (*Inhabituelle* = attitude qui serait modifiée par l'affect)*
- Quelles sont les circonstances qui ont pu vous amener à interférer dans la prise en charge de vos proches ?
- Si vous avez un doute concernant la prise en charge médicale (spécialisée ou non) de votre proche, comment réagissez-vous ?
- Avez-vous une situation de prise en charge d'un proche à nous faire part – qu'elle soit bonne ou mauvaise ? (*Selon entretien, données recueillies)*
- L'insularité à la Réunion a-t-elle influencé votre attitude ? Comment ?
- *Quels sont selon vous les avantages de votre attitude ? Quels sont les inconvénients ?*

Annexe 2 : Attitude distante

<u>Situation 1</u> : Médecin 3 et la polyarthrite rhumatoïde de sa mère :

« Pour parler de ma mère qui a 81 ans, je lui ai dit que j'étais sa fille, et que quand j'allais la voir c'était pour manger des crêpes, prendre un thé, jouer au scrabble, et qu'il n'était absolument pas question qu'on parle médecine. (...) Je sais qu'elle est très bien suivie par son médecin traitant. Je peux éventuellement jeter un œil sur son ordonnance mais je ne fais pas de commentaire (...) Je regarde juste si elle a toujours son Amlodipine. (...) Je regarde juste comme ça, parce que je crois qu'elle fait exprès aussi quand j'arrive, c'est dans la cuisine, elle met ça bien en évidence, quand elle prépare le thé, alors elle sait très bien que je vais jeter un petit œil. Alors je vais regarder des petites choses mais je ne fais aucun commentaire. »

« Elle a une polyarthrite rhumatoïde et je ne veux pas m'en mêler. (...) Au début il y avait des sollicitations, mais avec une critique systématique de ce que je pouvais lui proposer, donc j'ai arrêté très vite, très très vite. Ça va faire 25 ans que je ne la suis plus. (...) [elle me demandait] mon avis, de prendre des rendez-vous, de m'en occuper... Je le vivais vraiment comme une surcharge parce que la demande était très forte, la polyarthrite est une maladie chronique. »

« La polyarthrite rhumatoïde c'est vraiment une pathologie qui démarre très tôt. Au début, c'est des petites douleurs... donc déjà pendant les études, elle vous appelle pour vous dire qu'elle a des douleurs qui ne passent pas, l'articulation qui gonfle, qui se déforme, donc c'est vraiment une PR authentique... Donc vous vous penchez pendant vos études pour voir ce qu'il y a de possible ... des antalgiques et des anti inflammatoires etc., et puis après le Méthotrexate et les traitements anti-TNF qui sont arrivés (...) Donc ça reste quand même la vraie pathologie chronique... Du coup à chaque fois que vous allez la voir c'est pour parler que de ça. Ça mettait en l'air notre relation. J'ai vraiment dû – malheureusement pour elle – mettre cette distance. »

<u>Cas de l'urgence :</u>

« Après je ne me déplace pas non plus, c'est-à-dire, s'il y a quelque chose à Saint-Denis, je n'y vais pas. Je leur dis si c'est urgent d'aller aux urgences, et si ce n'est pas urgent, il faut passer par SOS médecin etc. Mais je l'ai fait au début, je l'ai fait de prendre ma voiture et de courir à Saint-Denis et puis d'être très fatiguée. (...) Une fois ma mère a fait une chute, j'étais avec elle, je l'ai emmené, elle avait luxé son épaule, donc c'est moi qui m'en suis occupée quand même. »

« Alors, s'il y a urgence, c'est moi qui ai fait installer chez elle la télé alarme, ça c'est moi qui l'ai acheté. Mais je suis la dernière. J'ai mon jeune frère qui est le premier sur la liste, puis ma sœur en 2, mon deuxième frère en 3, et moi [je suis la plus éloignée géographiquement] donc je suis en 4ème position et en dernière position c'est le 15. »

Annexe 3 : Attitude neutre : rôle de consultant / référent, avec interventions ponctuelles

Situation 2 : Médecin 4 et la névralgie de sa mère

« Ma mère fait de l'hypertension et elle a des névralgies faciales. (...) Et c'était pour ses névralgies qu'elle m'avait demandé conseil. Elle est déjà suivie, elle a déjà eu des traitements et tout ça. Déjà elle m'avait demandé y'a quelques années de conseiller un spécialiste pour son problème, je l'avais adressé vers un spécialiste. Et récemment elle m'a demandé des conseils sur ce qu'elle pouvait prendre en traitement complémentaire, comme j'ai un diplôme en homéopathie, elle voulait savoir si en homéopathie elle pouvait prendre aussi des choses en complément de son traitement habituel, (...) je l'ai interrogé un petit peu sur ses douleurs et puis je lui ai conseillé un traitement. (...) Elle est à 10 000 km. Je peux donner des avis ponctuels ou quand elle a eu un traitement elle me demande ce que j'en pense, mais ça ne va pas plus loin que ça. (...) Pour le chronique, quand elle a vu un spécialiste, qui lui a donné un nouveau traitement, elle m'appelle pour savoir ce que j'en pense, si elle peut le prendre (rires). »

« J'avais adressé ma mère à un neurochirurgien. Elle était suivie par un autre spécialiste. Les solutions qu'il proposait n'avaient pas été efficaces, il n'y avait pas de résultat, je lui ai dit d'aller voir quelqu'un d'autre, je lui avais rédigé un courrier, en tant que médecin référent. »

Situation 3 : Médecin 5 et le cancer de la prostate de son grand-père

« Mon grand-père a eu un cancer de la vessie. Alors comment ça s'est détecté, il me le rappelle tout le temps : on faisait un Skype avec mes grands-parents, et puis a un moment donné il va uriner et il revient en disant "ah ben tiens, pendant que je t'ai là, j'ai des gouttes de sang dans les urines, est-ce que tu crois que c'est normal ?" Il a 75 ans, je lui ai dit « ben non ce n'est pas normal, il faut que tu ailles faire une analyse d'urine. Va voir ton médecin traitant, il va te prescrire une analyse d'urine, vérifier qu'il y ait bien du sang et puis après faudra voir un spécialiste. Et en fait c'est comme ça qu'on a détecté qu'il avait des polypes dans la vessie, donc c'était un tout petit avancé, mais pas trop. Et c'est vrai que l'urologue lui a dit "ben dis donc heureusement que votre petite-fille était là, parce que …" Parce que peut-être que si je n'avais pas été là, si je ne l'avais pas eu au téléphone en direct, il ne se serait pas inquiété. Parce qu'en fait il est sous Previscan ®, ou Xarelto ® je ne sais plus pour une FA, et c'est grâce à ça aussi qu'il y a eu du sang dans les urines. Bref donc à chaque fois au téléphone, ou quand il y a des gens il dit "c'est grâce à ma petite-fille que je suis encore là, parce que peut-être que si j'avais laissé traîner, ça aurait été trop tard etc". Donc oui c'est l'avantage aussi de ça. »

« Il a vu l'urologue, il a vu son médecin traitant puis l'urologue, il s'est fait opérer, tout est bon. Je n'ai rien géré. (...) Si le médecin traitant ne l'avait pas envoyé voir un urologue, je serais intervenue, mais comme il a bien fait ce que moi j'aurai fait... »

Situation 4 : Médecin 8 et la schizophrénie de son frère

« J'ai mon petit frère qui a une psychose, qui est étiqueté schizophrène et autiste. Mes parents font souvent appel à moi. »

« Il a commencé à ne pas être bien vers l'âge de 17 ans, donc j'étais en 3ème ou 4ème année et j'hésitais entre la médecine générale et la psychiatrie. Donc forcément mes parents me demandaient à chaque fois qu'il était en crise, « qu'est-ce qu'on fait ? on appelle le SAMU ? » etc., alors que je n'étais pas sur place, je ne savais pas ce qu'il fallait faire... C'était compliqué ! (...) Ils m'appelaient souvent pour avoir des conseils, savoir ce qu'il fallait faire etc. alors que je n'étais ni médecin, j'étais étudiante ! (...) J'ai dû dire à mes parents au bout d'un moment que je ne pouvais pas gérer, je ne savais pas moi prendre la décision d'appeler le 15, et puis surtout je n'étais pas sur place. »

« Aujourd'hui j'arrive à me mettre à distance, ce qui n'était pas le cas effectivement à un moment donné, où je culpabilisais de ne pas faire assez, de ne pas leur donner les bons outils. (...) Je n'y arrivais pas. Puisque j'avais de l'affect et comme c'est une maladie psychiatrique en plus, je n'arrivais pas à avoir du recul... Je n'arrivais pas à être dans mon rôle de médecin du tout. (...) C'est pour ça à un moment donné j'ai dit je ne peux pas être son médecin, je ne veux pas. »

« Je me protège en disant je ne suis pas le médecin, je reste sa sœur et c'est tout. »

En cas de doute :

« A un moment donné je le trouvais très abattu... complètement ralenti, presque somnolent. Du coup je me suis permis de dire à mes parents de voir avec le psychiatre si peut-être ça serait bien de baisser le traitement, sachant qu'il ne faisait pas de crise, il était bien équilibré. Il dormait beaucoup, il était très endormi. Donc j'ai dit à mes parents de voir si c'était possible de baisser un peu le traitement. (...) Je crois que j'en avais parlé à mon frère aussi, qu'il voit avec son psychiatre, si lui se sentait bien de voir pour diminuer un peu les médicaments. »

En cas d'urgence :

« Mes parents me disaient qu'il ne voulait plus ouvrir la porte, qu'il n'était pas bien etc. Le médecin l'avait vu et qu'il avait dit « non mais ça va aller ». Je n'étais pas d'accord, j'étais vraiment révoltée. Je leur ai dit d'aller voir un autre médecin ou de le faire hospitaliser. (...) J'ai dit à ma mère de dire « voilà ce qu'il se passe quand il est chez lui, il ne se lave pas etc. Parce qu'il arrivait à donner le change quand il était devant le

médecin, il arrivait à dire tout va bien, mais au fait il n'ouvrait pas sa porte, il vivait dans le noir. Ce n'était pas possible, donc il y a eu une HDT là-dessus. »

« Son médecin traitant était très absent, il ne se déplaçait pas, et je pense qu'il n'était pas du tout à l'aise avec les maladies psychiatriques, et du coup je pense que c'était plus ça, parce qu'il n'était pas méchant du tout, je pense que ça le dépassait complètement, et il ne savait pas comment gérer. »

Situation 5 : Médecin 8 et le cancer du sein de sa grand-mère

« J'ai ma grand-mère – qui est décédée aujourd'hui – mais qui avait un cancer du sein, ça a traîné, elle a fait des récidives etc. C'est vrai qu'à chaque fois elle voulait mon avis sur ses prescriptions, sur ses scanners etc. Et du coup c'était compliqué pour moi, parce que j'étais très proche d'elle, et c'était compliqué pour moi de lui dire que je n'étais pas cancérologue... Voilà, même si elle pensait que le médicament qu'on lui avait donné n'était pas bien, j'essayais de lui dire « non mais continue à le prendre quand même on ne sait jamais ! » Donc oui c'était compliqué pour moi parce qu'à la fois je ne voulais pas la blesser, je ne voulais pas la vexer, je pense qu'elle était fière que sa petite-fille soit médecin, mais en même temps, les histoires de chimio... c'était très spécifique, c'était compliqué ! »

Annexe 4 : Attitude impliquée : rôle de médecin coordinateur en complément du médecin traitant

Situation 6 : Médecin 10 et la thyroïde de son père

« En mars, j'étais en métropole chez ma fille et j'ai eu un appel de mes frères et sœurs, qui me disaient que mon père avait eu des difficultés à se réveiller un matin. Donc j'avais fait un saut à Grenoble de 3 jours, pour aller voir ce qu'il se passait. J'avais la possibilité. (...) Au fait le problème c'est qu'il ne mettait plus assez son appareil parce que la pièce avait sauté, donc ça c'était relativement rapide et j'ai vérifié l'appareil avec le prestataire de service. Je lui ai fait refaire une prise de sang pour savoir où il en était. Ça c'est moi qui l'ai prescrite. Et à cette occasion-là je me suis aperçu qu'il y avait une hypothyroïdie. TSH à 7.5. Alors j'ai baissé la Cordarone ® de moitié. J'ai appelé son médecin traitant pour savoir si elle était d'accord. Et elle a dû le revoir en mars, et ensuite en juillet. En juillet elle lui represcrit une prise de sang qu'il n'a pas faite. Et c'était justement pour voir si ça c'était amélioré ou pas. Donc il ne l'a pas faite et il l'a revu en octobre et elle lui a represcrit une nouvelle prise de sang qui a été découverte tout à fait par hasard par mon frangin. (...) [Et quand j'étais de nouveau de passage] mon frère m'a dit puisque tu viens est-ce que tu peux t'en charger ? Du coup je l'ai amené faire sa prise de sang. J'ai vérifié quand même la prescription pour savoir ce qu'il y avait. Et sur les résultats tout était normal sauf la TSH qui était à 100. Et là son médecin traitant a appelé mon père, donc je l'ai eu au téléphone et on a convenu qu'il fallait le mettre sous Levothyrox ® et qu'elle se chargeait de l'endocrinologue. »

Difficultés :

« Pour mon père c'est un peu compliqué parce que l'hypothyroïdie ça fait quand même 6 mois et le médecin traitant, je pense qu'elle a un peu merdé. Quand elle m'a rappelé aussi rapidement c'est que je pense qu'elle était un peu embêtée, elle a dû regarder le dossier, et se dire oups ! Parce que quand même c'était en mars ! Mais c'est vrai qu'en juillet je ne suis pas revenu à la charge en téléphonant. C'était un peu chaud au cabinet, du coup je n'ai pas rappelé mon père et mes frères et sœur pour savoir où ça en était. (...) La difficulté, c'est juste de trouver ma place dans la mesure où il a besoin de plus de soins. C'est de trouver ma place exacte par rapport à son médecin traitant, ce qu'elle n'arrive pas à faire et voilà, il y a une difficulté par rapport à ça. »

Situation 7 : Médecin 11 et le cancer du côlon de sa mère

« Un truc qui m'est arrivé assez grave. C'est concernant un de mes proches : c'est ma mère, elle avait un cancer du côlon, pour être précis du sigmoïde. Et en fait le médecin qui la voyait lui disait tout simplement : « Faites votre scanner », il lui avait fait un papier. « Faites une coloscopie », il avait fait un papier. « Et puis faites vos

rendez-vous » et puis voilà ! Ma mère avait 70 ans quand même ! « Voilà je vous donne tout dans les mains et vous faites tout ça ! » Ma mère, par téléphone elle me disait comment elle se sentait, etc. donc je lui ai dit : « là ça devient gravissime ce que tu racontes, ça ne va pas du tout ! ». Alors j'ai appelé le médecin traitant, je lui ai parlé d'une façon assez particulière il faut reconnaitre et je lui ai dit : « ça suffit maintenant, demain elle part à l'hôpital où elle ira faire la colo, le scanner et on va l'opérer parce qu'elle est gravement malade, elle est en train de mourir, c'est clair ? » J'ai été désagréable et je peux vous assurer que ce médecin dans la foulée le lundi matin à 8h il était chez ma mère. Ma mère avait sa valise de prête, et elle est partie illico presto à l'hôpital ! C'est rare les situations comme ça, mais quand même ! Ma mère était à un stade où ça allait emboliser, ça a été juste pris à temps voyez avant l'embolisation ! Donc parfois vous avez des médecins, il vaut mieux être vigilant ! Mais ça c'est partout, que vous soyez là ou pas là, il faut être vigilant ! »

[Chercheuse : le diagnostic de cancer avait été fait par le médecin traitant ?] *« Absolument pas ! Non ! Elle avait 70 ans à peu près à l'époque et elle se plaignait de douleurs abdominales importantes, avec des traces de sang. Il avait compris qu'il fallait faire tout ça, enfin il n'avait pas compris qu'elle avait un cancer, parce qu'elle n'avait pas encore fait sa colo, mais voyez au niveau de la prise en charge il disait : « voilà vos papiers, etc. ». Sauf que ma mère était un peu dépourvue. Elle disait « je ne sais pas, la coloscopie, l'AG ... Il m'a donné des papiers comme ça ». Elle laissait aussi trainer, mais je trouvais que quand même, vu l'âge qu'elle avait, elle était un peu dépourvue. Je ne la voyais pas dans un état moral de s'occuper de tout ça. »*

« Je sais qu'ici je ne traite pas les gens comme ça. Quand je vois des choses qui peuvent être très graves, ou si je suspecte un cancer – même si ce n'est pas le cas mais que je le suspecte – c'est moi qui prends les rendez-vous et je dis aux gens « voilà vous allez telle place, tel rendez-vous, telle heure » ! (...) personnellement je fais ça, je les assiste vraiment du mieux que je peux. (...) je ne reste pas passive en disant « écoutez voilà vos papiers ! ». »

« Donc là c'était un cas spécial où franchement j'ai dit « non là ça suffit, à mon avis tu as un truc très grave et tu es en train de mourir », j'ai dit ça à ma mère comme ça, pour qu'elle comprenne de façon claire et nette. Et elle m'a cru. Alors après, elle a peut-être une confiance accrue en moi par rapport à l'autre médecin, mais l'autre médecin aurait pu aussi faire son boulot, j'ai considéré qu'il n'avait pas fait son travail ! »

« Donc là je me suis vraiment immiscée, et j'ai bien fait parce qu'elle ne serait plus sur terre à l'heure actuelle et j'étais à la Réunion, je ne l'avais pas vue physiquement. C'était ce qu'elle me disait au téléphone, elle me lisait la prise de sang. Elle avait une anémie extrêmement sévère, et il y avait une inflammation importante, il y avait des trucs bizarres à la prise de sang. Et puis ce qu'elle me disait, on sentait bien qu'il y avait un souci ! (...) Donc voilà, comme quoi il faut être extrêmement vigilant. Pas tous les médecins sont pareils, mais il faut savoir s'immiscer ! »

<u>Situation 8</u> : Médecin 13 et la bouffée délirante aiguë de sa fille

« J'ai ma fille qui a fait un épisode délirant aigu. Elle faisait ses études en Europe, et elle a fait un épisode délirant aigu, elle s'est retrouvée hospitalisée. Donc on a fait le voyage en urgence, ma femme en premier, puis moi. Ensuite j'ai fait son rapatriement sanitaire au bout d'un mois et demi, elle a été suivie en clinique ici pendant 6 mois et elle a refait un 2ème épisode un an plus tard. (...) Elle a toujours un traitement, elle est toujours sous Effexor ®, Risperdal ® et Lexomil ® mais elle en prend très peu. »

« Premier épisode : Quand je suis arrivé à la clinique, ma femme a pu repartir, c'est moi qui ai fait l'accompagnement. A un moment, ça devait faire 15 jours ou 3 semaines que j'étais là, le psychiatre dit : « Elle se stabilise ». On était encore dans l'expectative : « Est-ce que ça va passer, et puis elle va reprendre ses études ?

- Non pas question. Il faut qu'elle reste au moins un an voire un an et demi sous traitement. Il faut qu'elle reste hospitalisée plusieurs semaines, voire plusieurs mois. »

Donc on s'arrange, j'organise tout le déménagement etc. et pour rentrer il me dit :

- On va faire un rapatriement sanitaire.

- Je suis médecin je peux l'accompagner !

- Oui, pas de problème etc.

- Mais si elle fait un épisode aigu dans l'avion ? qu'est-ce qu'on fait ?

- Ben je vous fais l'ordonnance etc.

- Oui mais s'il faut lui faire une injection moi je peux faire l'injection. »

Et là ça a été extraordinaire : il a complètement changé de visage. Il m'a pris à ce moment-là pour un fou : un père qui va faire une injection à sa fille ? Mais comment est-ce imaginable ? D'un seul coup tout s'est fermé, il a dit : « Non, pas question on va faire un rapatriement sanitaire avec un autre médecin ».

Donc j'ai négocié : « enfin je vous ai demandé qu''est-ce qu'on fait si elle fait un épisode aigu, vous me dites je donne des médicaments et je vous dis ben oui s'il faut faire une injection je le fais ! vous attendiez quoi comme réponse ? »

J'ai quand même réussi à avoir un rapatriement sanitaire sans médecin parce qu'après j'ai négocié avec le système d'assurance – il voulait absolument qu'il y ait un médecin ! Ce n'était pas très grave, ça ne me gênait pas qu'il y ait un médecin, mais le problème c'est que dans l'ambulance il n'y avait que 2 places : donc c'était le médecin, le médecin de ma fille et pas moi ! (...) L'assurance a négocié avec le psychiatre qui a fini par craquer en acceptant, mais ça a été... Donc là on peut dire que l'image que m'a renvoyé le psychiatre c'est que j'étais intrusif, que je voulais jouer à la fois au père et au médecin. Mais j'aurais fait exactement ce qu'il aurait donné dans le protocole, et

ça s'est bien passé, il n'y a pas eu besoin de ça. En revanche c'était beaucoup plus important à mon avis – parce qu'elle était complètement sécurisée – que je sois à côté d'elle tout le temps, parce qu'elle était complètement paniquée dans ce rapatriement, elle n'était pas encore vraiment équilibrée, elle n'était plus délirante mais elle était extrêmement angoissée. Donc là je me suis battu pour qu'elle ne parte pas sans moi, ou que je me retrouve dans un autre avion même si j'avais à payer... »

<u>En cas de doute :</u>

[Chercheuse : Pour votre fille vous avez toujours été en accord avec le traitement ?]

« Alors il s'est passé un truc que m'a reproché ma femme, c'est quand ma fille a repris sa 2ème école. (...) Donc 2ème échec avec le 2ème épisode, elle est rentrée, ça a été beaucoup mieux très vite... »

« Ma femme ou moi on l'accompagnait souvent au début chez son psychiatre, et puis après elle se débrouillait. Et à un moment elle était revenue en vacances à Noël et elle me dit : « papa je suis lente j'ai du mal à faire mes devoirs tout ça » et donc j'ai juste dit ça au psychiatre « écoutez elle est très bien en ce moment, le Zyprexa ® (ou le Risperdal ® je ne sais plus) ça la gêne peut-être mais voilà c'est juste un truc que je voulais vous donner » et après elles se sont levées toutes les 2 et la psychiatre... J'ai peur que ça soit moi qui soit à l'origine de l'arrêt, elle a décidé de diminuer et d'arrêter. Et 3 mois après, elle a fait lors d'un examen, son 2ème accès, qu'elle n'aurait peut-être pas fait, mais elle aurait quand même loupé son examen, ça n'aurait pas changé grand-chose mais ça aurait évité une 2ème hospitalisation. »

Annexe 5 : Rôle de médecin traitant de ses proches

<u>Situation 9</u> : Médecin 6 et la dysphasie de son fils

« Mon fils a une dysphasie. C'est moi qui fais ses ordonnances d'orthophoniste, c'est moi qui le suis, son médecin traitant c'est moi. En sachant que c'est quand même assez spécifique, de toute façon. Il est suivi par un pédopsychiatre, et par l'orthophoniste au CMPEA etc. (...) On s'en est rendu compte avec mon conjoint qu'il avait un retard de langage, donc on l'a d'abord orienté vers l'orthophoniste, qui au bout d'un moment nous a dit qu'il faudrait que voilà. Après je l'avais orienté vers l'ORL une première fois quand il était plus petit, et puis après je l'ai envoyé au CMP, surtout sur... C'était plutôt l'école qui nous avait dit de l'envoyer au CMP. C'est souvent l'école qui dépiste les troubles du langage... »

« Les examens obligatoires, je ne suis pas sûre de les avoir faits, quand ils étaient petits je les pesais et mesurais régulièrement, les vaccins c'est moi qui les ai faits. Sauf le premier je crois que j'avais dû prendre rendez-vous chez le pédiatre, le 2e rendez-vous je suis arrivée en retard, le pédiatre était fermé, et j'ai repris rendez-vous pour son 2ème vaccin, j'ai attendu tellement longtemps, j'ai dû attendre une heure qu'après je les ai faits moi-même ! [rires] »

<u>Situation 10</u> : Médecin 7 et la fibromyalgie de sa femme

« L'histoire de la fibromyalgie de ma femme, ça a été compliqué ! (...) A un moment je pensais bien que c'était ça. Je l'avais envoyé en médecine interne. Elle avait eu un bilan complet avec ponction lombaire, elle a été gâtée ! Tout est revenu normal, et le diagnostic de fibromyalgie a été retenu. (...) Au début de sa fibromyalgie je lui avais dit d'aller voir quelqu'un d'autre parce que... voilà. Donc elle était allée voir un médecin il y a 12-13 ans, qui lui avait donné de l'homéopathie, donc je me suis dit 'on doit pouvoir faire pareil' ! [rires] »

« Oui [je suis son médecin traitant], *mais elle ne voit pas de médecin ! (...) Donc effectivement pour elle, c'est moi qui lui prescris ses gouttes de Laroxyl ® comme traitement antalgique de fond. »* [Chercheuse : Est-ce que vous l'examinez ?] *« Non, pour la fibromyalgie, l'examen de toute façon... Il n'y a pas de suivi, rien du tout ! »* [Chercheuse : par exemple la tension, le poids, les paramètres...] *« Non elle n'a pas de suivi, elle est abandonnée, et c'est pour ça qu'il ne faut pas suivre ses proches ! [rires] »*

« Pendant la période vraiment où elle n'était pas bien et où je ne trouvais rien, sur les bio, je l'avais envoyée chez le neurologue, enfin bref, un peu partout. C'était un peu

compliqué parce que j'étais démuni ! Donc c'est vrai que j'avais un rôle un peu bizarre, j'étais à la fois le mari et celui qui la traitait mais qui ne savait pas faire... »

[Chercheuse : Donc vous avez dit non à la prise en charge de vos proches, sauf de votre femme] *« Oui, parce que... je ne sais pas pourquoi au fait... Finalement, c'est vrai qu'en général elle est en forme, elle n'a pas de pathologie chronique proprement dite. La fibromyalgie c'est effectivement chronique mais il n'y a pas de traitement ou suivi particulier pour ça ! »*

<u>Situation 11</u> : Médecin 9 et son petit-fils décédé d'une leucémie aiguë

« Il y a 4 ans de ça, j'ai un petit-enfant de 13 ans qui est décédé d'une leucémie. J'étais son médecin traitant (...) et son grand-père, voilà. Donc c'était quelque chose de très dur. Et forcément on cherche, on cherche des solutions, forcément plus que pour quelqu'un d'autre. On est toujours sur l'ordinateur pour chercher une solution miracle, pour finalement se rendre compte que les choses sont bien établies et puis voilà. »

« A part ce petit garçon décédé, je n'ai pas eu d'angoisse particulière, ou de crainte particulière. Le diabète ça ne tue pas... tout de suite. Et puis il est évident que pour mon petit-fils, ça va de la crainte à la déprime, on est malgré tout, on est médecin certes, mais on est humain ! »

« Je crois que c'est cet enfant qui est décédé qui a fait apparaître à travers ça les relations profondes familiales quoi, et qui soulève pas mal de questionnements. Et qui montre aussi notre faiblesse… c'est toujours difficile de perdre un malade, mais c'est encore plus compliqué, et très anxiogène quand on est confronté à, qui plus est un enfant, si c'était un proche qui avait 65 ans – 70 ans, on se dit bon, il a vécu. Quand il s'agit d'un enfant qui vous appelle à l'aide, c'est autre chose. »

« Après c'est vrai que ça dépassait mes compétences. L'oncologie... Je le suivais avec les médecins du CHD. Mais ça engendre des états d'âmes, cette incapacité, ce sentiment de ne pas pouvoir faire quoi que ce soit... Et puis la technique, la science a tellement évolué, que nous, on a été formé en 1970. L'oncologie moderne n'a rien à voir avec notre formation. Donc il y avait parfois un manque d'élément de discussion, donc forcément face à l'immunologie, la génétique, etc. »

« Dans mon cas, c'est d'avoir traité un enfant, le médecin face à cet enfant. Il était rentré de vacances en Afrique du sud et puis il était en train de jouer derrière. Il me dit "Papi, je suis essoufflé", je lui ai dit "peut-être tu fais un peu d'asthme". Et puis après ça continuait, il commençait à faire un peu de fièvre. Je l'ai emmené faire une radio, on a trouvé un hémithorax qui était complètement atteint quoi, et puis après on a détecté qu'il y avait déjà des métastases cérébrales... »

<u>Situation 12</u> : Médecin 10 et la tendinite de sa femme

« Je suis théoriquement le médecin traitant de ma femme. Le grand problème c'est que je ne fais pas les choses correctement. Il n'y a pas d'examen clinique correct, il n'y a pas de... Je fais au fur et à mesure quand il y a un problème qui se pose. Je suis passé à côté d'une tendinite du supra-épineux de l'épaule droite. Ça fait 2 ans qu'elle a mal régulièrement et je m'en suis aperçu tout à fait par hasard, enfin elle m'en parle mais je ne l'entends pas, parce que c'est hors consultation. Et quand je lui ai tiré sur le bras elle a hurlé et c'est là que je me suis aperçu qu'il y avait un problème. Donc là on a commencé à prendre en charge ça sérieusement après. Donc en ce qui concerne ma femme je suis son médecin traitant mais elle n'est pas correctement suivie. »

« Par rapport à ma femme, la difficulté c'est que je ne prends en compte ses symptômes que quand ça devient franchement aigu, et donc ça traîne. Je suis en difficulté par rapport au fait que je ne fais pas de consultation régulière, réelle, que c'est par petits morceaux et ça traine. C'est-à dire que je ne fais pas mon rôle de médecin traitant et de médecin généraliste comme je devrais le faire. (...) La difficulté elle est plus dans le retard au diagnostic... Parce qu'une fois que je prends en compte les choses après c'est bon. C'est juste dans le retard diagnostic. »

« Pour ma femme, l'avantage c'est que c'est plus pratique. L'inconvénient c'est que je ne fais pas mon boulot correctement et j'en ai conscience et ça me fait chier. Après l'avantage c'est qu'elle a quand même confiance dans mon regard, et c'est plus pratique pour elle que d'aller se déplacer chez un médecin. Sa relation avec les médecins est un peu compliquée, et donc il faut trouver des médecins avec qui elle puisse avoir confiance etc. Quand c'est des spécialistes à qui j'adresse et que ça ne se passe pas bien ce n'est pas grave, puisque c'est moi qui fais la suite. L'inconvénient c'est que du coup elle ne se sent pas entendue. Parce que je l'entends que quand elle a vraiment mal. Je ne l'entends pas, pas beaucoup. [Rires] »

<u>Situation 13</u> : Médecin 12 et le carcinome épidermoïde de son ami

« J'ai un ami, qui est décédé d'un cancer épidermoïde du crâne, qui a diffusé et qui s'est dégradé, j'étais son médecin traitant. »

« Le fait qu'on se connaisse a peut-être fait que j'ai eu une certaine... notamment la récidive de son cancer de la peau, j'ai peut-être minimisé ou j'étais peut-être trop optimiste, par rapport à ce que c'était réellement. Je n'ai peut-être pas vu aussi rapidement que nécessaire que ça consistait en une récidive. Mais il avait des exigences aussi qui faisaient que c'était compliqué de l'examiner comme il fallait le faire. Alors des fois j'allais chez lui, mais chez lui ce n'est pas les mêmes conditions d'examen qu'au cabinet où la démarche d'aller se faire ausculter vient du patient, et

dans un lieu où il y a moins d'implicite finalement peut-être au cabinet que chez lui. « C'est super douloureux, je préfère que tu ne regardes pas. Les infirmiers feront les pansements demain, ils t'enverront les photos. » Mais du coup, en tant que médecin traitant on ne fait pas les choses comme il faut. Ça a pu participer au retard diagnostic de la récidive. (...) Au fait c'étaient ses exigences à lui qui dominaient, et moi je les acceptais, peut-être que finalement il aurait été moins exigeant si je n'étais pas un ami. Donc c'est dans ce sens-là où on peut éventuellement moins bien soigner les amis ou les proches qu'avec un patient avec qui on n'a pas d'accointance particulière. »

« Je peux avoir comme ce que j'ai eu avec cet ami proche, finalement un excès de confiance, ou ne pas avoir le recul nécessaire, ou les conditions d'examen finalement adéquates qui permettraient d'être plus efficace dans les diagnostics.

« On faisait les deux : j'y allais en tant qu'ami parfois, sans gérer les affaires médicales même si on en parlait parfois, et inversement il y avait aussi des déplacements strictement médicaux. »

« Les exigences de cet ami, ça a été une vraie difficulté, il ne voulait pas ceci, il ne voulait pas cela, il ne voulait pas aller à l'hôpital... » [Chercheuse : Et vous pensez qu'avec un autre médecin que vous il aurait été plus compliant ?] *« Oui, il aurait peut-être râlé plus mais oui il aurait peut-être accepté plus facilement. Après on ne regarde que le mauvais côté des choses. Le bon côté c'est que finalement je pouvais prendre beaucoup plus de temps pour lui expliquer le bienfondé des choses et finir par ce qu'il aille à l'hôpital, donc je ne sais pas c'est difficile de savoir ce qu'il en aurait été si quelqu'un d'autre était intervenu. Peut-être qu'au final ce n'est pas plus mal aussi je ne sais pas. »*

« Au fait quand on connait bien, même s'il y a les travers qu'on a évoqué tout à l'heure, quand on connait bien les gens, on peut peut-être bien les accompagner aussi, notamment quand c'est des fins de vie, on sait quelles sont les difficultés dans chacune des familles, les susceptibilités à ménager, l'importance de certains rituels, ou de certaines choses particulières à faire ou ne pas faire, et ça respecte au mieux des fois... C'est peut-être plus facile à gérer, on est plus intégré, on intègre un peu plus le côté médical et le côté affectif... Après, il ne faut pas se louper, c'est ça le problème, c'est aussi des situations parfois de fin de vie, où les gens ont du coup de la tristesse ou de la colère et on peut devenir le bouc émissaire d'une situation qui n'a rien à voir avec ce qu'on a pu faire ou ne pas faire. Mais on peut devenir quand même le bouc émissaire malgré tout, donc c'est à double tranchant mais on ne fait pas les choses aussi fortes, sans avoir le risque que ce soit à double tranchant non plus, sinon on peut être tiède et puis être juste là quand on appelle et puis juste le minimum syndical où personne ne vous reprochera rien et personne n'appréciera non plus, plus que ça. Donc c'est la limite entre s'investir de façon importante affectivement ou pas, mais je trouve que le jeu en vaut la chandelle. »

<u>Situation 14</u> : Médecin 5 et ses parents vivant à l'étranger

« Mes parents n'ont pas de médecins, après ils n'ont pas de soucis de santé particulier. Mais c'est vrai que maintenant ils commencent à avoir 60 ans, donc tous les ans quand je les vois je leurs prescris un bilan complet, diabète, cholestérol etc. (...) Comme je sais qu'ils n'ont pas de suivi médical : s'ils habitaient à la Réunion ou en métropole, je leur conseillerais d'avoir un médecin. »

« Ce qui me motive c'est que sinon ils ne le feraient pas. Ils n'iraient jamais consulter. Mon père c'est vrai que je l'alerte un peu parce qu'il mange n'importe quoi. Il va avoir 60 ans, donc ça m'inquiète forcément, je pense au diabète cholestérol... Et à chaque bilan chaque année il est à la limite du diabète, il est en hyperglycémie, le cholestérol est toujours un peu limite aussi, donc c'est vrai que tous les ans je leur fais la morale sur l'alimentation, les choses à éviter au niveau alimentaire, l'activité physique. Et c'est vrai que c'est fatiguant, parce ils ne m'écoutent pas. Ils m'écoutent mais toujours un peu en rigolant... Je ne suis pas forcément prise au sérieux. Donc ce qui me pousse c'est que je me dis "si moi je ne le fais pas, personne ne le fera", donc de toute façon ils ne consultent jamais personne. C'est déjà ça de gagné. »

« Alors quand ils viennent à la Réunion, souvent ils viennent me voir là [au cabinet médical]. J'en profite, je leur prends la tension à chacun, j'écoute les bruits du cœur, je leurs prescris un bilan complet. Mon père je l'ai déjà envoyé chez un cardiologue l'année dernière. Donc c'est soit au cabinet, j'aime bien : le cadre. Je me dis que c'est plus pris au sérieux, mais la dernière fois j'ai fait une consultation nutrition avec mon père, on était à la une table à la maison face à face, je lui ai fait une consultation à la maison ! »

« L'avantage moi dans mon cas c'est que comme ils ne voient jamais de médecin, oui c'est plutôt de les surveiller d'un œil, de faire en sorte qu'il y ait un suivi régulier. »

<u>Situation 15</u> : Médecin 6 et l'eczéma de son conjoint

« Mon conjoint fait de l'eczéma par exemple, donc c'est vrai que souvent il me demande de lui donner des trucs, mais je l'envoie des fois... Enfin, j'étais censée l'envoyer chez son médecin traitant, mais en pratique, il n'y va jamais. Ça doit faire au moins 3 ans qu'il n'y est pas allé. (...) Je lui fais des ordonnances de dermocorticoïdes, voilà des choses comme ça. (...) J'examine s'il a de l'eczéma mais je ne lui ai jamais pris la tension, parce que souvent, je n'ai pas forcément le matériel chez moi... »

« Mon conjoint j'ai été son médecin traitant, mais comme il n'arrêtait pas de me solliciter (rires), je lui ai dit d'aller voir un autre médecin traitant, ce qu'il ne fait pas en pratique. Mais sachant qu'il n'a pas de problème de santé particulier. »

« Ma crainte serait de pas passer à côté de quelque chose, c'est pour ça que mon conjoint je lui ai demandé qu'il ait un autre médecin généraliste que moi, au cas où il serait vraiment malade ! [Rires] (...) Mais en pratique, comme il est jeune il n'est pas malade. S'il commençait à être vraiment malade, je ne le soignerais pas. »

Annexe 6 : Le 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."

Table des matières

REMERCIEMENTS 3

ENGAGEMENT ANTI-PLAGIAT.....5

INTRODUCTION.....7

METHODE.....9

RESULTATS.....11

A. L'échantillon.....11
   1) Caractéristiques de l'échantillon.....12
   2) Caractéristiques des entretiens.....13

B. Description des différentes attitudes adoptées par les médecins interrogés...14
   1) Attitude distante : refus d'implication.....16
   2) Attitude neutre : rôle de consultant, référent 17
      a. Médecins et proches concernés.....17
      b. En pratique, le niveau d'intervention.....17
      c. Limites posées.....19
   3) Attitude impliquée : rôle de médecin coordinateur 20
      a. Médecins concernés.....20
      b. En pratique, niveau d'intervention.....20
      c. Limites que les médecins s'imposent.....23
   4) Rôle de médecin traitant.....24
      a. Médecin traitant déclaré.....24
      b. Rôle de médecin traitant, non déclaré.....24
      c. En pratique – la consultation du proche.....25

C. Description des principaux facteurs influençant l'attitude des médecins interrogés.....27
   1) Le médecin interrogé.....27
      a. Ses expériences personnelles ou professionnelles.....27
      b. Sa personnalité.....28
   2) Le proche.....30
      a. Son âge, son autonomie.....30
      b. Ses relations avec les médecins en général.....30
      c. Son attitude face à sa maladie chronique.....31
   3) La relation du médecin avec son proche.....32
      a. Le lien qui les unit.....32
      b. Imposer un cadre.....34
      c. La pudeur.....35
      d. L'affect.....36
   4) Le médecin traitant déclaré du proche.....37
      a. La prise en charge proposée au proche.....37

b. Ses compétences vis-à-vis de la maladie chronique du proche.....38
c. Sa connaissance de la situation globale du proche.....38
5) La maladie chronique.....39
a. Mes proches ne sont pas vraiment malades.....39
b. Il y a des maladies chroniques plus ou moins difficile à traiter.....40
6) L'insularité.....41
a. Vivre à distance de ses proches.....41
b. Soigner ses proches à distance.....42
c. Comparaison du système de soin entre la Réunion et la Métropole.....43
d. Une question de culture.....44

D. Les conséquences perçues.....45
1) Les conséquences relationnelles.....45
a. Proche et médecin : un double rôle à assumer.....45
b. Influence dans les décisions médicales.....46
c. Une question de disponibilité.....47
d. Les conséquences affectives.....48
2) Les conséquences médicales pour le proche.....50
a. Les risques.....50
b. Les avantages.....52
3) Les conséquences inter professionnelles.....54
a. Une question de déontologie médicale.....54
b. L'impact sur la relation médecin-patient des proches.....56

DISCUSSION.....58

1) Forces.....58
2) Faiblesses.....58
3) Comparaison avec les données de la littérature.....59
a. Caractéristiques de la population.....59
b. Les attitudes adoptées par les médecins généralistes.....60
c. Les facteurs influençant.....61
d. Les conséquences.....65
4) Perspectives et recommandations.....68

CONCLUSION..... 72

BIBLIOGRAPHIE..... 74

ANNEXES 76

Annexe 1 : Canevas d'entretien 76

Annexe 2 : Attitude distante.....77

Annexe 3 : Attitude neutre : rôle de consultant / référent, avec interventions ponctuelles 78

Annexe 4 : Attitude impliquée : rôle de médecin coordinateur en complément du médecin traitant..... 81

Annexe 5 : Rôle de médecin traitant de ses proches 85

Annexe 6 : Le serment d'Hippocrate 91

TABLE DES MATIERESS 92

RESUME.....95

RESUME

Introduction : En France, tout médecin inscrit au tableau inscrit au tableau peut être désigné médecin traitant de ses proches. Le rôle de ce dernier est central dans la prise en charge des maladies chroniques. Le but de l'étude était de déterminer comment les médecins généralistes se positionnent face aux maladies chroniques de leurs proches.
Méthode : 13 entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes installés à la Réunion ont donné lieu à une analyse thématique.
Résultats : Quatre attitudes ont été mises en évidence : 1. Attitude distante ; 2. Attitude neutre, rôle de consultant avec interventions ponctuelles si nécessaire ; 3. Attitude impliquée, coordinateur de soin : les médecins vérifient toujours la prise en charge proposée par le médecin traitant déclaré et la complètent si besoin ; 4. Attitude impliquée : rôle de médecin traitant (déclaré ou non). Chaque médecin peut adopter plusieurs attitudes, selon six facteurs prédominants : le médecin lui-même, le proche, la relation qui les unit, la prise en charge par le médecin traitant déclaré, la maladie chronique, et la distance physique. Les conséquences de ces attitudes sont d'ordre relationnelles, médicales pour le proche, et interprofessionnelles.
Conclusion : Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse à la demande de soin d'un proche, chaque situation est unique. Si le médecin choisit de s'impliquer dans la prise en charge de son proche, certaines précautions sont nécessaires, d'autant plus s'il a fait le choix d'être son médecin traitant : imposer un cadre, avoir une attitude standardisée, reconnaître ses propres limites et savoir passer la main.

Mots clés : médecin généraliste, médecin traitant, proche, maladie chronique, île de la Réunion

Discipline : Médecine générale

U.F.R. santé de la Réunion : Université de la Réunion, 1 allée des Aigues Marines, 97487 Saint-Denis Cedex

RESUME

Introduction: In France, any physician may be designated as a treating physician for his or her relatives. His role is central to the management of chronic diseases. The purpose of this study was to determine how general practitioners position themselves in the face of their loved ones' chronic diseases. **Method:** 13 general practitioners have been interroged in semi-structured interviews in Reunion island. It was a thematic analysis. **Results:** Four attitudes were highlighted: 1. Distant attitude; 2. Neutral attitude, role of consultant with occasional interventions if necessary; 3. Attitude involved, as coordinator: the physicians always check the management proposed by the attending physician and complete it. 4. Attending physician (officially or not). Each physician may adopt several attitudes, according to six predominant factors : the physician himself, the relative, their relationship, the management by the attending physician, the chronic disease, and the physical distance. The consequences of these attitudes are relational, medical, and interprofessional.

Conclusion: There is no good or wrong answer to a loved one’s care request, each situation is unique. If the doctor chooses to be involved in the care of his relatives, certain precautions are necessary, especially if he has chosen to be their attending physician: impose a framework, have a standardized attitude, recognize his own limitations, and know how to deleguate.

Key words : general practionners, attending physicians, relatives, members of family, chronic disease, Reunion Island

Discipline : General practice

U.F.R. santé de la Réunion : Université de la Réunion, 1 allée des Aigues Marines, 97487 Saint-Denis Cedex