HAL
open science

Ressenti des médecins généralistes de Haute-Normandie soignant la famille de confrères : des consultations différentes

Bellamy Vincent

To cite this version:

Bellamy Vincent. Ressenti des médecins généralistes de Haute-Normandie soignant la famille de confrères : des consultations différentes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02513574

HAL Id: dumas-02513574

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02513574v1

Submitted on 20 Mar 2020

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2020 **N°**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

BELLAMY Vincent

NE LE 14 MARS 1990 A MONT-SAINT-AIGNAN

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 FEVRIER 2020

RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES DE HAUTE-NORMANDIE SOIGNANT LA FAMILLE DE CONFRERES : DES CONSULTATIONS DIFFERENTES ?

PRESIDENT DU JURY :	Pr Jean-Loup HERMIL
ASSESSEURS :	Pr Elizabeth MAUVIARD Dr Laetitia BOURDON
DIRECTEUR DE THESE :	Dr Baptiste CHAUVIN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc **BASTE**	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie

Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CHB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CHB	Radiothérapie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER** *(surnombre)*	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude **HOUDAYER**	HCN	Génétique
Mr Fabrice **JARDIN**	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques

Mr Thierry **LEQUERRE**	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HCN	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Épidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET** *(détachement)*	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN** *(disponibilité)*	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian **SCHWARZ**	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive

Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Hervé **TILLY** *(surnombre)*	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate **ACHAMRAH**	HCN	Nutrition
Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel **BESNIER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent **MARGUET**	HCN	Histologie
Mme Chloé **MELCHIOR**	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas **MOUREZ** *(détachement)*	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	UFR	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie
Mr Julien **WILS**	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy **BELLIEN** (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Thomas **CASTANHEIRO MATIAS**	Chimie Organique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé

Mme Cécile **CORBIERE** Biochimie

Mme Nathalie **DOURMAP** Pharmacologie

Mme Isabelle **DUBUC** Pharmacologie

Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER** Pharmacologie

Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH) Parasitologie

Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA** Chimie analytique

Mme Marie-Laure **GROULT** Botanique

Mr Hervé **HUE** Biophysique et mathématiques

Mme Hong **LU** Biologie

Mme Marine **MALLETER** Toxicologie

M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH) Immunologie

Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT** Chimie analytique

Mr Mohamed **SKIBA** Pharmacie galénique

Mme Malika **SKIBA** Pharmacie galénique

Mme Christine **THARASSE** Chimie thérapeutique

Mr Frédéric **ZIEGLER** Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ** Pharmacie officinale

Mme Caroline **BERTOUX** Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN** Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice **MOISAN** Virologie

M. Henri **GONDÉ** Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel **MOUHAJIR**	Parasitologie
M. Maxime **GRAND**	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI**	Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var **TAN**	Immunologie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

Au Président du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL,
Vous me faites l'immense honneur de présider mon jury de thèse. Je vous en suis très reconnaissant. Soyez assuré de mon profond respect pour tout ce que vous donnez à la formation des internes de Médecine Générale, et veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

Aux Membres du jury,

Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD,
Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de participer à ce jury. Pour l'intérêt que vous portez à ce sujet et à la formation au sein du Département de Médecine Générale, veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

Madame le Docteur Laetitia BOURDON,
Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et de me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma gratitude.

A mon Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Baptiste CHAUVIN,
Je te remercie pour ta gentillesse, ta disponibilité, tes conseils, ton implication remarquable dans ton rôle de Directeur, et ton soutien. Merci de m'avoir suivi sur ce sujet qui n'était pas celui initialement prévu. Reçoit toute ma reconnaissance et ma gratitude pour m'avoir guidé et épaulé durant ce travail, cette finalité.

A ma famille,

A Cassandre,
Mon amour, merci d'être présente tous les jours à mes côtés, pour ton soutien et ton aide précieuse, rien ne serait possible sans toi. Si tu arrives encore à me supporter après tout cela c'est bien que nous sommes faits l'un pour l'autre.

A mes parents,
Joliane et Jean-Marc. Maman, Papa, merci pour l'éducation que vous m'avez transmise, et merci de m'avoir permis de réaliser ces études de Médecine que je souhaitais depuis mon passage au collège. Pour tout votre soutien et votre amour, un grand merci.

A mon frère et mes sœurs,
Anne-Claire, Arielle, et particulièrement Clément mon frère jumeau, mon double. Nous avons commencé ces études ensembles et nos parcours ont finalement décidé de prendre des chemins différents, même si nos vocations ont toujours été et restent dans le domaine de la santé. Je me réjouis pour toi que le métier de kiné te corresponde à 100%, et merci d'avoir toujours été là depuis le 14 Mars 1990.

A mes grands-parents,
Et particulièrement à Joseph et Liliane (alias Papy Jo et Mamie Lili). Merci d'avoir été présents depuis toujours, d'avoir participé à mon éducation et faire de moi ce que je suis devenu. Pour tous ces moments, toutes ces vacances, et pour tout l'amour que vous m'avez donné, un grand merci.

A ma famille,
Un grand merci pour tous les moments de joie à chaque rassemblement de famille, toutes ces complicités entre cousins. Je ne peux citer ici tout le monde, mais chacun se reconnaitra.

A ma belle-famille,
Odile, Jean-Philippe, Aubérie, merci pour votre soutien, merci de m'avoir accueilli comme votre propre fils, et surtout merci d'avoir fait une fille comme la vôtre, Cassandre.

A tous mes amis,
Et surtout la team Violette, Stan, Julie, Justine, Pierre, Pao, Mathilde ... et j'en oublie un paquet ... pour tous ces bons moments passés ensemble, les vacances au ski, les soirées, les voyages ... un grand merci. Ce sont de longues études mais qu'est-ce qu'on a pu s'éclater toutes ces années ... sans oublier tous les bons moments à venir !!

A Gertrude,
Mon gros chat, merci pour ton soutien tous les jours, pour tes siestes sur le clavier d'ordinateur, ce qui explique en partie pourquoi la thèse m'a pris autant de temps. Merci pour tes balades matinales (5-6h du mat') qui t'incitent à pousser la chansonnette dans l'objectif de sortir prendre l'air ... malgré tout ça tu restes un amour de chat et avec Cassandre on t'aime (#instantcarnard).

A tous les professionnels de mon parcours,

Merci à l'équipe des Urgences de Dieppe, au service de Médecine Interne du CHU de Rouen, au service de gynécologie du CHU, à la pédiatrie du CH d'Elbeuf, et à tous mes maitres en l'art de l'exercice de la Médecine Générale (José, Nathalie, Hervé, Vincent et Marie-Sophie) qui m'ont tant appris. Merci à toi Sébastien pour ton implication dans les séances d'ED à la fac.

LISTE DES ABREVIATIONS

CNIL : *Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.*

CNOM : *Conseil National de l'Ordre des Médecins.*

COREQ : *COnsolidate criteria for REporting Qualitative research.*

CPP : *Comité de Protection des Personnes.*

DPO : *Data Protection Officer.*

ECOS : *Examens Cliniques Objectifs et Structurés.*

FMC : *Formation Médicale Continue.*

MSP : *Maison de Santé Pluri-professionnelle.*

SOMMAIRE

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS ***17***

SOMMAIRE ***18***

INTRODUCTION ***20***

METHODOLOGIE ***24***

1/ Type d'étude : **24**

2/ Constitution de l'échantillon : **24**

3/ Entretiens semi-dirigés : **25**

4/ Rédaction du guide d'entretien : **25**

5/ Déroulement des entretiens : **26**

6/ Transcription des entretiens : **27**

7/ Analyse des données : **27**

8/ Aspects éthiques : **28**

RESULTATS ***29***

1/ Déroulement de l'enquête **29**

1) Les entretiens 29
2) Caractéristiques de l'échantillon 29

2/ Analyse des données qualitatives **33**

1) La consultation et prise en charge 33
2) Les attentes de la famille du confrère 47
3) Les médecins interviennent-ils dans les soins de leur famille ? 51
4) Les conseils pour soigner de la famille de confrères 53

DISCUSSION ***55***

1/ Les principaux résultats **55**

2/ Discussion des principaux résultats **56**

1) Vécu des médecins soignants 56
2) Les attentes des patients 57

3) Les conseils en cas de difficultés 57

3/ Comparaison avec la littérature 58

1) Comparaison avec le déroulement des consultations 59
2) Comparaison avec le vécu des consultations 60
3) Comparaison avec les attentes des patients 61
4) Comparaison avec le fait de soigner sa propre famille 62
5) Comparaison de la population étudiée 63
6) Comparaison des conseils donnés par les médecins 63

4/ Discussion de la méthode 64

1) Forces de l'étude 64
2) Limites de l'étude 65

5/ Bilan et perspectives 66

1) Les points à explorer 66
2) Améliorer la formation à ces situations 67
3) Changer les mœurs 68

CONCLUSION 70

LISTE DES FIGURES 71

LISTE DES TABLEAUX 71

BIBLIOGRAPHIE 72

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN 77

ANNEXE 2 : INFORMATIONS TRAITEMENT DE DONNEES PERSONNELLES 80

ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT 81

RESUME 82

INTRODUCTION

Les médecins généralistes, par leur proximité et le suivi au long cours des patients, peuvent être amenés à suivre plusieurs générations d'une même famille. Au cours de leur carrière, ils peuvent devenir le médecin de leurs propres familles.

En effet la grande majorité des enfants de médecins sont soignés par leurs parents comme le témoignent un certain nombre de travaux de thèse sur le sujet « soigner ses enfants » (1–3) où 51 à 75% des enfants de médecins ont pour médecin un de leurs parents.

Il en est de même pour les autres membres de la famille proche du médecin (conjoints et parents en général). Dans leurs travaux de thèse (4,5), les Docteurs Marie Cousin et Sybille Cart retrouvent une majorité de médecins (69%) qui ont déclaré comme patient au moins un membre de leur famille.

Par ailleurs certains médecins interviennent dans la santé de leur famille sans être le médecin traitant déclaré. C'est ce que l'on retrouve dans le travail de Marie Cousin (4), où 80% des médecins interrogés effectuent à leur famille les vaccinations sans être le médecin référent, 65% leurs instaurent un traitement, 45% demandent un avis spécialisé les concernant et 59% demandent des examens biologiques ou renouvellent les ordonnances de leurs proches.

Légalement, il n'existe aucune interdiction pour un médecin de soigner les membres de sa propre famille sans déroger à l'article R4127-7 du code de Santé Publique (6), qui stipule que « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie […] ».

Quant au choix d'un médecin traitant, le code de la sécurité sociale et le conseil de l'ordre des médecins n'excluent pas le choix d'un membre faisant partie de la famille (7,8).

Malgré cette tendance, la plupart des médecins émet quelques réserves et difficultés à soigner leurs proches : 57% des médecins éprouveraient des difficultés dans le suivi de leurs proches (5).

Les thèmes souvent abordés à ce sujet sont le manque d'objectivité, le poids des responsabilités source d'angoisse, un manque de professionnalisme souvent avoué (examens cliniques succins ou incomplets) ou encore des domaines peu ou pas explorés car difficiles de par leur relation intrafamiliale, notamment pour les problèmes gynécologiques, psychiatriques, ou encore d'addictologie.(1,9,10)

D'autre part, cette complexité de prise en charge doit également s'inscrire dans l'évolution de la relation médecin-patient qui, au fil du temps, s'est vue modifiée par la prévalence accrue des maladies chroniques (11) et l'importance du rôle de l'entourage des patients atteints de ces maladies (l'émergence des pathologies chroniques accroit la population de patients de plus en plus dépendants, nécessitant de l'aide par une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne, c'est la notion d'aidant principal ou aidant familial (12)). Cette évolution se ressent dans la relation médecin-patient qui autrefois était essentiellement binaire entre le médecin et le patient. Elle intègre maintenant l'entourage accompagnant le patient comme partie intégrante de la prise en charge médicale par son rôle positif et contributif nécessaire à l'efficacité des soins. (13)

Dans ces conditions, pour un médecin soignant sa famille, le risque de confusion des rôles de médecin, traitant ou non, et d'aidant familial peut être problématique.

Ces difficultés amènent les médecins soignant leur famille à les orienter vers des confrères soit pour avis médical ou encore pour transférer le suivi médical lorsque celui-ci devient trop lourd (seulement 32% des médecins généralistes continuent de suivre un membre de leur famille lorsque celui-ci présente une pathologie grave ou chronique (4,5)). Il en est de même dans les domaines gynécologique, psychiatrique ou d'addictologie précédemment cités, pour lesquels les problématiques de la pudeur et de l'intime limitent la prise en charge (1,9), nécessitant un recours rapide à un spécialiste et/ou un confrère (9,14). Dans son travail de thèse, le Docteur Cornec-Lasserre retrouvait que 29% des médecins interrogés demandaient régulièrement un deuxième avis médical à un confrère et

61% le demandaient parfois lors de difficultés rencontrées dans la prise en charge d'un proche (15). Ces situations semblent donc plutôt fréquentes et les résultats des études précédemment citées le confirment.

La littérature actuelle et la plupart des travaux de recherche ont jusque-là traité essentiellement des thèmes « soigner ses enfants »(1–3,9), « soigner sa famille » (4,5,10,14,15), ou encore des difficultés rencontrées lorsqu'un médecin soigne un confrère (16–21).

Hormis la thèse du Docteur Aude Arsicaud (22), analysant la consultation d'enfants de confrères en région parisienne chez des pédiatres et des généralistes, notre recherche retrouve peu de résultats concernant les médecins qui soignent la famille de confrères : cela peut être la consultation d'un enfant accompagné d'un de ses parents médecin, un parent venant consulter avec la présence d'un de ses enfants médecin ou conseillé par ce dernier, ou encore la consultation pour un deuxième avis médical d'un patient soigné par un médecin membre de sa famille.

Le médecin soignant la famille d'un confrère peut alors être confronté à plusieurs problématiques comme la particularité de la présence des parents en consultation, inhérente à la plupart des consultations pédiatriques, ou encore les potentielles difficultés rencontrées lors de la prise en charge de médecins, ici membre de la famille qui accompagne le patient. Ces médecins-accompagnants peuvent apporter en consultation leurs connaissances médicales.

D'autre part, la présence d'un médecin dans la famille du patient peut venir influencer les décisions médicales. Le patient venant consulter peut être influencé par le confrère faisant partie de sa famille.

Dans ces situations on peut penser que le médecin-soignant est confronté indirectement aux mêmes difficultés que le fait de soigner un confrère.

Devant ces hypothèses, il nous paraît intéressant de recueillir le ressenti des médecins généralistes qui ont pu être confrontés à cette situation de soigner la famille d'un confrère, et de rechercher si cela a pu influencer leur prise en charge.

Soigner la famille d'un confrère peut-il influencer la relation de soin et la prise en charge médicale ?

L’objectif principal est de rechercher les difficultés rencontrées par les médecins généralistes en situation de prise en charge d’un membre de la famille d’un confrère.

L’objectif secondaire est d’identifier des pistes d’amélioration, recueillir et diffuser les conseils des médecins interrogés pour mieux les préparer à ce type de situation afin d’améliorer la qualité de la prise en charge globale des patients venant consulter avec leur proche-médecin.

METHODOLOGIE

1/ Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude qualitative prospective pour explorer le ressenti des médecins généralistes qui, au cours de leur exercice professionnel, ont pu prendre en charge et soigner des membres de la famille d'un confrère.

Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés centrés sur l'expérience des médecins, à l'aide d'un guide d'entretien préalablement rédigé. (Annexe 1)

2/ Constitution de l'échantillon :

Les critères d'inclusion étaient :

- Médecins Généralistes en activité libérale, volontaires, exerçant dans les départements de l'Eure (27) ou Seine-Maritime (76), effectuant des consultations de suivi, présentant dans leur patientèle des apparentés au premier degré de médecins.

Les critères d'exclusion étaient :

- Médecins non thésés, non installés, retraités
- Membres du jury exclus par impartialité
- Connaissances personnelles ou professionnelles de l'investigateur de la recherche pour raison d'impartialité

Le mode de recrutement s'est effectué par contact téléphonique auprès des secrétariats de praticiens exerçant en Seine-Maritime et dans l'Eure, la recherche des numéros de secrétariat a été menée sur le site des pages jaunes.

Une brève présentation de l'étude a été faite aux médecins accessibles à ce premier contact téléphonique avec la question d'accroche suivante : « Si vous soignez la famille de confrères (enfants, parents, conjoints), souhaitez-vous

participer à l'étude afin de savoir si cette situation a pu influencer votre prise en charge ? »

Les médecins répondant positivement au premier contact ont ensuite été rappelés afin de préciser l'objet de l'étude, de répondre à leurs premières questions éventuelles et de convenir d'un rendez-vous de rencontre.

3/ Entretiens semi-dirigés :

Le recueil des données s'est effectué par entretiens semi-dirigés individuels, à partir d'un guide d'entretien réalisé au préalable, constitué de questions ouvertes.

4/ Rédaction du guide d'entretien :

C'est à partir de notre recherche dans la littérature, sur les sujets « soigner les proches d'un confrère »(22), « soigner un confrère »(16–21) ou encore « soigner sa famille et ses proches »(1–5,9,10,14,15) que nous avons rédigé le guide.

Celui-ci a servi de trame pour les questions ouvertes. D'autres questions plus fermées étaient nécessaires pour compléter les réponses données.

Les grands axes du guide d'entretien étaient :

- De débuter par une courte introduction et présentation de la thèse afin de contextualiser l'objet de recherche et le déroulement de l'entretien.
- De caractériser la ou les situations rencontrée(s) par le médecin interviewé en rapport avec le sujet à savoir soigner la famille d'un confrère. Cet axe consistant à mieux connaitre les caractéristiques du patient mais aussi du confrère et les liens de parenté qu'il existe entre eux.
- De savoir en quoi cette situation a-t-elle pu modifier (ou pas) leur prise en charge.
- D'apprécier si les patients dans ces situations ont des attentes particulières en termes de prise en charge du fait de l'influence de leur proche-médecin.

- De connaitre des éventuelles raisons de refus de prise en charge de ces patients si refus il y avait.
- De caractériser le médecin interviewé aussi bien sur le plan professionnel que personnel, notamment s'ils prennent en charge leurs proches, si non quel est leur regard et ressenti sur la prise en charge du confrère soignant leur proche.
- Enfin le dernier axe portait sur les conseils qui pouvaient être donnés aux confrères qui vivent ou vivront cette situation.

A partir du troisième entretien, une question a été ajoutée au guide suite à l'abord d'un thème par le médecin interrogé, concernant le déroulement de la consultation et sa finalité, notamment au moment du règlement des consultations. Le reste du guide d'entretien n'a pas été modifié par la suite.

Le guide d'entretien est présenté en Annexe 1.

5/ Déroulement des entretiens :

Après contact par téléphone, les médecins intéressés et motivés par l'étude, répondant aux critères d'inclusion ont été recontactés dans un second temps pour organiser un rendez-vous de rencontre à leur cabinet médical.

Les entretiens ont été enregistrés dans leur intégralité à l'aide de deux dictaphones après accord des médecins participants.

Une fiche d'information concernant le traitement des données (Annexe 2) et un formulaire de consentement (Annexe 3) ont été préalablement signés par les médecins interrogés.

Seules les données verbales ont été recueillies, les émotions qui ont pu ressortir des enregistrements verbaux ont été retranscrites par des termes entre parenthèses et en italique selon l'analyse des enregistrements par l'interviewer (exemples : [rires], [hésitation] …).

6/ Transcription des entretiens :

Les échanges ont été retranscrits intégralement mot pour mot en essayant de respecter la ponctuation grâce au rythme des conversations, créant ainsi des *verbatims*.

Les fautes grammaticales ou de syntaxe ont été retranscrites tel quel et n'ont pas été corrigées, de même que les abréviations et le vocabulaire familier utilisé par les interviewés.

Les entretiens des médecins interrogés ont tous été anonymisés, appelés « M » suivi d'un nombre en chiffre arabe correspondant à l'ordre chronologique de réalisation des entretiens (M1 par exemple pour le premier médecin interrogé).

Aucun nom propre, prénom, surnom n'apparait dans les discussions. Ils ont été remplacés par les lettres « XX » lorsqu'il s'agissait d'une femme, « XY » pour un homme.

De même, les noms de villes qui auraient pu être citées dans les entretiens ont été remplacés par la lettre « V ».

7/ Analyse des données :

L'analyse s'est fondée sur les *verbatims* enregistrés, créant alors une base de données. Une analyse thématique a été créée à partir de cette base de données à l'aide du logiciel NVIVO 12 for Mac® par deux investigateurs séparément (investigateur principal et un second chercheur) pour une triangulation des données.

Après avoir réalisé un codage ouvert des entretiens des médecins, les mots et associations de mots ayant un sens ont été mis en évidence puis regroupés sous la forme de « nœuds ».

Dans un second temps, un codage axial a été effectué. Les versions de chaque investigateur ont été confrontées pour créer une version définitive consensuelle afin d'obtenir une triangulation des données.

8/ Aspects éthiques :

Selon la loi Jardé (23), notre étude entre dans le cadre d'une recherche « observationnelle » ou « non interventionnelle », elle ne modifie pas le suivi habituel des patients. (24)

L'étude porte sur des données et n'inclue pas de personne physique. L'accord du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'est donc pas requis.(25)

Par ailleurs, c'est une recherche interne, puisque les données sont recueillies dans le cadre du suivi médical auprès des médecins assurant ce suivi, et pour leur usage exclusif. Un accord préalable de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) n'est donc pas nécessaire, notre recherche a été inscrite au registre de traitement des données personnelles de l'université de Rouen après demande auprès de la Déléguée à la protection des données (DPO). (25)

RESULTATS

1/ Déroulement de l'enquête

1) Les entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 13 Juin et le 17 Septembre 2019.

Il se sont déroulés pour la plupart au cabinet du médecin généraliste interrogé après rendez-vous fixé par téléphone ; deux entretiens ont été réalisés au domicile du médecin pour des raisons pratiques, et un entretien a été réalisé à la faculté de médecine de Rouen.

Le durée moyenne des entretiens était de 21 minutes et 14 secondes, allant de 9 minutes et 44 secondes pour le plus court, à 42 minutes et 17 secondes pour le plus long. La durée médiane des entretiens était de 19 minutes et 46 secondes.

Le recueil des données s'est arrêté lorsque nous avons atteint la saturation théorique des données.

Les entretiens sont disponibles dans leur intégralité dans le CD-Rom en Annexe.

2) Caractéristiques de l'échantillon

A) Caractéristiques des médecins interrogés

a) Description de la population

Nous avons interviewé 15 médecins généralistes répondant aux critères d'inclusion de l'étude.

Leur moyenne d'âge était de 43 ans, le plus jeune d'entre eux avait 29 ans et le plus âgé en avait 65.

Sur les 15 médecins généralistes interrogés, 7 étaient des femmes, 8 étaient des hommes.

b) Leur activité, milieu et mode d'exercice, et leur ancienneté

9 médecins sur les 15 interrogés ont déclaré avoir une activité variée avec des patients de tout âge, calquée sur les moyennes régionales élaborées par la sécurité sociale. Trois médecins (M5, M11 et M15) ont déclaré faire plus de gériatrie par rapport à la moyenne régionale ; deux médecins (M9 et M12) ont déclaré faire plus

de pédiatrie que la moyenne ; et enfin, un médecin (M3) sur les 15 interrogés a déclaré faire moins de pédiatrie que la moyenne régionale.

La majorité des médecins interviewés (73,3% de l'échantillon), exerçaient en milieu semi-rural. Les médecins M1, M5 et M6, soit 20% de notre échantillon étaient en milieu rural. Le milieu urbain était quant à lui représenté par les médecins M8 et M15, c'est-à-dire pour 13,3% des médecins interrogés.

Seulement deux des médecins interrogés (M2 et M15) exerçaient seuls dans leur cabinet, les autres avaient un exercice de groupe soit en cabinet de groupe, soit au sein d'une Maison de Santé Pluri-professionnelle.

Concernant l'ancienneté d'installation des praticiens interrogés, elle allait de 6 mois jusqu'à 40 ans, afin de comparer tous les niveaux d'expérience professionnelle.

c) Tableau d'échantillonnage

Médecins	Durée de l'entretien	Genre	Tranche d'âge	Ancienneté	Activité	Milieu d'exercice	Mode d'exercice
M1	12min39	Femme	25-30 ans	1 an	De tout âge	Rural	Groupe de médecins
M2	11min06	Homme	60-65 ans	40 ans	De tout âge	Semi rural	Exercice libéral seul
M3	19min46	Femme	25-30 ans	6 mois	Peu de pédiatrie	Semi rural	Groupe de médecins
M4	15min25	Femme	45-50 ans	21 ans	De tout âge	Semi rural	MSP
M5	9min44	Homme	30-35 ans	5 ans	Beaucoup de gériatrie	Rural	Groupe de médecins
M6	17min53	Femme	35-40 ans	9 ans	De tout âge	Rural	MSP
M7	12min09	Femme	45-50 ans	22 ans	De tout âge	Semi rural	MSP
M8	16min35	Homme	55-60 ans	28 ans	De tout âge	Urbain	MSP
M9	24min19	Homme	35-40 ans	6 ans	Beaucoup de pédiatrie	Semi rural	MSP
M10	26min36	Femme	35-40 ans	1 an	De tout âge	Semi rural	MSP
M11	42min17	Homme	30-35 ans	4 ans	Beaucoup de gériatrie	Semi rural	Groupe de médecins

M12	29min52	Homme	40-45 ans	10 ans	Beaucoup de pédiatrie	Semi rural	MSP
M13	23min50	Femme	35-40 ans	8 ans	De tout âge	Semi rural	MSP
M14	24min55	Homme	50-55 ans	22 ans	De tout âge	Semi rural	Groupe de médecins
M15	29min56	Homme	50-55 ans	20 ans	Beaucoup de gériatrie	Urbain	Exercice libéral seul

(MSP= Maison de Santé Pluri-professionnelle).

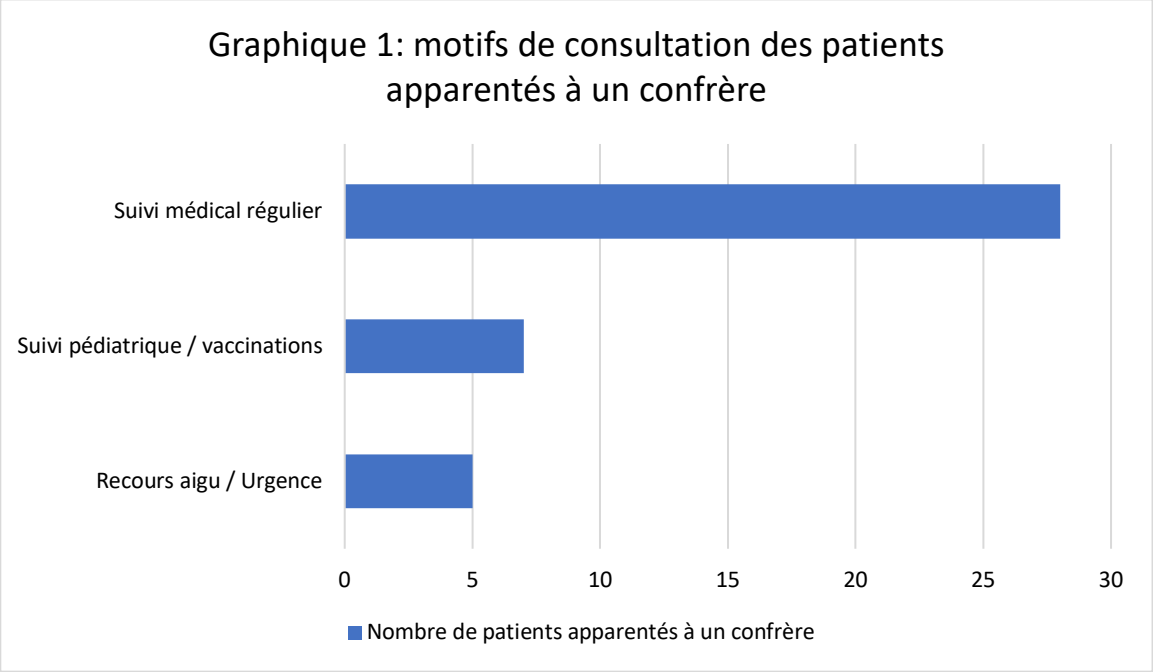
B) Caractéristiques des patients apparentés avec le confrère

a) Description de la population

Les 15 médecins interrogés nous ont évoqué des situations mettant en œuvre des patients de tout âge, des femmes, des hommes et des enfants apparentés à un confrère.

b) Motifs de recours aux soins

L'essentiel des patients apparentés à un confrère dont nous ont parlé les 15 médecins interrogés voyait leur médecin traitant dans le cadre d'un suivi médical régulier de « routine » (renouvellement d'ordonnance, suivi de pathologies chroniques pour les adultes, suivi pédiatrique et vaccinations pour les enfants). Quelques cas étaient présentés comme « recours aigu » dans le cadre de l'urgence.



C) Caractéristiques des confrères

Dans cette partie, les résultats ont été établis à partir des situations dont les 15 médecins interrogés nous ont parlé, certaines de ces situations étant parfois vagues, il était difficile de quantifier précisément les résultats suivant mais cela permettait de décrire des tendances.

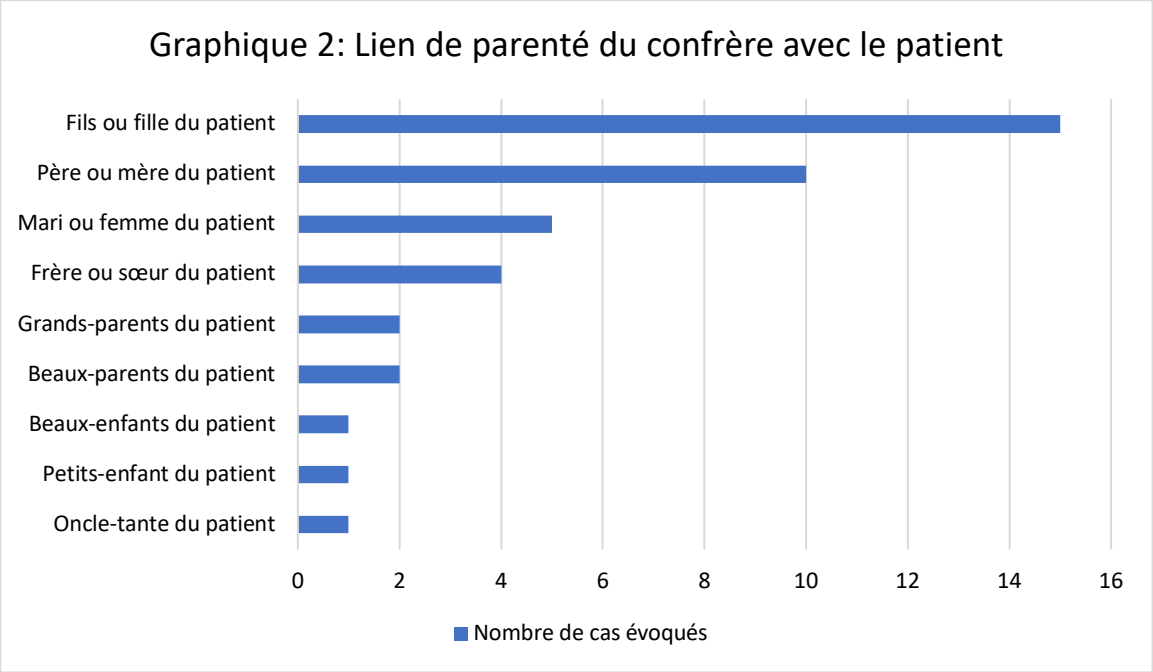
a) Leur lien de parenté avec le patient

Nos critères d'inclusion se sont concentrés essentiellement sur les apparentés au premier degré du patient, cependant si le lien de parenté était plus éloigné au second degré nous avons laissé les médecins interrogés s'exprimer sur le sujet.

Les confrères évoqués dans les entretiens étaient le plus souvent le fils ou la fille du patient, puis à moindre fréquence un parent du patient.

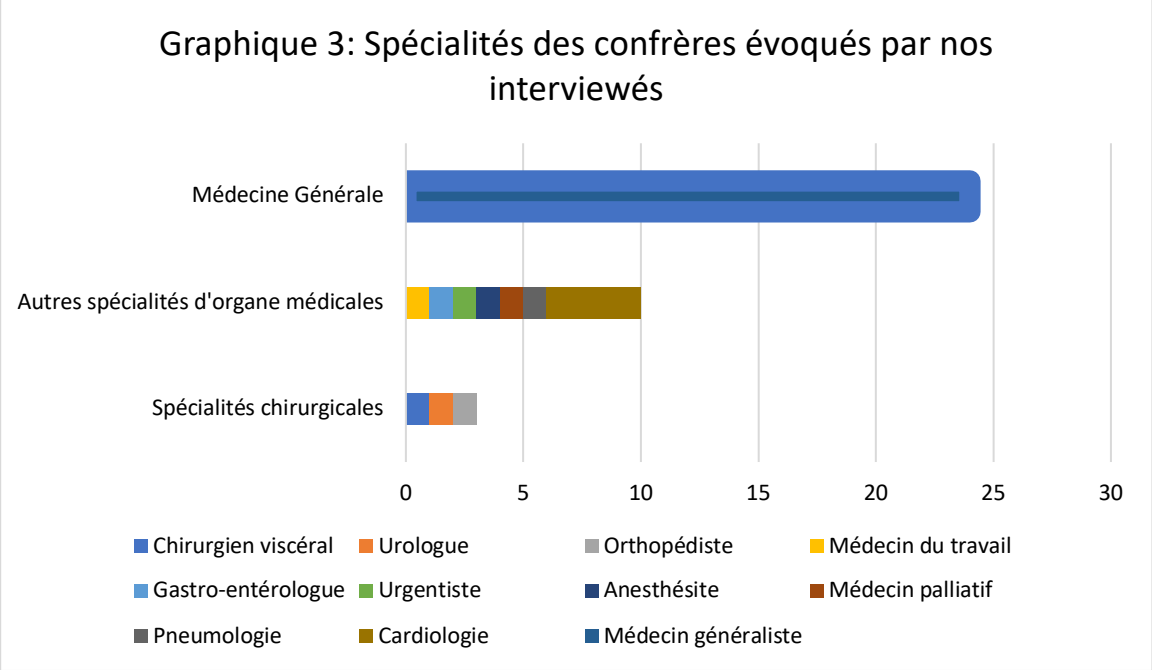
Les confrères qui étaient mari ou femme du patient, frères et sœurs du patient, grands-parents du patient, beaux-parents du patient, étaient cités dans des situations moins fréquentes.

Enfin, les situations où le confrère était un des petits-enfants du patient, ou le beau-fils ou belle-fille, ou encore l'oncle-tante du patient, ont été très peu évoquées.



b) Leur spécialité

Les confrères qui nous ont été évoqués par les 15 médecins interrogés étaient pour beaucoup des médecins généralistes. Les autres confrères étaient soit spécialistes d'organe, notamment cardiologue, gastro-entérologue, médecin de soins palliatifs, soit des chirurgiens. Le graphique suivant représente la répartition des spécialités des confrères évoqués par nos interviewés.



2/ Analyse des données qualitatives

1) La consultation et prise en charge

A) Déroulement de la consultation

a) Anamnèse et examen physique

Dans notre partie étudiant le déroulement des consultations dans ces situations de soigner de la famille de confrères, une partie des médecins interrogés nous ont répondu que cela n'amenait pas de modifications sur leur façon de faire l'anamnèse et l'examen physique du patient, en essayant de considérer cette situation comme si c'était avec un patient lambda.

Cependant, une proportion non négligeable de médecins (7 références encodées sur l'ensemble des *verbatims*) nous a évoqué des consultations plus

longues avec ce type de patients. La peur de ne rien oublier et le sentiment de faire plus attention a été relevé chez certains médecins, ce qui pouvait provoquer une pression supplémentaire chez d'autres. Enfin, cela pouvait apporter une modification par rapport à d'autres consultations du fait que ce soit parfois des consultations déjà orientées, lorsque le confrère avait été sollicité en amont de la consultation par le patient.

Pas de modification de l'anamnèse et examen physique :

« Non, je ne change rien, je fais la même chose, je pense faire exactement le même examen, là honnêtement c'est faire comme si c'était un autre patient, c'est important. » (M12)

« J'essaye de les mener comme je fais d'habitude en fait, j'essaye d'occulter ce truc là … le fait qu'ils aient un médecin dans leur famille. » (M9)

« Non, je suis le même peu importe qui j'ai en face. » (M5)

Des consultations plus longues :

« L'interrogatoire il est plus long, je leur laisse plus le temps de parler, je pense être moins directive. » (M10)

« On se sent aussi de devoir rendre des comptes et devoir prendre contact avec le confrère généraliste parce qu'on sait qu'il est concerné donc ça prend du temps, et peut-être une nécessité de se justifier. » (M11)

« Je suis obligé de passer plus de temps si je dois refuser un examen qui a été préconisé par le confrère de la famille mais sans examen clinique, ça va prendre plus de temps. » (M15)

Peur de ne rien oublier :

« Tu vas être plus attentif à ne pas rater quelque chose. » (M14)

« Il y a beaucoup plus d'informations et j'essaie, comme ils sont un peu anxieux, d'être assez méthodique pour ne passer à côté de rien. » (M13)

Sentiment de faire plus attention :

« Oui je pense que ça change un petit peu, tu fais quand même plus attention. Malgré tout t'es quand même sur une réserve, tu fais attention à ne rien oublier, alors

que d'habitude tu fais les choses de manière naturelle sans te poser de question […] à la fin de la consultation tu te demandes si tu as tout fait, si tu n'as rien oublié, tu as juste ce réflexe de te dire ça par peur qu'ils te disent que tu n'as pas fait ci ou ça ! » (M4)

« Tu fais quand même plus attention. » (M4)

Une pression supplémentaire :

« Je pense que je me serai mis plus de pression avec limite une anxiété de performance. » (M3)

« C'est vrai que je pense qu'il y a une participation plus importante, et une réflexion, sur la prise de décision quand il s'agit de parents de confrère. » (M14)

« Cela met une sorte de pression supplémentaire, on change un peu notre consultation. » (M1)

Des consultations déjà orientées :

« Souvent la famille du médecin a déjà un petit peu une idée en tête parce que le confrère l'a déjà dit en fait, et du coup dans l'anamnèse il va nous orienter directement sur ce qui est important, enfin ce qu'on lui a dit de dire qui était important. » (M12)

« Quand il y a déjà eu des conseils téléphoniques ou des choses comme ça, là c'est différent ils arrivent avec déjà une information et déjà une consultation qui est orientée. » (M15)

b) Discours et conseils

Un certain nombre de médecins interrogés a estimé modifier le discours utilisé en présence de patients qui ont dans leur famille un médecin. Ces modifications portaient notamment sur le fait de devoir insister plus sur les conseils et les informations données au patient, en utilisant d'avantage de termes médicaux puisque les médecins interviewés estimaient souvent que ce type de patient avait plus de connaissances médicales par le biais de leur proche-médecin.

Deux des médecins interrogés pensaient que leur discours ne changeait qu'en présence du confrère en consultation.

Pour d'autres médecins (10 références encodées sur les 27 références portant sur le thème « discours et conseils ») cela ne changeait pas leur discours

face à ces patients, l'argument étant toujours de se placer dans une situation lambda.

Discours modifié :

« Cela a changé mon discours, j'étais plus amicale dans mon attitude. » (M3)

« Si elle me l'avait dit au début j'aurais peut-être modifié mon discours. » (M3)

« Voilà il y a de ça exactement, comme si je vous parlais à vous ou à un autre médecin, ou comme si je parlais d'un cas à mes associés. » (M6)

Insister plus sur les conseils et informations :

« Je pense que soigner ce genre de patient ça prend plus de temps parce que déjà il faut peut-être plus expliquer parce que derrière ils vont plus expliquer à leur médecin qui fait partie de leur famille. » (M11)

« Mon discours du coup est adapté à comme si je parlais à un confrère […] c'est vrai que dans les explications je vais aller plus loin dans mon discours médical car ils ont des connaissances médicales plus approfondies. » (M13)

« J'ai dû insister plus qu'habituellement sur le fait que l'antibiotique n'était pas nécessaire. » (M1)

Emplois de termes médicaux :

« Oui c'est vrai, j'ai employé plus facilement des termes médicaux, moins vulgarisé. » (M1)

« C'était plus un discours entre confrères. » (M7)

Discours modifié si présence du confrère :

« Oui ça dérive sur un discours médical quand le confrère est présent, c'est quasiment inévitable ! » (M12)

« Ça peut être des fois un complément d'informations un peu plus technique parce qu'il est médecin, mais en ayant commencé par l'interlocuteur direct qui est la famille. » (M8)

Discours inchangé :

« J'ai adapté mon vocabulaire parce que eux de toutes façons ne sont pas médecins, je les ai traités comme un patient lambda. » (M3)

« Donner les mêmes explications, donner les mêmes conseils, avoir le même discours. » (M8)

« Je leur dit toujours d'ailleurs que je sais qu'ils ont des médecins dans la famille et que par moment je vais leur dire des choses qui sont surement simples et connues pour eux, mais que je le refais comme si c'était pour un patient lambda. » (M12)

c) Les prescriptions

L'influence de ces situations sur les prescriptions des généralistes interrogés était plus partagée. Certains avaient l'impression de modifier leurs prescriptions, avec notamment une tendance à prescrire plus rapidement des examens complémentaires, ou la prise d'un avis spécialisé, pour ce type de patients, souvent dans un but de se rassurer ou de ne pas passer à côté de quelque chose.

Cependant d'autres médecins de l'enquête ne semblaient pas être influencés de la situation sur leurs prescriptions.

Modification des prescriptions :

« Si on dit qu'ils ont déjà fait quelque chose et qu'il y a déjà eu un traitement bah oui ça va forcément modifier ma prise en charge. » (M9)

« […] là je fais l'examen donc oui je peux me laisser influencer par ça, je peux faire des examens suggérés par le confrère. » (M11)

« Quelqu'un qui arrive en me disant qu'il a eu son frère médecin au téléphone pour lui parler de ses douleurs de genou, que le frère a dit de faire une IRM, si moi quand je l'examine je pense que c'est une tendinite de la patte d'oie, bah du coup dire au patient que je ne veux pas faire l'IRM c'est toujours difficile. » (M15)

Prescriptions plus rapides :

« Peut-être que j'aurais tendance à pousser plus vite un examen complémentaire. » (M4)

« Oui sur-prescrire, pas forcément en médicament du coup mais en examens complémentaires pour assurer et renforcer les arguments. » (M10)

« J'aurais plus vite tendance à aller lui proposer un spécialiste. » (M10)

« Si en face de toi tu as quelqu'un avec de la famille dans le médical tu vas plus vite bilanter. » (M10)

Prescriptions inchangées :

« Je suis tout de même restée dans mes idées propres de prise en charge. » (M1)

« Je n'ai pas du tout changé mes idées de base, je ne lui ai pas du tout prescrit de l'homéopathie. » (M3)

« Cela ne va pas changer ma prise de décision classique mais je vais plus lui expliquer. » (M14)

d) Règlement de la consultation

La quasi-totalité des médecins interrogés se faisait régler la consultation par le membre de la famille du confrère, le règlement faisant partie intégrante du déroulement de la consultation et mettant fin à celle-ci. De plus, l'absence de règlement pouvait être perçu comme un service rendu et mettre mal à l'aise les protagonistes.

A noter que pour quelques-uns s'est posé la question du règlement avec une hésitation à faire payer ce type de patient mais que la plupart du temps les patients insistaient pour régler la consultation.

Un des médecins interviewés a émis une acception à ce règlement lorsqu'il s'agissait de l'enfant de ses associés.

Règlement de la consultation :

« Je fais régler, la famille de confrère je fais régler. » (M8)

« Au début je m'étais dit que je ne ferai pas régler, après je trouve que ce soit pour les médecins, la famille de médecins ou encore les amis, déjà ils sont remboursés par la sécu et puis d'être réglé de mon acte ça clôture la consultation. » (M11)

Service rendu en l'absence de règlement :

« Alors que si je ne faisais pas régler il y a toujours derrière une notion de service rendu … l'impression de devoir quelque chose etc … » (M11)

« Sinon c'est un relationnel un peu particulier … sinon il revient la fois d'après avec un cadeau ou autre chose donc finalement le fait de régler sa consultation est peut-être plus sain et peut-être plus simple que de ne pas le faire. » (M15)

Les patients insistent pour régler :

« Au début je lui avais proposé de ne pas la faire régler mais elle a refusé donc je suis rentrée dans un système de règlement normal. » (M4)

« J'aurai plutôt, déontologiquement l'idée de dire de ne pas régler, mais ils insistent lourdement pour payer en justifiant qu'ils sont remboursés. Ce qui est logique et qui met une normalité dans la consultation. » (M14)

Pas de règlement :

« La consultation, dans le cadre des enfants de mes confrères associés je ne les fais absolument pas régler. » (M4)

e) Disponibilité du médecin

Certains médecins interrogés n'avaient pas l'impression de se rendre plus disponibles pour ces patients par rapport au reste de leur patientèle. D'autres semblaient se rendre parfois plus disponibles pour certains de ces patients, notamment par rapport à leur accessibilité, mais aussi leur disponibilité temporelle (ils passent plus de temps avec ces patients).

Un des médecins de l'enquête nous a confié que pour sa part cela ne changeait rien en termes de disponibilité par rapport aux autres patients, mais qu'il pouvait avoir des demandes de rendez-vous plus insistantes et plus fréquentes de la part de sa secrétaire lorsque c'est de la famille de confrère qui la sollicite.

Pas de modification en termes de disponibilité :

« On essaie de se rendre le plus disponible possible mais sans différence avec d'autres patients. » (M2)

« J'essaye d'être autant disponible, de traiter tout le monde pareil. » (M6)

Se rendre plus disponible :

« J'ai pris des consultations plus longues pour chacun au final. » (M3)

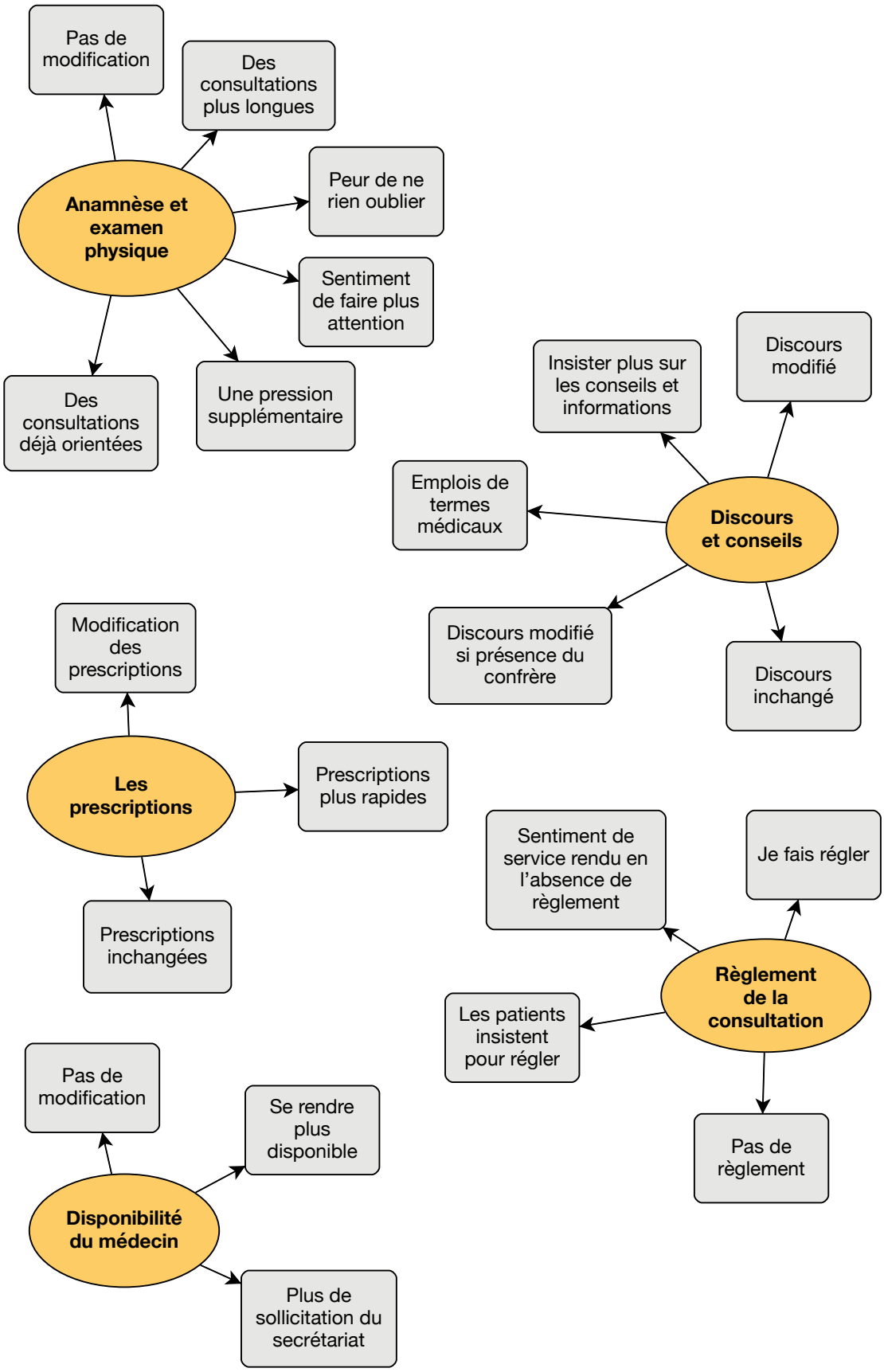
« Si elle appelle je vais y aller le jour même, alors que ça pourrait attendre quelques jours. » (M9)

« Quand elle a besoin d'une visite car elle a des vertiges je vais plus facilement aller chez elle que chez certains autres patients. » (M3)

Plus de sollicitations du secrétariat pour ces patients :

« Non s'ils m'appellent avec les mêmes symptômes qu'un autre patient non. La secrétaire m'en parle plus souvent par contre … la secrétaire aurait tendance à me dire : « la femme d'un médecin m'a appelé, est-ce que ça va si on voit tel jour etc … ». » (M12)

Figure 1 : Récapitulatif des résultats qualitatifs concernant le déroulement de la consultation de famille de confrères :



B) *Vécu de la consultation*

a) Une situation plus ou moins difficile

L'impression globale des médecins généralistes interrogés sur leur vécu de ces consultations de soigner de la famille de confrère a été pour un certain nombre ressentie comme plus difficile par rapport à d'autres consultations.

Dans ces difficultés, le sentiment d'être analysé était au premier plan, soit directement par le confrère si celui-ci était présent en consultation, soit indirectement par les retours de la consultation effectués par le patient auprès du confrère membre de sa famille.

Une difficulté souvent relevée était le sentiment d'être en deuxième avis, lorsque les patients avaient déjà consulté le membre de leur famille avant de voir leur médecin, ce qui pouvait amener à des situations délicates.

D'autre part, les interventions et prises en charge des confrères en parallèle de celles du médecin-soignant pouvaient amener ce dernier à douter de sa prise en charge lorsque les prises de décisions étaient divergentes.

Deux des médecins interrogés nous ont précisé que ces difficultés étaient encore plus importantes lorsqu'il s'agissait d'une pathologie grave, puisque les difficultés liées à la maladie s'ajoutaient aux difficultés de la situation.

A l'inverse, certains médecins ne retrouvaient pas de difficultés particulières à ces situations voire décrivaient des consultations plus faciles par rapport aux autres, notamment lorsque le confrère de la famille avait été consulté en amont et avait préparé le patient à l'anamnèse, l'examen physique, et éventuellement le diagnostic, le chemin était « tout tracé » par le confrère (s'il y avait accord entre le diagnostic du confrère et du médecin-soignant bien sûr).

Impression d'être plus difficile :

« C'était plus difficile parce que j'étais pas d'accord sur ce qu'il pouvait se faire, sur ce qui pouvait être prescrit ou sur les informations que le confrère avait pu donner. » (M12)

« Un peu plus difficile parce qu'il faut passer par le stade je me mets dans la stature où je fais comme si c'était quelqu'un qui ne savait pas. » (M8)

« Je pense que c'était dans un but de m'aider, en tout cas de m'avancer mais au final ça m'a mise en difficulté. » (M3)

Sentiment d'être analysé :

« Tu te sens quand même un peu analysé et ça, ça peut un peu me perturber. » (M4)

« C'est un peu perturbant car on a peur d'être jugé par le confrère aussi, surtout quand il est présent dans la consultation. » (M7)

Sentiment d'être en deuxième avis :

« La difficulté c'était que c'est pas forcément ce que j'avais initialement en tête pour l'orientation diagnostic et que c'était pas forcément une démarche de première intention. » (M12)

« Il y a déjà eu un premier regard en quelque sorte, avec une sorte de premier avis un petit peu une orientation diagnostique […] souvent il y a déjà un petit biais les gens arrivent déjà avec un diagnostic par les informations qu'on leur a donné. » (M12)

« Vue que je me doute qu'ils ont déjà demandé des choses avant, pour le coup je prends plus les choses comme un deuxième avis. » (M4)

Doutes sur la prise en charge :

« Ça a été vraiment difficile pour moi, une grosse remise en question, je me suis demandé qu'est-ce que j'avais pu faire comme faute pour que derrière elle veulent tout arrêter sans m'en parler. » (M11)

« Le grand père de la petite fille que je soigne ça pose soucis parce qu'on sait jamais ce qui a été fait, les vaccins que son grand père lui a déjà fait ou pas, etc … » (M9)

Difficultés supplémentaires si maladies graves :

« Une des familles que je suis, proche d'un confrère, le petit a des choses graves et du coup là c'était plus compliqué. » (M3)

Pas de difficultés, voire plus facile :

« C'est facilitant dans certains cas car les symptômes peuvent être pré-analysés avant de venir me voir. » (M13)

« Plus facile parce que on sait que les informations qu'on va donner seront très vite comprises. » (M8)

« Parfois ça fait du bien un deuxième cerveau pour avoir d'autres idées et un regard nouveau, donc je trouve que ça peut être positif en soit d'avoir un deuxième regard, un deuxième avis même si le confrère est de la famille du patient. » (M6)

b) La relation médecin-malade

Concernant la relation médecin malade, les avis étaient partagés. Pour une partie des médecins interrogés (13 références encodées sur les 23 références portant sur le thème « relation médecin-malade »), cette relation avec les membres de la famille d'un confrère leur semblait modifiée avec notamment la mise en avant d'un renforcement du lien de confiance.

Cependant pour beaucoup de médecins, la relation médecin-malade dans ces situations n'était absolument pas changée par rapport aux autres patients qu'ils pouvaient avoir.

Modification de la relation médecin-malade :

« Je pense que ça peut compliquer un tout petit peu le relationnel dans la mesure où on va mettre peut-être un peu plus d'affectif du fait qu'on connait ou que ce soit de la famille d'un confrère. » (M8)

« Bah je dirai que là elle tend à se normaliser, je retrouve plus une relation pareille qu'avec les autres alors qu'au départ je pense que j'étais plus sur la réserve … enfin sur le fait d'être moins à l'aise. » (M10)

Renforcement du lien de confiance :

« Je pense que c'est renforcé […] parce que par exemple il y a des transferts affectifs qui se font, […] je soigne des parents de médecin et ils peuvent voir en moi leur fils médecin, et donc ça peut renforcer le lien de confiance, et je joue parfois avec ce transfert parce que ça peut renforcer mes prescriptions. » (M12)

« C'est la confiance qu'ils vont nous faire, ils se sentent pas objectifs pour prendre en charge leurs propres enfants et ils demandent notre avis sur tel ou tel truc, les vaccins, etc … » (M11)

Pas de modification de la relation médecin-malade :

« C'est une relation patient-médecin et ce n'est pas parce qu'il y a un médecin dans les proches de nos patients que ça doit modifier quelque chose. » (M2)

« Pas forcément, non sincèrement non, moi je fais très attention à ce que ce soit la même relation qu'avec tout autre patient. » (M12)

c) L'expérience professionnelle

Certains médecins ont admis que le nombre d'années d'expérience professionnelle dans le métier de généraliste influençait largement sur l'aisance qu'ils pouvaient avoir dans ces consultations. Pour eux, comme dans plein d'autres domaines, plus ils avaient de l'expérience et plus ils étaient à l'aise.

Le manque d'aisance dans ces consultations de soigner de la famille de confrères a été régulièrement évoqué (5 références encodées sur l'ensemble des verbatims), mais ce problème avait tendance à s'atténuer avec le temps.

Deux médecins sur les quinze interrogés ont cependant déclaré que les années d'expérience ne les rendaient pas plus à l'aise face à ces situations.

Plus à l'aise avec l'expérience :

« Oui cela met plus d'aisance car déjà quand tu débutes en tant que médecin généraliste tu stresses de la consultation elle-même avec la peur de mal faire, en plus si tu te sens jugée par un confrère tu te sens très très mal à l'aise. » (M7)

« Sans aucun doute, je le vis mieux maintenant, je suis pas un vieux médecin ça fait 10 ans que j'exerce maintenant, je le vie mieux maintenant qu'au tout début. » (M12)

Moins à l'aise dans ces situations :

« Ce n'est peut-être pas plus difficile mais en tout cas ce n'est pas ce qui me rend le plus à l'aise. » (M4)

« Je pense que je suis moins à l'aise, enfin voilà je pense que je suis un peu moins à l'aise au départ en fait. » (M10)

L'expérience ne change pas l'aisance :

« Franchement pas plus maintenant que dans 10 ans. » (M11)

« Non je ne crois pas que l'expérience va me rendre plus à l'aise. Peut-être d'autres personnes mais pas moi. Non ça fait pareil, je n'ai pas l'impression. » (M4)

d) Refuser de prendre en charge la famille de confrère

La totalité des médecins interrogés n'a jamais refusé de prendre en charge un patient de la famille d'un confrère pour ce motif.

Un des médecins (M3) a nuancé cette réponse unanime en émettant l'hypothèse qu'il pourrait refuser une telle prise en charge dans le cas où le confrère serait trop proche de lui.

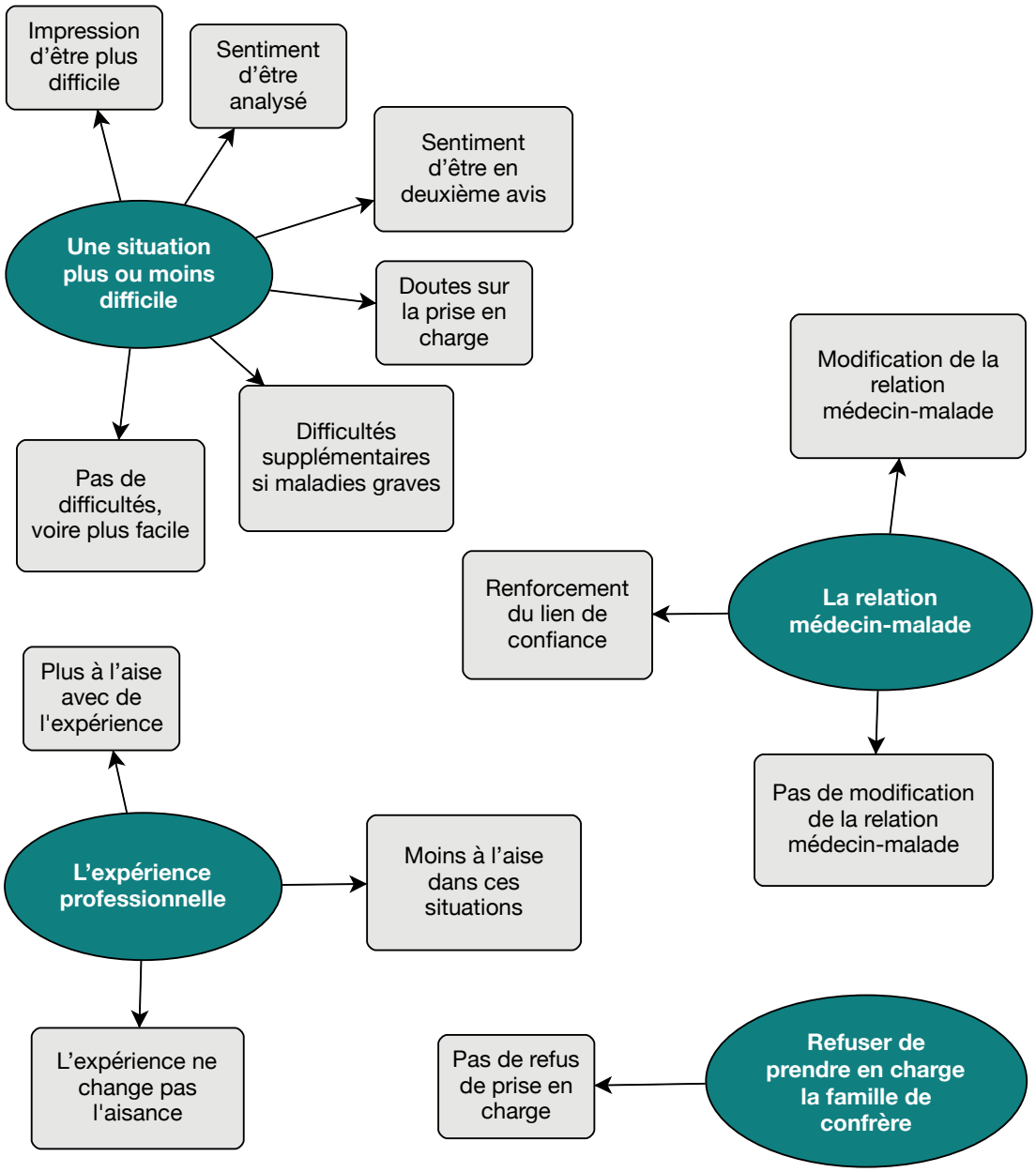
Pas de refus de prise en charge :

« Ce n'est en aucun cas un frein à leur prise en charge. » (M1)

« Pas pour des raisons de lien familial. » (M14)

« Je ne vois pas pourquoi je refuserai de les prendre en charge. » (M9)

Figure 2 : Récapitulatif des résultats qualitatifs concernant le vécu de la consultation de famille de confrères :



2) Les attentes de la famille du confrère

Beaucoup de médecins interviewés ont ressenti que les patients appartenant à la famille de confrère avaient plus d'attentes que d'autres patients. Ces attentes prédominaient dans trois domaines : la disponibilité de leur médecin, les informations et le discours de leur médecin, et enfin les prescriptions.

A) La disponibilité de leur médecin

Pour certains de nos acteurs de l'enquête, la famille de médecin avait souvent plus d'attentes concernant la disponibilité de leur médecin soignant.

Une meilleure disponibilité attendue :

« Ils vont penser qu'on est peut-être plus proche et que je vais être plus sympa, plus disponible. » (M9)

« Ces patients proches de confrère, surtout la patiente femme du chirurgien a des attentes sur mes disponibilités, dès qu'elle a un souci il faut que je la voie dans la journée. » (M13)

« Le fait que le travail était enclenché par quelqu'un d'autre, forcément, il y a plus d'attente de réponses plus rapides par rapport aux autres patients. » (M3)

« Ils ont l'impression qu'on va être plus proche parce qu'ils ont un parent médecin et puis voilà alors qu'en fait pas du tout. » (M9)

B) Les informations et discours de leur médecin

Le ressenti de certains médecins interrogés concernant ce point était que les patients membres de la famille d'un confrère étaient plus demandeurs d'informations, posaient plus de questions car ils avaient souvent reçu plus d'informations de la part du confrère, cela entrainait des discussions plus longues et approfondies.

Plus d'informations attendues, plus de questions :

« Ils ont toujours une multitude de questions. » (M13)

« De base j'ai beaucoup de patients qui veulent comprendre ce qu'il se passe et qui sont donc demandeurs d'informations, […] mais ceux qui ont un médecin dans leur famille le sont encore plus je trouve, ils sont très en demande. » (M11)

« Il y a plus d'informations à donner. » (M6)

« La famille avait des attentes plus poussées par rapport à un patient ou famille de patient qui n'a pas de connaissances médicales. » (M1)

C) *Les prescriptions de leur médecin*

a) Les demandes de prescription

Concernant ce point les ressentis des médecins interrogés étaient partagés, pour une partie d'entre eux les patients qui ont de la famille médecin semblaient demander plus de prescriptions ou le suggérait fortement en précisant que le confrère l'avait demandé.

Cependant beaucoup de médecins de notre enquête n'avaient pas cette impression de demande supplémentaire de prescriptions, en précisant même que souvent chez ces patients les prescriptions étaient plus cohérentes et raisonnées.

Plus de demandes de prescriptions :

« Les femmes de médecins c'est plus compliqué « vous comprenez Docteur, mon mari est ou a été gastro-entérologue, ou dermatologue … vous comprenez donc je dois et j'exige. » » (M11)

« Ils sont beaucoup plus inquiets et beaucoup plus à pousser dans les examens paracliniques. » (M13)

Pas plus dans l'attente ou demande de prescription :

« Non clairement pas, ils sont plus chronophages ils demandent pas plus de prescriptions. » (M11)

« Peut-être même qu'on va se retrouver avec des prescriptions plus cohérentes avec ce type de patients des fois … moins de demande parce que si on tient déjà le même discours avec le confrère de la famille du patient et bah ils sont déjà rassurés et ça n'engage pas plus de prescription. » (M12)

b) Le respect des prescriptions de leur médecin

A l'unanimité, les médecins de l'étude ont tous répondu que leurs prescriptions étaient respectées avec ce type de patient, ils n'avaient pas eu connaissance de discussions de leurs prescriptions entre le patient et le membre de sa famille médecin.

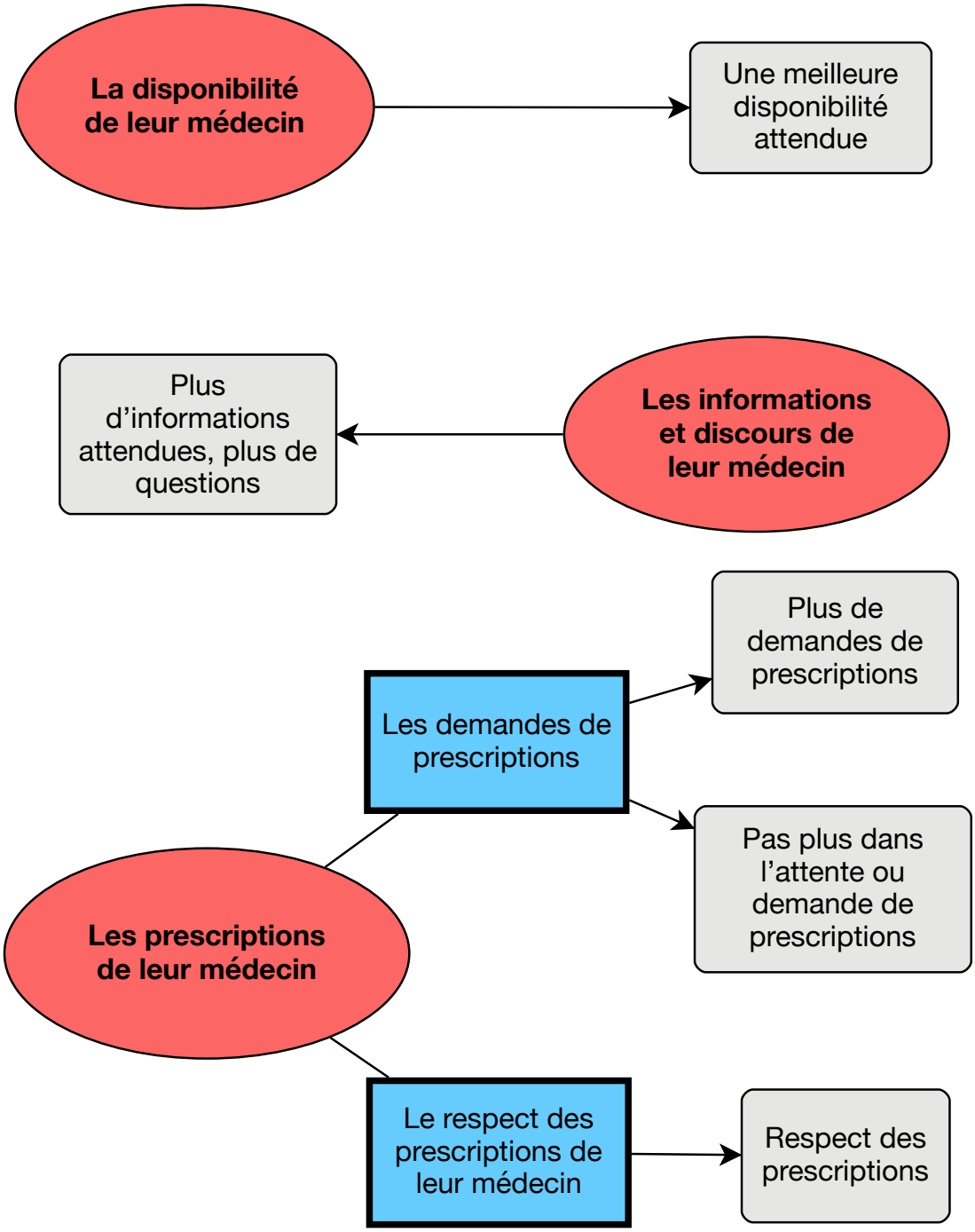
Deux médecins nous ont parlé d'un manque de respect de leurs prescriptions mais les patients en question étaient mal-observants comme peuvent l'être d'autres patients.

Respect des prescriptions :

« Je n'ai jamais eu de problème avec mes prescriptions. » (M5)

« La famille de confrère en général non ils respectent. » (M12)

Figure 3 : Récapitulatif des résultats qualitatifs concernant les attentes de la famille de confrères :



3) Les médecins interviennent-ils dans les soins de leur famille ?

A) Les médecins qui soignent leur famille

Un certain nombre de médecins interrogés nous ont avoué intervenir dans les soins de leur propre famille (26 références encodées sur les 43 références portant sur le thème « soigner sa famille »).

a) Circonstances de suivi

Concernant les médecins qui interviennent dans les soins de leur famille, ils le faisaient essentiellement dans le cadre de l'urgence ou pour dépanner le membre de leur famille, leur idée principale restait d'intervenir le moins possible dans les soins de leur famille et de les pousser à s'orienter vers leur médecin traitant pour régler leurs problèmes de santé.

D'autres (10 références encodées sur les 26 qui traitent de l'intervention des médecins dans les soins de leur famille) nous ont déclaré soigner régulièrement leur famille dans le cadre de leur suivi médical, en étant leur médecin traitant déclaré.

Dans l'urgence :

« Ça a dû m'arriver d'intervenir pour mes parents mais sur des situations aigues … en vacances ou autre. » (M12)

« Dans l'urgence ou pour dépanner mes parents oui mais sinon je ne gère pas du tout. » (M4)

Le moins possible :

« J'essaie de les conseiller le moins possible parce que je trouve que ce n'est pas très sain de le faire. » (M3)

« De le conseiller, pas spécialement mais plutôt s'il y a quelque chose de grave là je l'accompagne. » (M7)

Suivi régulier :

« Alors très bonne question, mon frère c'est moi son médecin traitant […] il a insisté pour que je le suive et je le fais … » (M12)

« Oui, je suis le médecin traitant de ma femme et de mes enfants mais le gros avantage que j'ai, si je me sens trop impliqué je peux déléguer à mes confrères. » (M14)

b) L'influence sur le confrère

Dans le cas où les médecins suivaient, même en partie, des membres de leur famille sans en être le médecin déclaré, nous leur avons demandé s'ils pensaient avoir de l'influence sur la consultation de leur proche avec leur médecin traitant.

Une partie des médecins interrogés (10 références encodées sur 15 portants sur le thème « influence sur le confrère ») ne pensaient pas avoir d'influence sur la consultation de leur proche avec le confrère.

A l'inverse, certains (5 références sur 15) pensaient qu'ils pouvaient influencer la consultation avec les informations ou conseils qu'ils avaient pu donner à leurs proches.

Pas d'influence sur le confrère :

« Absolument pas. Parfois, on m'informe de certaines situations mais je n'interviens et n'interfère absolument pas dans la prise en charge. » (M2)

« C'est plutôt aussi de la validation dans les démarches de soins sans influencer. » (M8)

Influence sur le confrère :

(Pensez-vous influencer ses consultations ?) « Je pense que oui, la consultation ne doit pas être la même. » (M13)

« Alors ce ne sera jamais un sujet abordé directement par moi, mais s'il me demande ou si … effectivement là c'est le cas. Donc oui je pense que ça peut influencer la consultation du médecin qu'il va voir. » (M15)

B) Les médecins ne soignent pas leur famille

Quelques médecins nous ont déclaré ne pas intervenir dans les soins de leur famille, pour des raisons de distance géographique et souvent une volonté de ne pas intervenir dans les soins de leur propre famille.

Ne soignent pas leur famille :

« Non non je veux surtout pas m'occuper de ma famille. » (M9)

« J'ai refusé, enfin mes parents sont très au fait, ils ne veulent pas m'embêter avec le boulot, je suis leur fils et pas leur médecin, donc c'est leur médecin traitant qui gère leurs problèmes de santé. » (M11)

4) Les conseils pour soigner de la famille de confrères

Les médecins interrogés ont conseillé de surtout dialoguer, de communiquer en cas de problème ou difficultés dans ces situations. Le dialogue concernait le confrère faisant partie de la famille du patient, mais aussi les associés du médecin en difficulté.

Préciser ou redéfinir le rôle de chacun avec le patient et le confrère était un conseil souvent évoqué.

Le fait de rester soi-même, et de ne pas changer sa façon de faire était également prépondérant.

Enfin, certains médecins précisaient que de rester le plus près possible des recommandations permettait d'être moins « reprochable » et permettait de justifier les prises en charge en cas de difficultés voire de conflit avec un confrère de la famille du patient.

Dialoguer :

« On pourrait proposer que le confrère vienne en consultation pour échanger, pour qu'il y ait un dialogue. » (M3)

« L'essentiel c'est de communiquer, de reprendre le dialogue, avec le confrère et de remettre les choses au clair. » (M6)

Préciser le rôle de chacun :

« Je lui ai dit « écoutez vous êtes la fille de cette patiente et vous êtes aussi médecin … donc aucun problème vous êtes médecin donc je m'adresse au médecin et pas à la fille … si ma prise en charge ne vous convient pas je comprends complètement mais je ne m'occupe plus de votre maman, c'est vous qui gérez, et ne me demandez pas d'avis ça sert à rien ». » (M11)

« Savoir lui dire : « écoutez il faut savoir qui est votre médecin traitant ». » (M2)

Rester soi-même :

« Rester le plus neutre possible et faire abstraction du médecin. » (M3)

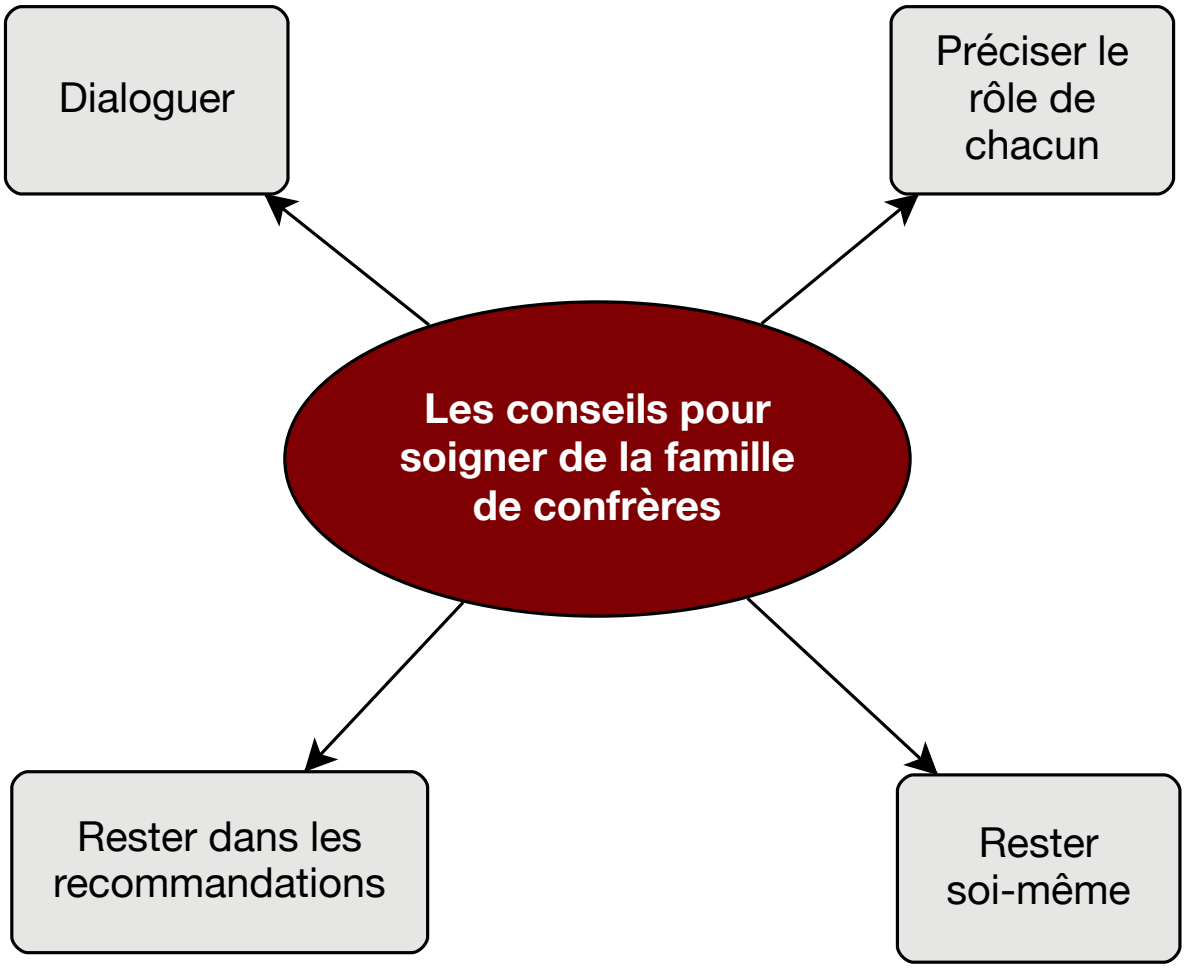
« Je pense qu'il faut essayer de soigner la famille de confrères comme on soignerait un patient normal c'est surtout le conseil que je donnerais. » (M12)

Rester dans les recommandations :

« Après maintenant il y a plein de sites spécialisés, de collèges, et donc de se dire de vraiment rester dans les recommandations et puis c'est tout. » (M10)

« Il faut donc rester très pro dans les recommandations. » (M7)

Figure 4 : Récapitulatif des résultats qualitatifs concernant les conseils pour soigner de la famille de confrères :



DISCUSSION

L'objectif principal était d'identifier d'éventuelles difficultés rencontrées par des médecins généralistes soignant la famille de confrères. L'objectif secondaire était de rechercher des pistes d'amélioration dans ces situations et de diffuser les conseils recueillis au cours de l'étude ; notre recherche a permis de retrouver plusieurs axes que nous allons développer.

1/ Les principaux résultats

Cette étude sur le vécu et le ressenti des médecins généralistes qui soignent de la famille de confrère a permis de mettre en avant certains points.

En général, il n'y avait pas de modification ou d'influence de ces situations sur leur façon de mener leurs consultations, même si celles-ci paraissaient souvent plus longues et chronophages. En effet, ce type de patient requérait souvent plus d'informations et d'explications en ayant plus de connaissances médicales par le biais de leur proche-médecin. Le discours du médecin soignant pouvait être alors plus élaboré qu'avec d'autres patients.

Concernant le vécu des médecins généralistes pour ces consultations, elles ont été ressenties la plupart du temps comme plus difficiles, avec un sentiment d'être analysé ou d'être consulté en deuxième avis.

Malgré cela, la relation médecin-malade semblait très peu modifiée, peut-être plutôt renforcée.

Le nombre d'années d'expérience professionnelle permettait de diminuer ce sentiment de difficultés.

Les médecins interrogés ont ressenti des attentes supplémentaires de ces patients appartenant à la famille de confrères, notamment en termes de disponibilité de leur médecin, d'informations et parfois de prescriptions. L'observance des prescriptions semblait respectée.

Les médecins de l'étude nous ont déclaré intervenir eux-mêmes dans les soins de leur famille, souvent dans le cadre de l'urgence ou « pour dépanner » ; d'autres suivaient au long cours les membres de leur famille en tant que médecin traitant.

Les médecins intervenant dans les soins de leur famille sans en être le médecin référent ne pensaient généralement pas influencer la consultation de leur proche avec leur médecin traitant.

Enfin, si des médecins présentaient des difficultés dans ce type de situation, les conseils qui ont pu être recueillis au cours des entretiens étaient de dialoguer avec le confrère, avec le patient ou encore avec des collègues, de redéfinir les rôles de chacun pour une relation de soins plus saine, et surtout de rester soi-même en considérant la situation comme habituelle ou sans particularité.

2/ Discussion des principaux résultats

1) Vécu des médecins soignants

Certains médecins nous ont déclaré se mettre une pression supplémentaire dans ce type de situation, cette sensation est cependant tout à fait subjective et propre à leur personnalité. On peut penser que cette peur de ne rien oublier ou ce manque d'aisance peut se présenter tous les jours dans de multiples autres situations en médecine générale. Ces sensations ne sont donc pas du tout inhérentes au fait de soigner de la famille de confrères.

Le ressenti des médecins de notre étude était que les consultations dans ces situations semblaient plus longues et chronophages. Mais à l'inverse on peut imaginer que le fait de voir un patient ayant reçu une bonne orientation diagnostique par le confrère faisant parti de sa famille peut être un gain de temps (pour le médecin-soignant, et pour le patient qui a déjà passé ses examens complémentaires par exemple, sans devoir attendre de revoir son médecin traitant pour faire le point avec les résultats). Seulement une minorité des médecins interrogés nous ont évoqué cet aspect facilitant, peut-être par manque de puissance de notre échantillon.

Nos médecins de l'étude ont décrit ces situations comme plus « difficiles », cependant nous sommes forcés de constater qu'ils interviennent également pour certains d'entre eux dans les soins de leurs propres familles. Leur ressenti et jugement de ces situations peut alors paraitre équivoque.

Enfin, les généralistes interviewés n'avaient pas le sentiment de se rendre plus disponible pour ce type de patients. La démographie médicale de Haute Normandie étant pauvre (au 17ème rang des 22 régions pour la densité de médecins généralistes)(26), il semble difficile de se rendre plus disponible que pour n'importe quel autre patient.

2) Les attentes des patients

Il a semblé aux médecins interrogés que les patients faisant partie de la famille de confrères avaient plus d'attentes sur les informations à donner et posaient plus de questions. Cependant, les connaissances médicales des patients se sont fortement développées avec un accès accru à des sources d'informations (Internet, blog de malades, émissions télévisées de santé …)(27–29). La question d'attentes supplémentaires des patients en termes d'informations et de réponses à leur problème se pose donc maintenant pour l'ensemble de la patientèle d'un médecin.

Concernant le respect des prescriptions par les patients, les médecins interrogés avaient l'impression que celles-ci étaient respectées dans l'ensemble. Cependant nous n'avons pas interrogé directement les patients, le fait que ces derniers aient pu discuter des prescriptions de leur médecin traitant avec le confère faisant partie de la famille n'a pas été exploré. Une étude complémentaire explorant le point de vu des patients dans ces situations pourrait être intéressante.

3) Les conseils en cas de difficultés

L'objectif secondaire de l'étude était d'identifier des pistes d'amélioration et des conseils issus de l'expérience de médecins qui auraient rencontré des difficultés. Parmi ces conseils, le dialogue avec des collègues est particulièrement représenté dans notre étude, cependant notre échantillon regroupe trop peu de médecins généralistes exerçant seuls et qui ont peut-être moins l'opportunité de partager leurs

difficultés avec des confrères. Leurs points de vue est donc moins représenté, ce qui a pu créer un biais d'interprétation.

D'autre part, le fait de redéfinir les rôles avec le patient et le confrère semble être un bon conseil, mais au final le patient reste libre de consulter un autre praticien pour avis que celui-ci soit de sa famille ou non, et « le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin ».(8)

3/ Comparaison avec la littérature

Dans cette partie, notre recherche bibliographique sur le sujet « soigner la famille de médecin » étant pauvre, nous avons essayé de comparer nos résultats avec les principaux résultats des études portant sur les thèmes « soigner sa famille » et « soigner des médecins », puisque finalement le fait de soigner la famille de confrère pouvait regrouper les particularités de chacune de ces deux situations.

En effet, cette intrication entre le fait de soigner sa famille, soigner ses confrères et soigner la famille de confrère questionne les médecins depuis toujours. Au Vème siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate dans son serment évoquait en premier point ses obligations qu'il devrait tenir envers ses pairs et leur famille, et envers sa propre famille : il était clair pour lui qu'il devrait considérer son maître en l'art de la médecine à l'égal de ses parents, et considérer la descendance de son maître à l'égal de ses frères (30).

Seul le travail du Dr Arsicaud (22) se rapproche de notre étude. Il recherchait les particularités des consultations d'enfants de médecins du point de vue des généralistes et des pédiatres. Une comparaison avec les résultats de son étude nous a donc semblé particulièrement pertinente.

Dans cette partie, nous avons comparé avec les données de la littérature six points essentiels de nos résultats : le déroulement des consultations ; le vécu de ces consultations par les médecins soignants ; les attentes des patients ; soigner sa propre famille ; les spécialités médicales évoquées ; et enfin les conseils des professionnels dans ces situations.

1) Comparaison avec le déroulement des consultations

Concernant le déroulement des consultations, nos résultats semblent en accord avec les résultats du Dr Arsicaud. Les médecins interrogés dans son étude réalisaient des consultations d'enfants de médecins de la même manière que les autres patients, même si certains médecins semblaient faire une anamnèse et un examen physique plus complet (22). De même pour l'aspect plus chronophage des consultations, dans le travail du Dr Plagnard, certains médecins interrogés avaient ressenti des consultations plus longues à soigner des confrères (16), ou devaient prendre plus de temps pour expliquer le diagnostic et la prise en charge en soignant les enfants de confrères (22).

Dans plusieurs articles et travaux de thèses, les sentiments de faire plus attention ou de se mettre une pression supplémentaire par peur de ne rien oublier ont été également évoqués par les médecins soignant des confrères (16–18,20,31), ou soignant des enfants de médecins (22). En effet, dans un article paru en 2008 dans le *British Journal of General Practice,* une revue de la littérature sur le fait de soigner des médecins retrouvait une peur de jugement du confrère chez le médecin-soignant (17). Cette notion de jugement était aussi retrouvée dans l'étude norvégienne de Tyssen Reidar qui analysait la relation médecin-malade quand le patient est médecin (20).

Sur le fait d'avoir le sentiment d'être en deuxième avis, nos médecins interrogés l'ont souvent évoqué. Pour cause, cette situation semble fréquente : dans leurs travaux de thèse, les Drs Cousin (4) et Cottereau (32) retrouvaient qu'une majorité de médecins soignant leur famille sans en être le médecin traitant déclaré avait déjà demandé un avis spécialisé pour le membre de leur famille. Ce dernier allait alors consulter son médecin traitant en ayant déjà l'avis d'un autre spécialiste, dans une situation de deuxième avis.

Concernant le discours utilisé dans le cadre de consultations d'enfants de médecins, dans l'enquête du Dr Arsicaud il ne semblait pas forcément plus élaboré comme nous avons pu le percevoir dans notre étude, mais devait être plus adapté

puisqu'il pouvait être difficile de cerner les attentes des parents-médecins en termes d'informations à donner (22).

Si les thèses des Drs Plagnard et Bauguion retrouvaient comme nous une tendance à prescrire plus rapidement des examens complémentaires ou des avis spécialisés (dans le cas de soigner des confrères, pour leurs travaux)(16,18), le Dr Arsicaud n'avait pas ces résultats. D'après elle, les prescriptions d'examens complémentaires ou thérapeutiques pour les enfants de confrères pouvaient être différées car les connaissances médicales des parents le permettaient (22).

Souvent nos médecins interrogés pouvaient être mal à l'aise sur la question de faire régler la famille de confrères, c'est un élément qui se présentait aussi pour les soins apportés à des confrères (18). D'autre part, de la même manière que certains de nos médecins interviewés l'ont évoqué, l'étude de Tyssen Reidar aborde le fait que les médecins malades devraient régler leur consultation comme les autres patients pour se rapprocher d'une relation médecin-malade « standard » (20).

Enfin, si dans notre étude les médecins interrogés ne pensaient pas se rendre plus disponibles pour des patients membres de la famille de confrères, les résultats du Dr Arsicaud retrouvaient parfois une plus grande disponibilité des médecins soignants pour les enfants de médecins, leur créant ainsi des traitements de faveur (22).

2) Comparaison avec le vécu des consultations

Dans notre étude, pour certains médecins interrogés, soigner de la famille de confrères leur semblait plus difficile qu'avec d'autres patients. Ces difficultés ont également été retrouvées dans l'étude américaine de Stuart et Schneck réalisée en 1998. Elle étudiait les difficultés à soigner des médecins et leurs proches et évoquait parfois une intrusion des médecins membres de la famille du patient sans qu'ils soient le médecin traitant, avec l'obtention de « passes droits » dans la prise en charge de leurs proches (33).

De même, les difficultés ressenties par nos médecins se sont retrouvées dans les travaux de thèse des Drs Cart et Cornec-Lasserre où une majorité de leurs médecins interviewés éprouvait des difficultés à suivre leurs proches. Dans ces

difficultés elles mettaient notamment en avant le fait d'être en désaccord avec un confrère (pour les médecins soignant leurs proches sans en être le médecin traitant). Les relations avec le confrère ne paraissaient pas toujours aisées (5,15).

D'autre part certains de nos médecins nous ont évoqué parfois des doutes qui s'installent dans la prise en charge du patient quand un médecin membre de la famille intervient en parallèle du médecin traitant, ne sachant plus ce qui a été prescrit ou non. Ces notions de doutes, de dilution des responsabilités et de risque de doublon dans les examens complémentaires étaient évoqués par le *College of Physicians and Surgeons of Ontario* au Canada en 2001. Ce dernier analysait les médecins se soignant eux-mêmes et leurs familles afin d'établir des règles et conseils de bonne pratique dans ces situations (34).

Enfin, si nos médecins interrogés avaient le sentiment que la relation médecin-patient n'était pas altérée lorsque le patient avait un médecin dans sa famille, le travail du Dr Cornec-Lasserre va aussi dans ce sens. En effet, une majorité des médecins qui intervenaient dans les soins de leurs proches restait attachée à ce que la relation de confiance soit préservée entre le patient et son médecin traitant (15). Il était aussi conseillé pour un praticien, s'il intervenait dans les soins de sa famille sans en être le référent, de s'assurer que le membre de sa famille informe le médecin traitant des soins reçus (34). A l'inverse, dans l'article australien étudiant la relation médecin-malade lorsque le patient est médecin, il semble difficile pour ce dernier d'établir une relation de confiance avec le médecin-soignant, rendant la relation fragilisée dans ces situations (21).

3) Comparaison avec les attentes des patients

Contrairement à notre étude où les patients semblaient attendre une meilleure disponibilité de leur médecin du fait d'avoir un confrère dans leur famille, les parents-médecins n'attendaient pas plus de disponibilité de leur généraliste ou pédiatre lorsqu'il s'agissait de la santé de leurs enfants dans le travail du Dr Arsicaud. Ils prenaient rendez-vous, attendaient en salle d'attente et consultaient pour les mêmes motifs que les autres patients (22).

De la même manière que les patients membres de la famille d'un confrère avaient des connaissances médicales accrues grâce au confrère, de nombreux

articles et travaux de thèses retrouvent ces connaissances approfondies chez les médecins-malades, ce qui engendre des patients plus exigeants en termes d'informations et d'explications à donner, ils posent plus de questions que les autres patients, et les consultations en deviennent plus difficiles (16,18,33,35,36).

Cependant contrairement à nos résultats, le Dr Arsicaud ne retrouvait pas plus d'exigence de la part des parents-médecins lorsqu'ils amenaient leur enfant en consultation (22).

Par ailleurs, elle retrouvait également une impression de respect des prescriptions des médecins interrogés, les parents-médecins ne semblaient pas discuter les prescriptions (22).

4) Comparaison avec le fait de soigner sa propre famille

Certains médecins de notre étude nous ont confié intervenir dans les soins de leur famille même sans être le médecin traitant déclaré. Ces résultats concordent avec les autres travaux de recherche, où les interventions surviennent essentiellement dans le cadre de l'urgence ou du dépannage (9,22).

Les médecins assurant un suivi régulier de leurs proches nous ont également évoqué une parenthèse du suivi dans les domaines relevant de l'intime comme la gynécologie, la psychiatrie pour des raisons logiques de pudeur et de situations pouvant être à caractères incestueux. Ces résultats étaient retrouvés dans les travaux des Drs Charbonnier, Benth et Peltz-Aïm (1,9,10).

D'autre part, dans les travaux de recherche français des Drs Garand (14) et Cornec-Lasserre (15) ou encore dans une étude américaine du *New England Journal of Medicine* de 1991 (37), il semble que le fait de soigner ses proches soit plus pratiqué par des médecins âgés. C'est la tendance que nous avons constaté dans notre étude (le médecin M3 âgé de 25-30 ans et le médecin M11 de 30-35 ans ont été les deux médecins à nous répondre formellement « non » au fait d'intervenir dans les soins de leur famille).

Nos médecins intervenant dans les soins de leurs proches ne pensaient pas influencer le confrère consulté par le proche. Le ressenti des enfants de médecins qui étaient amenés à consulter un autre médecin que leurs parents avaient

également cette impression : ils ne pensaient pas que leurs parents-médecins venaient interférer dans la prise en charge du médecin tiers consulté (1). Cependant certains proches-médecins reconnaissent qu'ils peuvent venir interférer dans les relations de soins de leur proche avec un médecin tiers (38) mais aussi qu'ils ne respectent pas toujours les prescriptions des médecins sollicités (10).

5) Comparaison de la population étudiée

La spécialité du confrère la plus fréquemment évoquée dans notre étude est la médecine générale (Cf. Graphique 3). On retrouve cette tendance dans les études américaines de La Puma et al et Reagan et al, les médecins généralistes sont les médecins les plus sollicités par leurs proches (37,39).

6) Comparaison des conseils donnés par les médecins

Le dialogue avec le confrère proche du patient était souvent cité par nos médecins interrogés. Dans le travail du Dr Cornec-Lasserre une majorité des praticiens intervenant dans les soins de leur famille sans en être le médecin traitant semblait vouloir aussi préserver ce contact avec le médecin référent de leur proche, dans un esprit confraternel (15).

Que ce soient des difficultés rencontrées en soignant des médecins, en soignant sa propre famille, ou encore dans notre étude en soignant de la famille de médecins, le conseil et l'intérêt de répartir les rôles est récurrent. Il semble nécessaire de définir d'emblée le rôle de chacun (15,16,18,21,34). Les patients choisissant un proche comme médecin évoquaient un « contrat de soins » entre les deux protagonistes, à mettre en place dès le début de la prise en charge, établis après une réflexion mutuelle sur les limites et les pièges d'une telle situation (40). On peut conseiller les médecins prenant en charge la famille de confrères d'établir ce type de contrat avec le patient ou/et avec le confrère pour cadrer le suivi médical.

D'autre part, on peut rappeler le rôle consultatif du Conseil National de l'Ordre de Médecins (CNOM) qui présente dans ses missions un rôle de conseil juridique en cas de conflit entre un médecin et son patient ou entre confrères (41).

Enfin, les résultats du Dr Arsicaud conseillaient de rester soi-même et de faire comme si le patient n'était pas un proche de médecin (22), ce que nos acteurs de recherche recommandaient.

4/ Discussion de la méthode

1) Forces de l'étude

En France, très peu de travaux de recherche traitent de ce sujet ce qui rend notre objet d'étude original et judicieux.

Concernant le choix du type d'étude, l'étude qualitative est la méthode qui permet d'appréhender au mieux notre sujet et le ressenti des médecins interrogés.

En effet, l'étude qualitative par analyse de discours est, lors de l'analyse des aspects relationnels des soins, le type d'étude le plus adapté en permettant l'étude de facteurs observés lorsque ces derniers sont difficiles à mesurer de manière objective. (42)

Le choix des entretiens individuels semi-dirigés est particulièrement propice à l'abord de sujets délicats. (42) Les entretiens de groupe n'étaient pas envisageables pour des questions de secret professionnel et d'anonymat. De plus, la question de recherche pouvait amener des avis différents pouvant gêner les acteurs de l'étude en cas d'entretiens de groupe et entrainer des biais de recueil de données.

Malgré un recrutement non orienté, l'échantillon de notre étude grâce à de larges critères d'inclusions présente une bonne diversification des acteurs en termes de genre, d'âge et d'ancienneté.

Pour assurer une validité externe acceptable, avec les 15 entretiens nous avons atteint la saturation théorique des données mettant fin au recueil de données, lorsque la lecture du matériel de recherche n'apportait plus d'éléments nouveaux (42,43).

La triangulation des données a été établie grâce à l'analyse des verbatims par un autre chercheur, permettant de renforcer la validité interne de l'étude.

En se basant sur la grille COnsolitade criteria for REporting Qualitative research (COREQ)(44) qui regroupe 32 critères de qualité de la recherche qualitative, nous avons respecté 27 items sur les 32. Les critères manquants concernent des situations qui ne se sont pas présentées au cours de notre étude.

2) Limites de l'étude

Notre étude se concentre sur les médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure. L'échantillon, se composant de 15 médecins, est donc peu étendu sur le territoire national. Pour cette raison on ne peut extrapoler les résultats à l'échelle nationale.

De plus, notre recrutement de médecins a finalement été peu dirigé (par manque de disponibilité des médecins et peu de participants motivés par l'étude, ou par manque de cas traitant du sujet), seuls les médecins volontaires répondants aux critères d'inclusions ont constitué l'échantillon. Ceci explique que le milieu semi rural soit fortement représenté, l'exercice de groupe également (cabinet de groupe ou maison de santé pluri-professionnelle), créant ainsi un biais de sélection.

Il existe probablement un biais de subjectivité, les réponses des médecins interrogés ayant pu être involontairement orientées par l'enquêteur à travers des questions de relances qui pouvaient compléter les questions ouvertes du guide d'entretien.

De même, un biais d'interprétation est possible dans le sens où certaines réponses aux questions ouvertes ne sont parfois pas très claires, le sens donné par l'investigateur de l'étude à ces réponses peut alors être erroné.

D'autre part, les situations évoquées par les médecins de l'étude pouvaient être plus ou moins anciennes, pouvant entrainer un biais de mémorisation.

Enfin concernant la bibliographie, elle constitue une faiblesse de l'étude puisqu'elle ne comporte pas d'articles traitant directement du sujet. Malgré une recherche approfondie avec une bibliothécaire de la faculté, nos recherches retrouvaient des articles sur les thèmes « soigner sa famille » ou « soigner les médecins » sans références sur « soigner la famille de médecins ».

5/ Bilan et perspectives

Ce travail nous a permis de constater que soigner la famille de médecins n'était pas toujours aisé. Les informations relevées auprès de nos interviewés ont mise en avant des problématiques touchant l'exercice médical, la relation médecin-patient, les aspects communicationnels de la prise en charge médicale, l'esprit confraternel entre professionnels de santé, et enfin les particularités et parfois difficultés des liens familiaux lorsque la sphère professionnelle intervient. L'objectif secondaire de notre étude était de rechercher des pistes d'amélioration et de réfléchir à des solutions pour ces problématiques soulevées. Nous allons essayer d'y répondre dans cette partie.

1) Les points à explorer

Notre recherche était une étude qualitative. Par définition elle a permis de recueillir des idées, des points de vue de médecins généralistes soignant la famille de confrères. Pour compléter notre travail, il serait intéressant de recueillir le ressenti des patients apparentés à un médecin dans ces situations de consultations auprès d'un autre soignant.

De même, le point de vue des confrères apparentés aux patients n'a pas été notre objet d'étude. Bien qu'une partie de nos questions portait sur l'influence que nos médecins pouvaient avoir sur le confrère-tiers consulté par leur famille lorsqu'ils intervenaient dans les soins de leur propre famille, il serait judicieux d'explorer de manière plus approfondie cet aspect.

D'autre part, nous avons remarqué que d'autres spécialités pouvaient être particulièrement sujettes à ces situations de soigner la famille de confrères. Les pédiatres peuvent être amenés à soigner des enfants de médecins, c'est le travail qui a été réalisé par le Dr Arsicaud (22). Les gériatres semblent aussi particulièrement exposés au fait de soigner des parents de médecins puisque le lien de parenté du confrère avec le patient le plus représenté dans notre étude était « fils ou fille du patient » (cf. Graphique 2 : Lien de parenté du confrère avec le patient).

Une étude complémentaire sur le ressenti des gériatres pourrait donc être envisagée.

Par ailleurs, notre étude ne peut que regrouper des idées. Une recherche quantitative sur un échantillon plus large pourrait venir compléter notre travail pour définir la fréquence de ces situations, le nombre de cas par médecins, de comparer les durées de consultations dans ces situations qui semblent plus longues que pour les autres patients, et de voir si certaines idées recueillies ici sont plus ou moins représentées.

Enfin, une étude comparative avec le fait de soigner la famille de professionnels paramédicaux pourrait être intéressante puisqu'un certain nombre de nos médecins interrogés l'a souvent abordé, évoquant parfois des difficultés avec cette population.

2) Améliorer la formation à ces situations

L'absence de formation s'appliquant spécifiquement à ces situations a été relevée dans de nombreuses études (16,18,45) y compris la nôtre. La mise en pratique d'une telle formation ne semble pas évidente puisque la diversité des difficultés rencontrées résulte de la complexité des différentes situations (46). Beaucoup de nos médecins ont évoqué cette difficulté à mettre en place une formation qui relève du cas par cas.

Cependant, dans son étude, Tyssen Reidar suggère qu'au vue des connaissances des problèmes rencontrés lorsque l'on soigne un confrère, ces difficultés devraient être abordées dans les études médicales. En Norvège, le Département des Sciences du comportement médical de l'université d'Oslo prévoit un séminaire de fin d'étude pour les étudiants en médecine portant sur les problèmes de santé et les comportements des médecins malades ainsi que sur la façon de soigner un confrère malade (20). A ce séminaire pourrait s'ajouter une partie sur le fait de soigner la famille de confrères.

Certains médecins interrogés évoquaient une modification de leur discours face à ces patients apparentés à un confrère. Les techniques de communication sont

abordées au cours des études médicales. Bien que les systèmes universitaires tentent d'améliorer les enseignements dans ce domaine, il apparait que les programmes de formation des médecins n'ont pas encore permis d'atteindre le niveau souhaité de compétences en communication médicale et qu'il existe encore d'importantes lacunes (47,48). Il faudrait que ces compétences soient plus développées et travaillées régulièrement dans le cadre d'un cursus longitudinal et intégré à la formation (47), enseignées par un comité interdisciplinaire adapté regroupant des enseignants des sciences humaines (psychologie, sociologie, culture) (49), suivi de remises à niveau dans le cadre de la Formation Médicale Continue (FMC). La standardisation des ECOS (Examens Cliniques Objectifs et Structurés) sur l'ensemble des universités y travail déjà (49). La simulation médicale haute-fidélité s'est développée dans le cadre de la formation des étudiants en médecine et espèrent s'intégrer à la FMC en médecine générale (49,50). Cet outil pourrait être utilisé pour identifier les difficultés relationnelles, d'expression verbale et non-verbale dans ces situations de soigner la famille de confrère. Ces simulations peuvent être filmées et la mise à profit de ces enregistrements vidéo pourrait être de comparer l'attitude des médecins face un patient lambda versus un patient apparenté à un confrère, et de s'en servir pour l'enseignement.

D'autre part, le manque d'aisance dans ces situations semblait s'atténuer avec le nombre d'année d'expérience des médecins. On peut imaginer qu'accentuer le partage des expériences des médecins plus aguerris auprès des plus jeunes via des groupes de pairs par exemple pourrait aider certains praticiens en difficultés, dans le cadre d'un système de compagnonnage.

3) Changer les mœurs

Auparavant il semblait légitime d'apporter les soins aux membres de sa famille et de les suivre en tant que médecin d'un point de vue déontologique. Ces pratiques apparaissent moins adaptées pour les plus jeunes praticiens (32) vues les difficultés inhérentes à ces prises en charge (perte d'objectivité, suivi non formel, poids des responsabilités) (1,9,10). Comme dans notre étude, la tendance actuelle est de se mettre en retrait concernant les soins de sa propre famille et d'inciter ces derniers à prendre un médecin traitant indépendant, de même pour les praticiens qui se soignent eux-mêmes (17,20,21,32,51). Il existe même des techniques de

communication pouvant aider à refuser des demandes de soins par des proches tout en préservant la qualité de la relation familiale (10) : être clair dès le début face aux sollicitations de ses proches, les refuser clairement s'il se présente des inquiétudes à ce sujet (52,53). S'il semble difficile de refuser des soins dans l'urgence ou le « dépannage », il peut être précisé aux proches le caractère exceptionnel de la prescription en attendant l'avis d'un autre médecin pouvant assumer les soins (54). Par ailleurs, le proche-médecin face aux sollicitations de sa famille peut se proposer comme accompagnateur sans se substituer au médecin traitant (53).

Ces changements de mœurs devraient diminuer le nombre de médecins intervenant dans les soins de leur famille et de facto limiter les difficultés rencontrées par les soignants de famille de confrères. Il faudrait dans ce sens sensibiliser les familles de médecins aux difficultés qu'éprouvent ces derniers à les soigner, par une lettre d'information du CNOM par exemple, de façon à limiter leurs sollicitations.

CONCLUSION

Notre étude sur le ressenti des généralistes soignant la famille de confrères a mis en évidence un vécu différent de ces consultations par rapport aux autres patients.

Ces situations semblaient dans l'ensemble plus difficiles, plus chronophages, requéraient une attention particulière des médecins interrogés en termes d'informations à donner, de peur d'être ensuite analysé par le confrère apparenté ou/et le patient souvent déjà informé par ce dernier. Par ailleurs, les patients appartenant à la famille de confrères leur semblaient plus exigeants en termes de disponibilité, d'informations voire de prescriptions médicales.

Les difficultés de ces situations pouvaient induire un manque d'aisance des médecins soignants que seul l'expérience professionnelle semblait corriger, un manque de formation spécifique dans ce domaine était ressenti par certains de nos médecins interviewés.

La sensibilisation des étudiants en médecine aux sujets de soigner ses proches, soigner les médecins et plus largement soigner la famille de confrères nous semble importante et doit être débutée précocement dans le cursus des études médicales. Les externes et internes en médecine devraient être informés des difficultés et des pièges que peuvent présenter les soins auprès de proches afin de développer leur opinion libre et éclairé sur le sujet et l'intégrer à leur formation.

L'intégration de cas traitant du sujet soigner la famille de confrères dans les jeux de rôles, appréciés par les étudiants au cours des enseignements nous parait à l'avenir un point essentiel à développer pour mieux les préparer à ces obstacles, puisque la situation peut paraitre peu fréquente au premier abord, mais a été finalement évoquée par un certain nombre de médecins généralistes.

L'auteur n'a à signaler aucun conflit d'intérêt.

LISTE DES FIGURES

- **Graphique 1 :** Motifs de consultation des patients apparentés à un confrère.
- **Graphique 2 :** Lien de parenté du confère avec le patient.
- **Graphique 3 :** Spécialités des confrères évoqués par nos interviewés.
- **Figure 1 :** Récapitulatif des résultats qualitatifs concernant le déroulement de la consultation de famille de confrères.
- **Figure 2 :** Récapitulatif des résultats qualitatifs concernant le vécu de la consultation de famille de confrères.
- **Figure 3 :** Récapitulatif des résultats qualitatifs concernant les attentes de la famille de confrères.
- **Figure 4 :** Récapitulatif des résultats qualitatifs concernant les conseils pour soigner de la famille de confrères.

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau d’échantillonnage.

BIBLIOGRAPHIE

1. Benth H. Ressenti des enfants de médecins concernant leur prise en charge médicale: étude qualitative par entretiens semi-dirigés menés auprès d'enfants âgés de 6 à 18 ans de médecins généralistes et spécialistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2017.
2. Joffre-Berthomme B. Quels médecins pour les enfants de médecins généralistes ? A propos d'une enquête réalisée auprès de 186 médecins généralistes du Rhône [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lyon; 2001.
3. Soosaipillai S. Le médecin généraliste face au choix d'être ou ne pas être le médecin de son enfant [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2015.
4. Cousin M. Attitudes des médecins généralistes et des pédiatres du Nord-Pas-de-Calais vis-à-vis des soins à leur propre famille [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
5. Cart S. Vécu des médecins généralistes et des pédiatres du Nord-Pas de Calais en tant que soignant de leur famille [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
6. Code de la santé publique - Article R4127-7 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912868&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190407&oldAction=rechCodeArticle&fastReqId=1860153079&nbResultRech=1
7. Code de la sécurité sociale - Article L162-5-3 [Internet]. Code de la sécurité sociale. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=08A27F413B4ECA68B4174E8F51147624.tplgfr32s_3?idArticle=LEGIARTI000036516304&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20190505
8. Article 6 - Libre choix | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-6-libre-choix-230#article
9. Charbonnier D. Prise en charge par le médecin généraliste de la santé de ses propres enfants: étude qualitative auprès de dix-huit praticiens de la région [Thèse

d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2017.

10. Peltz-Aïm J. Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches ?: enquête qualitative auprès de 22 médecins exerçant en région parisienne [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2012.

11. DREES, Santé Publique France. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. DREES; 2017 [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017

12. Code de l'action sociale et des familles - Article L113-1-3 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031716507&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20151230

13. Fantino B, Wainsten J-P, Bungener M, Joublin H, Brun-Strang C. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient. Sante Publique (Bucur). 2007;Vol. 19(3):241-52.

14. Garand J. Médecin traitant de sa propre famille, quelles sont les difficultés à soigner ses proches (parents, conjoint, enfants) ?: Enquête qualitative menée auprès de proches de médecins généralistes ardennais [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2015.

15. Cornec-Lasserre S. Soigner ses proches en tant que médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2005.

16. Plagnard S. Difficultés et spécificités à soigner un confrère en médecine générale, en Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse lll - Paul Sabatier; 2017 [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/1780/

17. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. juill 2008;58(552):501-8.

18. Bauguion A. Quand le médecin généraliste soigne un de ses confrères: une consultation difficile ? [Thèse d'exercice]. [Nantes]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2013.

19. Lalloo D. The need to develop occupational health services for doctors with ill health. BMJ. 20 janv 2016;532:i292.

20. Tyssen R. [The physician-patient relationship when the patient is a physician].

Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke. 10 déc 2001;121(30):3533-5.

21. Kay M, Mitchell G, Clavarino A. What doctors want? A consultation method when the patient is a doctor. Aust J Prim Health. 2010;16(1):52.

22. Arsicaud A. Soigner l'enfant d'un confrère, une consultation différente ? Entretiens auprès de médecins généralistes et de pédiatres [Internet]. 2015 [cité 31 mars 2019]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01257068/document

23. Loi Jardé [Internet]. Code de Santé Publique, 2012-300 p. 3. Disponible sur: http://www.anrs.fr/sites/default/files/2017-07/typologie_recherche.pdf

24. Santé M des S et de la S. Recherches impliquant la personne humaine [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/recherches-impliquant-la-personne-humaine/

25. Thèse de médecine : quelles formalités à la CNIL ? | Besoin d'aide | CNIL [Internet]. [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: https://www.cnil.fr/fr/cnil-direct/question/433

26. INSEE AHN. Offre de soins de proximité en Haute-Normandie : de nombreux professionnels à remplacer à l'horizon 2022 - Insee Analyses Haute-Normandie - 14. 15 déc 2015;(14):4.

27. Caron-Bouchard M. La recherche d'information santé hors ligne et en ligne chez les 18-34 ans : une étude exploratoire. Commun Rev Commun Soc Publique. 1 déc 2013;(10):67-86.

28. L'équipe de rédaction Prescrire. Les patients veulent savoir. Rev Prescrire. déc 2011;31(338):937.

29. Yusuf AA, Alhaji AA. Knowledge, attitude, and use of internet for medical information by patients attending specialist clinics in ABUTH Zaria-Nigeria. Sub-Sahar Afr J Med. 2015;2(4):160-4.

30. Serment d'Hippocrate (texte original) - Ordre des médecins - Ordomedic [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: https://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-%28belgique%29/serment-hippocrates/

31. Galam É. Soigner les soignants La formation implicite des médecins et leurs fragilités. Médecine. 1 nov 2015;11(9):388-90.

32. 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]. [France]: Université d'Angers; 2011.

33. Schneck SA. Doctoring Doctors and Their Families. JAMA. 16 déc 1998;280(23):2039-42.

34. COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO. Treating Self and Family Members. CPSO POLICY STATEMENT [Internet]. nov 2001 [cité 12 nov 2019]; Disponible sur: https://www.cpso.on.ca/Physicians/Policies-Guidance/Policies/Physician-Treatment-of-Self-Family-Members-or

35. Tuttle JP. The physician's disease: the impact of medical knowledge on personal illness. Palliat Support Care. mars 2007;5(1):71-6.

36. Bradley N. Wounded healers. Br J Gen Pract. 1 nov 2009;59(568):803-4.

37. La Puma J, Stocking CB, LaVoie D, Darling CA. When Physicians Treat Members of Their Own Families. N Engl J Med. 31 oct 1991;325(18):1290-4.

38. Caniato E. Ressentis et attentes des patients soignés par leur proche-médecin: enquête qualitative auprès de 12 proches de médecins généralistes exerçant en région Rhône-Alpes [Internet]. 2015. 310 p. Disponible sur: https://books.google.fr/books/about/Ressentis_et_attentes_des_patients_soign.html?id=oowfswEACAAJ&redir_esc=y

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

40. Hennevin R. Médecin de sa famille: une gageure ? : point de vue de l'entourage du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015.

41. Missions du Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 9 déc 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/linstitution-ordinale/missions

42. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.

43. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer. 1ere édition. 2014. 152 p. (De Boeck supérieur).

44. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care. déc 2007;19(6):349-57.

45. Aguillon S, Marre Petit-Castagnet J. Qui soigne les médecins généralistes et leurs proches ?: thèse qualitative en " focus group " dans le Lot [Thèse d'exercice]. [France]:

Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2015.

46. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamoulle O. Compétence en communication professionnelle en santé. Pédagogie Médicale. 13 nov 2010;11(4):255-72.

47. Lussier M-T, Millette B, Richard C, Firket P, Fostier P, Sommer J. Groupe de travail sur l'enseignement de la communication professionnelle médecin-patient. Pédagogie Médicale. 2007;8(2):121-5.

48. Richard S, Pardoen D, Piquard D, Fostier P, Thomas JM, Vervier JF, et al. La perception de l'apprentissage à la communication médecin-patient de l'étudiant en Faculté de Médecine. Rev Médicale Brux. déc 2012;33(6):525-30.

49. Margo C. Enseignement à la communication en médecine générale par la simulation : un retour d'expérience. 16 avr 2019 [cité 2 déc 2019]; Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02186216

50. Doll A. Place de la simulation médicale haute fidélité dans la formation médicale continue en médecine générale. 3 juin 2019;99.

51. Bertrand D. Pourquoi si peu de médecins généralistes désignent un confrère comme médecin traitant ?: enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 20 médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2009.

52. Eastwood GL. When relatives and friends ask physicians for medical advice: ethical, legal, and practical considerations. J Gen Intern Med. déc 2009;24(12):1333-5.

53. Bourlot MJ. Comment construire sa position face aux sollicitations médicales d'un proche : analyse des déterminants à prendre en compte dans la décision et proposition d'un outil d'aide à la réflexion [Internet]. 2018 [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02023011

54. Mossman D, Farrell HM, Gilday E. Should you prescribe medications for family and friends? Curr Psychiatry. juin 2011;10(6):41-51.

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation de la thèse :

Il s'agit d'une thèse d'exercice de médecine générale. L'objectif est de rechercher les difficultés éventuelles rencontrées lors des consultations où le patient est un membre de la famille d'un confrère (parents, enfants, conjoint, frères ou sœurs d'un confrère). Très peu de données ont été publiées sur ce sujet, c'est pourquoi je mène une étude qualitative auprès de confrères qui ont vécu cette situation pour avoir leur ressenti. Il s'agit d'un entretien semi-dirigé constitué de questions ouvertes auxquelles je vous demanderai d'essayer d'y répondre de la manière la plus exhaustive et complète possible. Si besoin, je complèterai les questions. Dans l'anonymat et en toute confidentialité, l'entretien sera enregistré avec deux dictaphones.

Guide d'entretien :

Vous avez soigné ou vous soignez actuellement un membre de la famille d'un confrère apparenté au premier degré, y-a-t-il une situation ou consultation particulière qui vous vient en tête ?

Dans quel contexte le patient venait-il vous consulter ?

Le patient avait-il eu des informations de la part du membre de sa famille médecin ? Si oui, quel type d'informations ?

Le confrère faisant partie de la famille du patient : quel était son lien de parenté avec le patient ? Connaissiez-vous sa spécialité ? Le connaissiez-vous personnellement ?

Le confrère était-il présent comme accompagnant lors de la consultation ?

Le fait de soigner la famille d'un confrère a-t-il pu modifier votre prise en charge ?

- *Déroulement de la consultation :*
  au moment de l'anamnèse ? Concernant votre examen physique ? Le discours utilisé ? Sur vos conseils ? Sur vos prescriptions (examens complémentaires et médicamenteuses) ? Sur votre disponibilité ? Au moment du règlement de la consultation, vous êtes-vous demandé s'il fallait le faire payer ou non ?

- *Vécu de la consultation :*
  cette situation vous a-t-elle semblé plus facile ? Plus difficile ? Pourquoi ?
  La relation médecin malade était-elle différente ?
  Si le confrère était présent, étiez-vous plus sur un discours entre confrères ou gardiez-vous une approche en le considérant comme « simple » accompagnant ?
  Pensez-vous qu'avoir de l'expérience dans le métier de médecin généraliste influe sur l'aisance dans ce type de consultation ? Pour quelle(s) raison(s) ?

- *Influence de la spécialité du confrère* :
  influence sur la consultation et les décisions de prise en charge ? Sa spécialité était-elle en lien avec le motif de la consultation ?

Selon vous, est-ce que les patients avaient des attentes particulières concernant leur prise en charge en venant avec leur proche-médecin ou sous leur influence ?

- En termes de disponibilité ?
- En termes de discours et d'informations ?
- En termes de prescriptions ?
  Vos prescriptions sont-elles respectées ? Discutées ?
  Vos liens de confiance avec votre patient en sont-ils fragilisés ? Renforcés ?

Vous est-il arrivé de refuser de prendre en charge un membre de la famille d'un confrère ? Pourquoi ?

Afin de mieux vous connaitre :

- Professionnellement :

  Quel âge avez-vous ? Depuis combien de temps êtes-vous installé ? Quel type de patientèle avez-vous ? Comment décrieriez-vous votre activité ?

- Personnellement :

  Quelle est votre situation de famille (enfants, frères et sœurs, parents, conjoint(e)) ?

  Qui soigne vos enfants ? Qui soigne vos parents ? Qui soigne vos frères et sœurs ? Qui soigne votre conjoint(e) ?

  Si vous n'êtes par leur médecin, vous arrive-t-il de les accompagner ou conseiller dans leurs démarches de soins ? Si oui, pensez-vous avoir une influence sur leur consultation avec leur médecin traitant ? Votre ressenti vis-à-vis de cela ?

Pour partager votre expérience :

Sommes-nous formés à ce type de situation ? Sur quoi avez-vous pu vous appuyer en cas de difficultés ?

Avez-vous des conseils pour vos confrères qui seraient dans cette situation ?

ANNEXE 2 : INFORMATIONS TRAITEMENT DE DONNEES PERSONNELLES

Déléguée à la protection des données

INFORMATIONS SUR LE TRAITEMENT DE DONNEES PERSONNELLES

En acceptant de participer à ma thèse portant sur le ressenti des médecins généralistes qui soignent la famille de confrère, vous êtes informé que les données personnelles vous concernant seront traitées dans les conditions suivantes.

Le traitement a pour finalité d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins dans ces situations de soigner la famille d'un autre médecin et si cela peut avoir une influence dans la prise en charge médicale.

La base juridique du traitement est le consentement.

Les données traitées sont conservées sur la durée de la thèse (un an tout au plus).

Le responsable du traitement est le Président de l'Université de Rouen Normandie, 1, rue Thomas Becket, 76821 MONT SAINT AIGNAN.

Les données traitées qui n'ont pas été directement obtenues auprès de vous ont été collectées auprès des pages jaunes (site internet) pour obtenir vos coordonnées, ces données étant accessibles au public.

Les données traitées sont susceptibles d'être communiquées à la personne suivante : Directeur de thèse.

Les données traitées ne font pas l'objet d'un transfert.

Si vous êtes concerné par ce traitement, vous avez le droit :

- De retirer votre consentement à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement effectué avant le retrait.
- De demander l'accès aux données à caractère personnel vous concernant
- De demander la rectification ou l'effacement de ces données
- De vous opposer au traitement
- De demander la portabilité de vos données
- De définir des directives relatives au sort des données après votre mort

Ces droits s'exercent auprès du DPO qui peut être contacté :

par mail à l'adresse dpo@univ-rouen.fr

par courrier à l'adresse DPO, DAJS, Université de Rouen Normandie, 1 rue Thomas Becket, 76821 MONT SAINT AIGNAN.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle. En France, cette autorité est la CNIL.

La participation à cette étude est facultative. Le refus de fournir les données personnelles vous concernant aura pour seule conséquence l'impossibilité de participer à l'étude.

www.univ-rouen.fr

Université de Rouen Normandie – 1 rue Thomas Becket – 76821 MONT SAINT AIGNAN Cedex

1/2

ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Déléguée à la protection des données

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Consentement au traitement de données personnelles

Je, sous-signé(e) ..... consens au traitement de mes données à caractère personnel par Monsieur Vincent Bellamy, pour la réalisation d'une étude portant sur le ressenti des médecins généralistes soignant la famille de confrères et entrant dans le cadre de sa formation de DES en Médecine Générale à l'Université de Rouen Normandie.

Je reconnais avoir pris connaissance du document joint « Informations sur le traitement de données personnelles » décrivant les conditions dans lesquelles sera mis en œuvre le traitement.

J'ai également été informé(e) du fait qu'aucune donnée directement identifiante me concernant ne figurera dans la thèse produite.

J'autorise Monsieur Vincent Bellamy à effectuer un enregistrement de l'entretien que nous avons ce jour pour les besoins de son étude.

Je reconnais avoir été informé(e) que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite.

Fait à :
Le :
Signature :

RESUME

Introduction : Nombreux sont les médecins qui soignent leur famille, mais devant la perte d'objectivité, les responsabilités, le manque fréquent de professionnalisme et les domaines difficilement abordables dans une même famille, la tendance est d'inciter ses proches à consulter un médecin tiers. Cette étude a pour but de recueillir le ressenti des Médecins Généralistes hauts-normands sur le fait de soigner la famille de confrères pour ainsi identifier l'influence de ces situations sur la prise en charge et leurs difficultés.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 Médecins Généralistes fut réalisée entre Juin et Septembre 2019. Les *verbatims* recueillis furent analysés par deux chercheurs et ont permis une triangulation des données.

Résultats : Les consultations de familles de confrères ne différaient pas des autres même si elles semblaient souvent plus longues et chronophages. Les impressions pouvaient être un sentiment de faire plus attention, une pression supplémentaire, une peur d'être analysé par le confrère, ou encore le fait d'être en deuxième avis, vécues comme plus difficiles par les soignants. Les attentes de cette patientèle semblaient pour les médecins soignants plus importantes en termes de disponibilité, d'informations ou de prescriptions, entrainant un discours plus élaboré. Le nombre d'années d'expérience professionnelle permettait de diminuer ces difficultés ressenties et la relation médecin-malade ne souffrait pas de ces situations. Nos médecins interrogés intervenant dans les soins de leur famille ne pensaient pas influencer le confrère-tiers. Les conseils souvent évoqués étaient centrés sur le dialogue, la définition précoce des rôles de chacun, et de rester soi-même en considérant la situation comme habituelle.

Conclusion : Soigner la famille de confrères fait partie des difficultés d'exercice de la Médecine Générale. Ces situations doivent être évoquées le plus tôt possible chez les jeunes médecins et étudiants afin de s'y préparer.

Mots-clés : Médecins généralistes, Relation famille-professionnel de santé, Relations médecin-patient, Relations interprofessionnelles, Recherche qualitative.