



HAL
open science

Le médecin peut-il soigner ses proches ? Revue de la littérature à ce sujet

Angélique Debeaulieu Mietka

► **To cite this version:**

Angélique Debeaulieu Mietka. Le médecin peut-il soigner ses proches ? Revue de la littérature à ce sujet. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02886010

HAL Id: dumas-02886010

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02886010>

Submitted on 1 Jul 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.

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2018-2019

N° 2019-167

**LE MÉDECIN PEUT-IL SOIGNER SES PROCHES ? REVUE
DE LA LITTÉRATURE À CE SUJET**

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(DIPÔME D'ÉTAT)

Présentée et soutenue publiquement

Le 16 octobre 2019

Par Angélique DEBEAULIEU (épouse MIETKA)

Née le 10/01/1993

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Juges : Monsieur le Professeur Henri COPIN

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Monsieur le Professeur Pierre TOURNEUX

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Yves BORGNE

REMERCIEMENTS

À mon président de jury,

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

J'ai eu la chance d'apprendre de vous à maintes reprises, grâce à votre enseignement si enrichissant et agréable. J'espère avoir encore l'occasion de profiter de votre savoir dans ma future carrière. Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. C'est donc avec beaucoup de sincérité que je vous adresse mes remerciements et mon profond respect.

À mon juge,

Monsieur le Professeur Henri COPIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Histologie-Embryologie-Cytogénétique

Chef du Service de Médecine et Biologie de la Reproduction et de Cytogénétique et CECOS de Picardie

Pôle « Femme-Couple-Enfant »

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous êtes un des premiers professeurs à m'avoir fait découvrir la médecine que j'affectionne, lors de ma première année et lors des années qui ont suivies. Ce souvenir restera impérissable. Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être membre de mon jury, et je vous en remercie sincèrement.

À mon juge,

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Nutrition)

Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Je me souviens très bien de votre enseignement mais également de ma première garde à l'hôpital, que j'ai pu passer à vos côtés. Un souvenir très agréable pour l'externe angoissée que j'étais à l'époque devant cette mise à l'épreuve. Vous avez accepté de juger aujourd'hui mon travail, et je vous exprime ici toute ma gratitude.

À mon juge,

Monsieur le Professeur Pierre TOURNEUX

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Pédiatrie)

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Vous me faites l'honneur d'examiner ce travail, recevez à cette occasion mes sincères remerciements.

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Yves BORGNE

Professeur Associé de Médecine générale

Département de Médecine générale

Je garderai toujours un excellent souvenir de mon stage de premier niveau dans votre cabinet, où j'ai pu confirmer mon profond attrait pour la médecine générale, que vous exercez d'une manière que j'envie et que je respecte profondément. Vous avez toujours su me guider en me laissant l'autonomie dont j'avais besoin. Vous m'avez ensuite fait l'honneur d'accepter de diriger mon travail, malgré mes nombreuses incertitudes de thésarde. Mais c'est grâce à vous que j'ai trouvé la bonne voie, et un sujet qui me tient à cœur. Je vous remercie sincèrement.

À mon mari,

Antoine, ma moitié, mon époux. Tu es l'homme le plus aimant, attentionné et tolérant que je connaisse. Tu m'as toujours supportée sans broncher durant toutes ces longues années, malgré mes angoisses et mes peurs d'étudiante croulant sous le travail. Ton soutien vaut de l'or à mes yeux. Merci de m'aimer comme tu le fais. Je t'aime à l'infini.

À mes parents,

Je ne vous remercierai jamais assez. C'est grâce à vous si j'en suis là. Depuis que je suis entrée à l'école, vous m'avez toujours appris à donner le meilleur de moi-même. Vous m'avez soutenue quoi qu'il arrive et quel que soit mes décisions. Votre confiance et votre tolérance n'ont pas de prix. Je sais que vous êtes extrêmement fier de mon parcours, et je suis également très fière que vous me voyez devenir le premier médecin de la famille. Je vous aime.

À ma belle-famille,

Vous m'avez toujours soutenue dans mon parcours et m'avez accueillie comme un 4^{ème} enfant dans votre famille. Je suis plus que comblée d'en faire désormais partie et d'être Mme Mietka.

Merci d'être là, Stan, Vincent, Colin, Alisée... et bien-sûr Odile. Pas un jour ne passe sans que je pense à toi. J'aurai tellement aimé que tu puisses lire ceci.

À mes meilleures amies, Charlotte et Claire,

Mes témoins. Quelle rencontre... Charlotte, toi qui me dénigrais totalement en première année parce que je cherchais désespérément l'amitié (j'espère que tu ris en lisant ça !), tu es finalement devenue mon pilier durant ces longues années. Saches que pour moi aussi, ton soutien a été d'une importance cruciale. Je ne serais pas ici sans toi... C'est aussi grâce à toi si je suis bientôt le nouveau doc' de PPSA... ! Merci de faire partie de ma vie, ma parfaite petite Charlotte.

Claire, c'est grâce à Charlotte si aujourd'hui j'ai la chance de t'avoir dans ma vie. Et même si cette dernière faisait tout pour que je sois exclue de vos conversations (Charlotte, j'espère que tu ris une deuxième fois en lisant ceci), nous sommes finalement devenues inséparables. Nos petites réunions amiénoises autour de Cheetos et de fondants au chocolat concoctés par tes soins... Tes visites estivales pétripontaines me manquent ! Ta chambre attend patiemment ton retour. Saches que t'es une nana vraiment géniale, comme j'en ai rarement rencontré.

Je vous aime mes pépettes, je suis fière de vous avoir comme amies.

À tous mes amis proches,

Clémence et Sharmela, pour votre amitié sans faille et votre soutien pendant toutes ces années, et bien d'autres choses.

Anaïs, pour toutes nos conversations apéritives qui ont sûrement été d'un grand soutien mutuel pendant toutes ces années. J'espère qu'elles continueront toujours.

Et tous les autres, vous vous reconnaîtrez...

SOMMAIRE

INTRODUCTION	11
MATÉRIEL ET MÉTHODES	13
RÉSULTATS	17
I) Aspects éthiques, déontologiques et légaux concernant le soin aux proches.....	17
a. Éthique, déontologie et recommandations diverses en France et à l'étranger	17
b. Cadres légaux en France et à l'étranger	22
II) Le soin aux proches : quels chiffres ?.....	23
III) Différents points de vue	25
a. Le point de vue des médecins généralistes.....	25
1) Arguments et avantages en faveur de la prise en charge des proches	25
2) Arguments et inconvénients allant à l'encontre de la prise en charge des proches	28
b. Le point de vue des proches	37
1) Arguments et avantages en faveur de la prise en charge des proches	37
2) Arguments et inconvénients allant à l'encontre de la prise en charge des proches	39
IV) Solutions trouvées par la littérature pour faire face à une demande de soin émanant d'un proche.....	44
DISCUSSION.....	51
CONCLUSION	59
BIBLIOGRAPHIE.....	61
ANNEXES	67
RÉSUMÉ.....	78

INTRODUCTION

Chaque médecin prête serment dès le début de sa carrière, quel que soit son pays d'origine. En France, le médecin est soumis au serment d'Hippocrate, qui stipule dans ses premières lignes : *« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions »* (1). Le médecin se doit également de respecter les codes d'éthiques et de déontologie de son pays et d'adopter une conduite appropriée en conséquence, quel que soient les circonstances. Nombreuses sont les recommandations de bonne pratique à sa disposition, qu'il est fortement conseillé de suivre afin de donner aux patients la prise en charge médicale la plus adaptée possible. Le médecin est également soumis aux textes de lois régissant sa profession.

Le médecin est constamment confronté à des demandes de soin diverses et variées. Ces demandes de soin peuvent émaner de n'importe quelle personne, et cela inclut les membres de sa famille, ses amis et ses connaissances. On imagine que très peu de médecins n'ont jamais été confrontés à une demande de soin de la part de leurs proches.

Lorsque le sujet du soin aux proches est abordé, on constate qu'il anime facilement une conversation et qu'il suscite beaucoup de questionnements et de problématiques, que ce soit du côté des médecins ou des patients.

Le sujet apparaît d'autant plus délicat pour le médecin sur qui reposent toutes les responsabilités...une question simple revient alors régulièrement à l'esprit après une brève réflexion : le médecin peut-il soigner ses proches ? Il apparaît facile d'aller plus loin en se demandant si le médecin possède les capacités adéquates pour prendre en charge ses proches de la manière la plus adaptée possible. Ainsi, que peut-on retrouver dans les données éthiques et déontologiques, les diverses recommandations mais également les textes de lois à ce sujet pour guider les médecins ?

Aucune étude n'aborde les capacités du médecin à soigner ses proches et aucune ne fait un état des lieux exhaustif concernant les recommandations, les textes de loi et les données éthiques et déontologiques disponibles dans le monde à ce sujet et ayant pour but d'alerter et d'éclairer les médecins se questionnant sur la prise en charge de leurs proches.

L'objectif de ce travail était donc de rassembler les données de la littérature afin de savoir si le médecin est en capacité de soigner ses proches tout en ayant une prise en charge adaptée et une conduite légale, éthique et déontologique appropriée, le tout appuyé sur des recommandations de bonne pratique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les proches étaient définis comme les membres de la famille et les amis avec qui le médecin entretenait des relations étroites et un lien affectif.

Les mots clefs français principalement utilisés pour la recherche bibliographique étaient les suivants : « soigner ses proches/sa famille », « prise en charge de sa famille/de ses proches », « médecin de ses proches/de sa famille », « éthique », « déontologie », « relation médecin-patient ».

Les mots clefs anglais principalement utilisés ainsi que les termes MESH les plus pertinents étaient : « relatives/family care », « physician caring for family/relatives/friends », « treat your family/relatives », « patient-physician relations », « self care », « family », « physicians », « ethics », « deontology ».

Les moteurs de recherche qui ont été utilisés sur internet étaient : PubMed, Google Scholar, Cismef, Google, Cochrane Library, LiSSa, ScienceDirect. Pour la recherche des travaux de thèses françaises, les moteurs de recherches SUDOC et TEL (Thèses-en-Ligne) ont été utilisés. Une recherche a également été réalisée dans les archives des principales revues médicales françaises telles que Prescrire, La Revue du Praticien et Exercer, et notamment grâce à la plateforme de recherche Docdoc Pro.

Les critères de sélection de la recherche bibliographique étaient tous les documents, français ou anglais, quel que soit leurs types et leurs années de parution, faisant référence au médecin et à la prise en charge de ses proches (famille ou amis). La recherche s'est également axée sur les textes d'éthique et de déontologie, ainsi que sur les recommandations et les textes de lois disponibles abordant le sujet.

Les critères d'exclusion étaient les documents faisant référence au médecin et à sa propre prise en charge, à la prise en charge de ses confrères et des proches de ces derniers, à la prise en charge des proches de patients et des patients devenus proches.

La recherche bibliographique a eu lieu entre septembre 2018 et mars 2019. Les différents moteurs de recherche ont été sollicités à intervalles réguliers afin de ne pas passer à côté de documents pertinents récemment édités. Cette recherche a été arrêtée lorsque l'on ne retrouvait plus de nouveaux documents. Une revue des bibliographies de tous les textes a été faite en dernier lieu.

Tous les documents sélectionnés ont ensuite été lus tour à tour de manière intégrale, afin d'inclure pour les résultats les travaux qui présentaient la plus grande pertinence en rapport avec le sujet, le meilleur niveau de preuve avec une validité interne et externe correcte, et le moins de biais possibles. Ont été exclus les documents redondants ou dont la méthodologie et la validité étaient contestables avec un faible niveau de preuve. Le diagramme de flux de la recherche bibliographique se trouve en figure 1.

Toutes les études incluses ont ensuite été analysées individuellement selon une méthodologie thématique. Les éléments et résultats pertinents pour le sujet étaient consignés dans un thème ou sous thème revenant régulièrement au fur et à mesure de l'analyse des documents. Ceci a permis à la fin de l'analyse de toutes les études de bénéficier de différents axes permettant de répondre à la question principale de cette recherche. La synthèse de chaque étude incluse dans cette revue de la littérature se trouve en annexe 1.

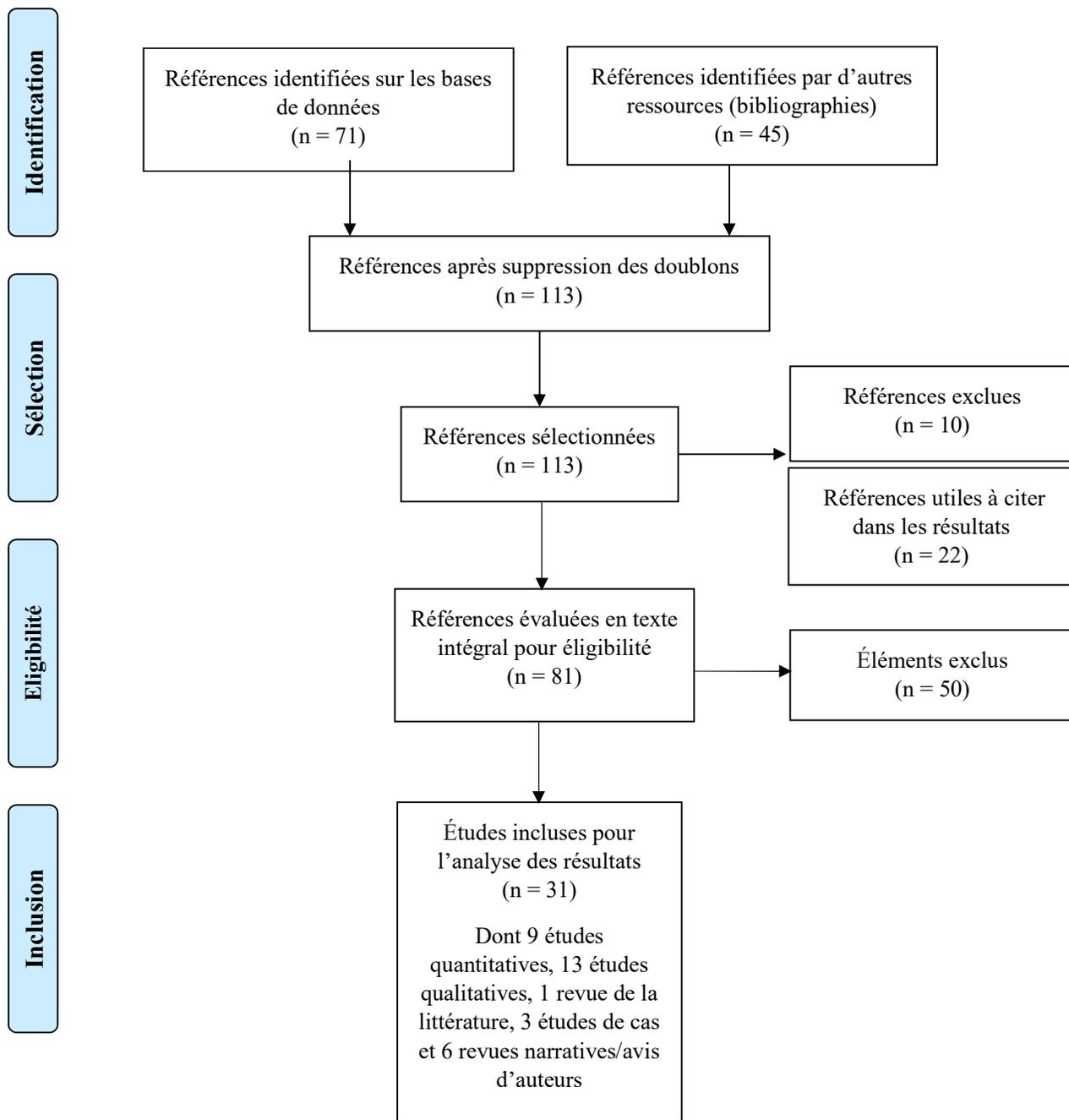


Figure 1. Diagramme de flux des études incluses.

RÉSULTATS

I) Aspects éthiques, déontologiques et légaux concernant le soin aux proches

a. Éthique, déontologie et recommandations diverses en France et à l'étranger

1) En France

En France, il n'existait pas de recommandation ni d'élément clair dans le code de déontologie ou la charte d'éthique médicale européenne (2) pouvant informer les praticiens français sur le soin aux proches.

Pourtant, il était possible de trouver dans l'avant dernière version de 2014 du code de déontologie émis par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (3), le commentaire de l'article 7 qui mentionnait : « *Le médecin va soigner un ami, un proche ou une personnalité avec une attention renforcée, des précautions supplémentaires, qui peuvent être aussi bien bénéfiques que nuisibles. L'objectivité nécessaire à l'action du médecin s'accommode mal de sentiments subjectifs* ». Cette mention, qui tendait à plutôt déconseiller le soin aux proches, avait disparu dans la nouvelle version du code de 2017 (4) qui stipulait alors : « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quelles que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard* ». On trouvait également dans le commentaire émis sur l'article cette courte phrase : « *L'objectivité est nécessaire à l'action du médecin.* ». Il était également important de mentionner l'article 47 du code de déontologie qui mentionnait qu'un médecin possédait le droit de refuser de prendre en charge un patient en dehors de l'urgence, pour des raisons professionnelles ou personnelles.

Dans son étude, Metz (5) interrogeait le Conseil National de l'Ordre des Médecins à travers une lettre envoyée en mars 2013 afin de connaître sa position à propos du soin aux proches.

Le Dr A. Desueur, Président de la section Exercice Professionnel, mentionnait dans son courrier des éléments se rapportant notamment à la prescription d'arrêts de travail aux proches qui était relativement déconseillée pour des raisons déontologiques : « *Tout médecin inscrit au tableau de l'ordre et couvert par une assurance en responsabilité professionnelle peut réaliser à titre gracieux des prescriptions pour ses proches (conjoint, père et mère des deux époux, enfants, petits-enfants, frères, sœurs des deux époux, personnel de maison). Ces prescriptions doivent être portées sur une ordonnance à son en-tête indiquant son identité et sa qualité, son numéro RPPS, l'identité de l'assuré et/ou du malade, la date de prescription ainsi que la mention acte gratuit. Les prescriptions seront, à ces conditions, prises en charge par l'assurance maladie. En ce qui concerne la prescription d'arrêt de travail à des proches, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a émis des réserves d'ordre déontologiques. Si ces prescriptions ne sont pas interdites par la loi, elles ne semblent pas recommandées. En effet, le médecin dispose-t'il de l'indépendance professionnelle suffisante pour prescrire un arrêt de travail et en fixer la durée lorsque cet arrêt vise l'un de ses proches (manque de recul qui peut d'ailleurs aussi bien relever d'une plus grande rigueur à l'égard de ses proches qu'une plus grande indulgence) ? ».*

2) À l'étranger

Il était possible de retrouver à l'étranger différentes recommandations ou directives, ainsi que différents codes d'éthiques et de déontologie à propos du sujet du soin aux proches, émanant de différentes sociétés savantes : associations médicales, collèges, ordres professionnels, ... même si ces textes étaient souvent difficiles à extraire.

a. Aux États-Unis

Les États-Unis bénéficiaient du plus grand nombre de recommandations concernant le soin aux proches.

Une des principales recommandations émanait du code d'éthique de la plus importante association médicale des États-Unis, l'American Medical Association (AMA) (6). Ce code d'éthique paraissait dans sa première version en 1847, inspiré du premier code d'éthique médical moderne datant de 1803 et rédigé par Thomas Percival (7), médecin anglais,

réformateur de la santé, éthicien et auteur. Dans son code d'éthique, Percival faisait d'ailleurs la mention la plus ancienne du soin aux proches. Il y précisait que « *L'éthique médicale voudrait qu'on ne soigne pas ses proches (...) l'anxiété générée par la maladie de ses proches risque d'obscurcir son jugement et de produire de la timidité et de l'irrésolution dans sa pratique.* ».

L'AMA expliquait dans ce code d'éthique son point de vue concernant le soin aux proches et ses recommandations destinées aux médecins, révisées à maintes reprises depuis la première version de 1847. La dernière révision de l'Opinion 8.19 datait de 2012 et était intitulée « Self-Treatment or Treatment of Immediate Family Members » ou « Auto traitement ou traitement des membres de la famille proche » (6). Cette dernière révision précisait que les médecins devaient éviter de soigner leurs proches et de prescrire des substances réglementées, sauf en cas d'urgence ou d'indisponibilité d'un autre praticien. De même, les soins de routine pouvaient être acceptés lorsque ceux-ci s'inscrivaient dans une durée courte ou pour des soins mineurs.

L'AMA appuyait ses recommandations sur plusieurs arguments :

- Le manque d'objectivité professionnelle et les sentiments personnels du médecin interférant avec le jugement médical.
- Le manque d'information dans l'interrogatoire et un examen physique pauvre à cause d'une pudeur émanant du médecin mais aussi du proche.
- La prise en charge de pathologies n'entrant pas dans le champ des compétences du médecin.
- Le risque de développement de tensions dans la relation avec les proches, engendrant des conséquences médicales négatives.
- La perte d'autonomie et l'absence de consentement éclairé des patients ne voulant pas offenser leur médecin proche.

L'AMA n'était pas la seule à évoquer le soin aux proches. De nombreuses grandes associations américaines, collèges américains et conseils médicaux d'états américains (ou « State Medical Board ») statuaient sur la prise en charge des proches et établissaient des directives allant à l'encontre du soin aux proches, dont notamment :

- L'American College of Physicians (organisation médicale d'internistes spécialisés dans le diagnostic et le traitement des adultes, deuxième plus grande organisation médicale spécialisée après l'AMA), qui précisait dans son code d'éthique (8) la difficulté à maintenir une objectivité nécessaire dans le soin aux proches, et ajoutait que le médecin ne devait pas s'impliquer dans une double relation avec eux.

L'American College of Physicians orientait plutôt les médecins vers un rôle de conseiller, d'interprète ou de référent aux autres praticiens. Par ailleurs, si le médecin décidait malgré tout de prodiguer des soins à ses proches, il devait agir de la même manière qu'avec un autre patient.

- L'American Academy of Pediatrics, collège de pédiatrie américain, qui mentionnait par le biais de son comité de bioéthique qu'il existait des problématiques éthiques dans le soin à ses propres enfants et aux enfants de proches pouvant mener à des soins insuffisants, et que ce type de soins devait être limité aux urgences ou en cas d'indisponibilité d'un autre praticien à proximité (9).
- Le Collège des Médecins et Chirurgiens d'Ontario (10).
- Le Conseil médical de Californie (11).
- Le Conseil médical d'Ohio, qui évoquait une révocation du droit d'exercer en cas de délivrance de soins inappropriés à des proches (12).
- Le Conseil médical du New Hampshire, qui précisait qu'il n'était pas approprié de prescrire des substances réglementées à des proches (13).
- Le Conseil médical de Virginie (14).

De même, il existait aux Etats-Unis des recommandations émanant des assurances santé. On pouvait ici citer Medicare, assurance santé gérée par le gouvernement fédéral des États-Unis destinée aux patients de plus de 65 ans et aux personnes de moins de 65 ans atteintes d'un handicap. Medicare précisait dans son manuel de l'utilisateur (15) qu'aucun remboursement ne pouvait être effectué pour des soins qui étaient fournis par un médecin à ses proches.

b. Au Canada

La plus grande association médicale nationale du pays, l'Association Médicale Canadienne, proposait dans son code d'éthique et de professionnalisme révisé en 2018 (16) de « *limiter aux interventions mineures ou urgentes le traitement des membres de la famille immédiate, ou des personnes avec lesquelles une relation de nature personnelle similaire a été établie, lorsqu'aucun autre médecin n'est disponible. Ces traitements ne devraient pas être facturés.* ».

Le Collège des Médecins du Québec, ordre professionnel des médecins Québécois, donnait des recommandations similaires dans son code de déontologie (17).

c. En Australie

On retrouvait en Australie l'ordre professionnel des médecins et étudiants en médecine australiens, dénommé Medical Board of Australia. Dans son code de bonne conduite datant de 2014 (18), le soin aux proches était ici aussi découragé, et auquel cas s'il était impossible de l'éviter, il était demandé aux médecins une grande précaution.

La plus grande association de médecins et étudiants en médecine australienne, l'Australian American Association, faisait paraître un code d'éthique révisé en 2016 (19) évoquant les mêmes recommandations.

d. En Angleterre

On retrouvait encore une fois des recommandations à l'encontre du soin aux proches, données par l'ordre professionnel des médecins anglais ou General Medical Council (20) qui précisait que lorsque cela était possible, le médecin devait éviter de prodiguer des soins à une personne avec laquelle il avait une relation personnelle. Il était notamment précisé pour les médecins la nécessité de ne pas prescrire des substances réglementées pour des proches, sauf dans certaines conditions bien spécifiées (urgences, douleurs ou détresses extrêmes, indisponibilité du médecin initialement prescripteur avec mise en danger en cas de sevrage ; avec nécessité de consignation de la prescription dans le dossier et information du médecin référent).

3) À l'international

L'Association Médicale Mondiale, fondée en 1947, avait pour vocation de représenter tous les médecins au niveau international et d'établir un consensus sur les plus hautes normes d'éthique médicale et de compétences professionnelles et de promouvoir l'indépendance professionnelle des médecins.

L'association produisait un manuel d'éthique médicale dont la 3^{ème} version paraissait en 2015 (21). On pouvait retrouver une mention plus nuancée sur le soin aux proches : « *Une implication émotionnelle avec un patient peut avoir un effet défavorable sur le jugement clinique du médecin. Cette dernière raison vaut aussi pour les médecins qui traitent les membres de leur propre famille, une pratique fortement découragée par beaucoup de codes d'éthique. Cependant, l'application de cette recommandation, tout comme d'autres que les codes d'éthique énoncent, peut varier en fonction des circonstances. Par exemple, les médecins qui exercent seuls dans des contrées éloignées peuvent avoir à fournir des soins à des membres de leur famille, surtout dans les cas d'urgence.* ».

b. Cadres légaux en France et à l'étranger

1) En France

Il n'existait pas de texte dans les lois françaises statuant sur le sujet des médecins soignant leurs proches.

Le code de la santé publique ne mentionnait aucune interdiction concernant ce type de soin, seul l'article R4127-7 (22) faisait référence au fait que le médecin se devait de soigner tout patient quel que soit sa situation.

Le code de la sécurité sociale n'imposait pas de conditions concernant le remboursement de soins qu'un médecin aurait pu dispenser à ses proches. Par ailleurs, le code mentionnait qu'un patient bénéficiait du libre choix de son médecin traitant, quel que soit sa spécialité ou son mode d'exercice dans l'article L162-5-3 (23).

2) À l'étranger

Certains états des USA interdisaient aux médecins au travers de leurs lois la prescription de substances réglementées pour leurs proches comme par exemple en Caroline du Nord (24) ou dans le Connecticut (25), sauf en cas d'urgence extrême et ce pour une durée de 72h maximum. Il en était de même dans le sud de l'Australie où la législation interdisait à un praticien de fournir des substances réglementées à leur épouse, partenaire, parent, grand-parent, enfant, frère ou sœur sauf en cas d'urgence (26).

II) Le soin aux proches : quels chiffres ?

a. Une pratique répandue

Dans les études qui ont été retenues pour cette revue de la littérature, et notamment dans les études quantitatives françaises et étrangères, il était constaté qu'une majorité de médecins avaient déjà été confrontés à une demande de soins de leurs proches, que ce soit en France ou ailleurs dans le monde.

En effet, dans son étude quantitative, Anah (27) indiquait que 91% de ses médecins interrogés avaient déjà été sollicités par leur famille ou leurs amis. Dans l'étude de Castéra (28), on retrouvait un pourcentage encore plus élevé car ce type de demandes avait déjà été affronté par 99% des praticiens composant la population de l'enquête. On constatait également dans l'étude qualitative de La puma (29) regroupant 465 médecins, que 1% seulement des médecins n'avaient jamais été confrontés à une demande de soins de la part d'un proche.

Par ailleurs, Bonvalot (30) remarquait dans sa thèse que 81,5% des médecins interrogés avaient été ou sont toujours actuellement le médecin d'au moins un membre de leur famille.

La fréquence de ces demandes de soins par les proches apparaissait également élevée, puisque dans l'étude d'Anah (27), c'était 51,9% des médecins interrogés qui trouvaient les demandes fréquentes.

b. Quels proches recevaient le plus de soins ?

Dans les études sélectionnées, il apparaissait que les proches ne recevaient pas tous autant de soins. Ainsi, on pouvait constater que les conjoints et les enfants recevaient plus de soin de la part de leur proche médecin que les autres membres de la famille. C'était le cas dans les études de Vallerend (31), La Puma (29) et Anah (27) où les conjoints étaient les plus fréquemment soignés et arrivaient en première position, suivis de près par les enfants. Dans la thèse de Bonvalot (30), les conjoints étaient également les plus souvent pris en charge, puis venaient ensuite les parents.

On remarquait par ailleurs que les conjoints et enfants formulaient des demandes fréquentes et sans tabou, en « tout venant » (alors que les parents, grands-parents et petits enfants effectuaient des demandes plus rares et disparates, et les frères et sœurs des demandes plutôt ciblées) (28).

c. Quels soins les médecins délivraient-ils principalement à leurs proches ?

On remarquait que les médecins étaient plus réticents à prendre en charge les maladies chroniques de leurs proches (32). Peltz-Aïm (33) constatait que les médecins étaient beaucoup plus à l'aise avec les maladies bénignes qui ne nécessitaient pas d'examen clinique et n'engendraient pas de mise en jeu du pronostic vital, ce qui rendait la prise en charge beaucoup plus aisée grâce à l'absence de conséquences. Pour Nik Sherina (32) et Chen (34), les médecins préféraient délivrer des conseils médicaux et des explications, surtout lors de consultations informelles ou de consultations téléphoniques.

Les médecins de Gendel (35) étaient nombreux à avoir déjà réalisé des prises en charge mineures. Ils avaient principalement réalisé des soins que des personnes non médecins pouvaient effectuer mais également prescrire (médicaments en vente libre, petites plaies) pour 96% d'entre eux et avaient déjà pris en charge des pathologies mineures (plaies, prescription d'antibiotiques dans les pathologies mineures, auscultation cardio-pulmonaire lors de rhinopharyngites, tests de diagnostic rapide lors d'angines, examens complémentaires de routine en laboratoire, etc...) pour 97% d'entre eux.

La Puma (29) remarquait dans son étude que les médecins réalisaient surtout des prescriptions médicamenteuses à 83% et des diagnostics à 80%. Il était à noter que 9% des médecins de cette étude avaient déjà réalisé un acte de chirurgie sur un proche. Les prises en charge les moins souvent réalisées étaient des prises en charges d'addictions, d'épisodes dépressifs, de cancers, de suivis de grossesse, de soins palliatifs, et des maintiens à domicile (28,31).

Par ailleurs, on pouvait relever que les médicaments les plus souvent prescrits étaient des antibiotiques à 75% et des anti-inflammatoires non stéroïdiens à 65% (les barbituriques étaient sans surprise les médicaments que les médecins avaient le moins prescrits) (35).

III) Différents points de vue

Beaucoup d'études retrouvées dans la littérature interrogeaient les médecins soignant leurs proches, mais peu s'intéressaient aux proches se faisant soigner par un médecin membre de leur famille. Il apparaissait important ici de confronter les deux points de vue afin de répondre à la question principale de cette revue de la littérature : le médecin peut-il soigner ses proches ?

a. Le point de vue des médecins généralistes

Il ressortait que tous les médecins ne réagissaient pas de la même manière et ne ressentaient pas la même chose face à une demande de soin de la part de leurs proches.

En effet, dans le travail de La Puma (29), plus de la moitié des médecins soit 56% avaient déjà refusé une demande de soin de la part de leurs proches. Vallerend (31) constatait dans sa thèse que 56% pensaient qu'il ne fallait pas soigner ses proches. Les médecins étaient même 42% à les soigner à contre cœur. Mais on pouvait tout de même constater que dans l'étude de Bonvalot (30) ils étaient 72% à soigner leurs proches sans se poser de question.

Dans les différents textes sélectionnés pour cette revue de la littérature, les médecins interrogés faisaient ressortir différents arguments allant en faveur de la prise en charge des proches mais également à l'encontre de celle-ci. Il apparaissait important de détailler ces différents arguments et le poids de chacun d'eux afin d'arriver à une conclusion permettant de répondre à la question principale de ce travail.

1) Arguments et avantages en faveur de la prise en charge des proches

a. Des facteurs logistiques indéniables

Un des principaux arguments que les médecins avançaient et qui les motivaient à prendre en charge leurs proches était l'aspect pratique, et notamment la facilité et la rapidité d'accès à ces soins.

En effet, dans l'étude de Vallerend (31), 84,9% des médecins validaient ces arguments comme principal avantage dans la prise en charge des proches ; cet aspect était également largement avancé par les médecins de Peltz-Aïm (33). Les médecins de Nik sherina (32) mentionnaient surtout la facilité d'accès aux traitements pour les proches, ce qui permettait un gain de temps évident.

Dans l'étude de Toumelin (36) qui se concentrait sur les médecins prenant en charge leurs conjoints et leurs enfants, cette notion ressortait d'autant plus avec un aspect pratique qui prenait le dessus puisque cette prise en charge pouvait se faire au domicile, avec un examen clinique à portée de main. Goubet (37), qui s'intéressait principalement à la prise en charge des enfants par leur parent médecin, remarquait dans le discours de ses médecins que ce type de prise en charge leur permettait de pallier à l'éventuelle indisponibilité des confrères traitant leurs enfants et leur permettait également d'aménager leur emploi du temps plus facilement.

b. Une prise en charge médicale des proches motivée et améliorée grâce à différents facteurs

On retrouvait dans plusieurs études et notamment dans celle de Vallerend (31) la notion de meilleure connaissance du patient, puisqu'il s'agissait d'un proche. Les médecins étaient 45,3% à mentionner cet argument comme un avantage à la prise en charge de la famille et des amis. Chen (34) allait plus loin puisque sa population étudiée mentionnait que le médecin s'avérait être le médecin idéal pour ses proches étant donné qu'il connaissait parfaitement leurs antécédents médicaux et leurs préférences en matière de soins. D'ailleurs les médecins ressentaient moins de difficultés à évaluer l'état de santé de leurs proches que l'état de santé d'un patient lambda (30). Cette grande connaissance du patient était retrouvée dans l'étude de Goubet (37), où elle était encore plus forte dans le cas des enfants ayant deux parents médecins ; cela permettait d'améliorer leur prise en charge grâce à une complémentarité des connaissances.

Un autre argument avancé était la grande confiance des médecins envers leurs proches, qui les poussait encore plus à accepter les demandes et permettait d'améliorer les prises en charge (32).

La notion de meilleur suivi apparaissait comme un avantage puisqu'il était décrit par 35,8% des médecins de Vallerend (31). Le suivi des conjoints et des enfants de Toumelin (36) était aisé et facilité grâce à une proximité évidente, ce qui permettait de réaliser moins de prescriptions médicamenteuses et d'automédication. On constatait par ailleurs que les médecins prescrivaient moins d'antibiotiques à leurs enfants (37,38).

Les médecins de Vallerend (31) mentionnaient également pour 17% d'entre eux une meilleure observance chez leurs proches. Cette meilleure observance pouvait être rattachée à des prescriptions très encadrées par les médecins proches (36).

Enfin, on retrouvait divers arguments et avantages en faveur de la prise en charge des proches qui s'ajoutaient à ceux déjà présentés :

- La notion de moindre recours aux urgences pour les enfants de médecins (37).
- Une disponibilité et une attention des confrères d'autant plus importante lorsque le patient avait un proche médecin, notion que l'on retrouvait dans l'étude de Dagnicourt (39). Ils étaient d'ailleurs nombreux à passer le relais à un confrère notamment en cas de pathologie grave chez leur proche (30).
- Une diminution des dépenses publiques lorsque les médecins prenaient en charge leurs proches gratuitement (39).

c. Des répercussions positives pour le médecin lors de la prise en charge de ses proches

Les médecins de Vallerend (31) faisaient ressortir plusieurs sentiments positifs lors de la prise en charge de leurs proches : le sentiment d'accomplissement d'un devoir et d'une tradition pour 49%, et un sentiment de satisfaction pour 46,5%. En évaluant le niveau de satisfaction des médecins ressenti à la fin de la prise en charge de leurs proches, ceux-ci déclaraient une satisfaction correcte à 68% (contre seulement 11% de médecins non satisfaits de leur prise en charge). On retrouvait un taux de bonne satisfaction similaire pour les médecins de Bonvalot (30).

D'autres sentiments positifs ressentis lors de la prise en charge des proches pouvaient être retrouvés dans les différentes études comme le plaisir et la fierté (31,32).

Dagnicourt (39) mentionnait également un sentiment de liberté, notamment dans les prises de décision. Les réactions des proches constatées par les médecins lors d'un refus de soin de leur part étaient principalement des réactions de compréhension pour 59% des médecins.

On retrouvait par ailleurs dans ce travail des conséquences positives sur les relations, comme le renforcement des liens affectifs avec les proches, qui permettait un rapprochement et le bénéfice d'une potentielle aide psychologique pour les médecins.

2) Arguments et inconvénients allant à l'encontre de la prise en charge des proches

a. Plusieurs facteurs potentiels pouvant engendrer une prise en charge des proches modifiée, inadaptée ou incomplète

- Une implication affective trop marquée et un manque d'objectivité

L'implication affective trop importante des médecins qui soignaient leurs proches était retrouvée dans beaucoup des études sélectionnées ici.

Dans l'étude de Vallerend (31), 88% des médecins trouvaient qu'il existait une implication affective trop importante dans le soin aux proches et que cela constituait un argument contre ce type de prise en charge. Cette charge émotionnelle était encore plus importante dans le soin à ses propres enfants (36,38). Dans ce contexte, les médecins d'Anah (27) pensaient même qu'il était contraire à l'éthique de soigner ses proches.

Cette implication affective engendrait inévitablement un manque d'objectivité qui constituait un argument majeur allant à l'encontre du soin aux proches, retrouvé et mentionné dans la plupart des études en rapport avec ce sujet. Ceci était confirmé par l'étude de Vallerend (31) où 77,5% des médecins pensaient que le manque d'objectivité était un des principaux arguments contre le soin aux proches. Ce point était également largement abordé par une majorité de médecins dans les études de Peltz-Aïm (33) et de Dagnicourt (39) avec la notion de perte de neutralité mais aussi de difficulté à mettre en place une distance nécessaire dans le soin.

Delmas (40) mentionnait d'ailleurs dans son étude une certaine obnubilation. Cette perte d'objectivité rendait les médecins inconfortables dans le soin à leurs proches (29).

Ce manque d'objectivité avait plusieurs conséquences négatives sur la prise en charge des proches. Tout d'abord on retrouvait souvent chez les médecins de Peltz-Aïm (33) et Nik sherina (32) la notion de « peur de mal faire » ou la peur d'adopter une conduite à tenir erronée. Les médecins mentionnaient d'ailleurs le risque d'une différence de soins entre les proches et des patients lambda. Delmas (40) faisait allusion à un raisonnement médical erroné chez le médecin avec une démarche diagnostique non standardisée.

Mais les notions les plus pertinentes se retrouvaient dans les études de Peltz-Aïm (33) et Bonvalot (30) qui abordaient le risque de sous-estimation (ou sous médicalisation) et de surestimation (ou sur médicalisation) de l'état de santé des proches par rapport aux autres patients. On retrouvait ainsi que les médecins étaient 27,6% à surestimer l'état de santé de leur proches contre 18,7% pour un patient lambda, et étaient 32,8% à le sous-estimer contre 18,7% pour un patient lambda. Les médecins avaient donc plus souvent tendance à surestimer ou sous-estimer l'état de santé de leur proche que celui d'un patient lambda. Delmas (40) retrouvait la notion de mauvaise appréciation de la gravité avec une minimisation des symptômes et une attitude de temporisation trop marquée. Nik Sherina (32) allait même jusqu'à mentionner l'existence d'un biais personnel qui engendrait la volonté de ne pas vouloir voir arriver de pathologies graves chez ses proches.

Enfin, ce manque d'objectivité entraînait un phénomène de sympathie qui prenait le pas sur l'empathie dans la relation de soins, que beaucoup de médecins pointaient du doigt (36,38,39).

- Une consultation incomplète

Il était possible de remarquer lors de cette étude que les médecins pointaient du doigt des difficultés avec l'interrogatoire, l'examen clinique, et les gestes techniques qu'ils pratiquaient à leurs proches.

Tout d'abord, Dagnicourt (39) et Delmas (40) mentionnaient la difficulté dans l'interrogatoire des proches. On faisait référence plus haut à la bonne connaissance de ces derniers permettant une prise en charge optimisée, mais il existait justement une trop bonne connaissance des proches, qui poussait le médecin à ne pas réaliser un interrogatoire complet et lui faisait risquer de passer à côté d'informations cruciales dont il n'avait pas connaissance. Certains proches pouvaient même (volontairement ou non) ne pas être exhaustifs dans les informations données pendant l'interrogatoire. Peltz-Aïm (33) faisait remarquer que ce manque d'informations recueillies lors de l'interrogatoire concernait surtout les informations en rapport avec la sexualité ou les addictions des proches (thématiques qui n'étaient volontairement jamais abordées par les médecins dans certains cas).

Ensuite, on pouvait facilement constater les nombreuses difficultés rencontrées par les médecins en rapport avec l'examen clinique des proches. Les médecins de Delmas (40) et La Puma (29) avouaient souvent réaliser des examens non exhaustifs, sommaires ou inadéquats. On constatait même que 28% des médecins n'avaient jamais réalisé d'examen clinique chez leurs proches, alors que celui-ci devrait être systématique. Cette problématique de l'examen clinique était citée comme principale source d'inconfort dans la prise en charge des proches. Castéra (28) mentionnait également la grande difficulté à réaliser des gestes techniques chez ses proches.

Enfin, ces difficultés et ces lacunes auxquelles les médecins faisaient face lors de l'interrogatoire, l'examen clinique ou la réalisation de gestes techniques, pouvaient avoir plusieurs causes :

- La gêne ou la pudeur des proches qui était ressentie lors de l'interrogatoire ou l'examen clinique par les médecins de Peltz-Aïm (33) et Dagnicourt (39) qui parlaient même de pudeur physique et psychologique. Bonvalot (30) rapportait des difficultés surtout lorsque l'examen touchait à la sphère intime (examen gynécologique, toucher rectal, palpation mammaire). Les médecins de cette étude avaient par ailleurs tendance à envoyer plus souvent leurs proches chez un spécialiste pour réaliser ce type de gestes que les autres patients (gestes réalisés à 81,7% par le spécialiste chez les proches contre 21,5% chez les autres patients). Toumelin (36) mentionnait également la problématique pour les médecins de réaliser un examen clinique touchant à la sphère intime de leur conjoint, en précisant la difficulté à concilier une technicité à un abord habituellement intime de la personne et de son corps.

- Les modalités de consultation qui apparaissaient inadaptées, à cause du lieu de consultation et du matériel disponible sur place, ce qui rendait l'examen clinique difficile (28,39,40). Les modalités de consultation les plus fréquentes étaient à domicile (93%), au téléphone (91%), ou lors d'une visite à domicile non médicale (86%), ce qui posait le problème du matériel et de l'accessibilité à l'examen clinique ; ceci était surtout constaté lors du soin aux conjoints et aux enfants dans l'étude de Toumelin (36). Seulement un tiers des consultations étaient réalisées au cabinet (31). Ces modalités de consultations inadaptées faisaient ressortir la notion de manque de suivi avec des consultations au coup par coup selon les médecins de Manasterski (41) et de La Puma (29).
- La temporalité des demandes qui s'avérait inadéquate, intervenant souvent au mauvais moment, lors d'une moindre disponibilité du médecin (40). On pouvait retrouver par ailleurs la notion de manque de disponibilité psychologique chez ce dernier, mentionnée par les médecins de Toumelin (36), et qui concernait particulièrement le soin aux conjoints et aux enfants. Au domicile, les plaintes de ces derniers demandaient un effort supplémentaire en dehors des heures de travail du médecin dont la capacité d'écoute était altérée, ce qui pouvait le conduire à ne pas réaliser d'interrogatoire ni d'examen clinique voire à ne pas reconnaître les plaintes du conjoint ou de l'enfant. On pouvait citer une remarque intéressante des médecins de Goubet (37) qui pointaient du doigt le risque de passer à côté d'une pathologie grave en situation épidémique hivernale par exemple (grippes, gastro-entérites virales), à cause d'un manque de temps lors de ces périodes chargées (un médecin mentionnait notamment dans cette étude comment il avait pu passer à côté de l'appendicite de son enfant après un diagnostic de gastro-entérite aiguë en pleine épidémie sans interrogatoire ni examen clinique).

Ces lacunes dans l'interrogatoire ou l'examen clinique pouvaient donc logiquement engendrer une prise en charge inadaptée ou incomplète des proches.

- Un dossier médical incomplet

Un interrogatoire et un examen clinique incomplet ainsi que des modalités de consultation inadaptées menaient inévitablement à une mauvaise tenue du dossier médical voire à l'inexistence de ce dernier chez les proches.

C'est ce que l'on constatait dans l'étude de Bonvalot (30) où 18,3% n'avaient pas ouvert de dossier médical pour leur proche et où 23% ne tenaient pas à jour les dossiers médicaux existants, alors que ceci est indispensable dans toutes les circonstances et quel que soit le patient. Dans l'étude de Gendel (35) on constatait même que 43% des médecins ne consignaient jamais leurs consultations dans les dossiers médicaux de leur famille ou leurs amis. Les médecins de Toumelin (36) avouaient souvent une mauvaise tenue du carnet de santé de leurs enfants.

- Un secret médical difficile à respecter

Cette notion revenait souvent dans les différentes études sélectionnées ici. Dans le travail de Vallerend (31) il s'agissait d'un argument contre le soin aux proches puisque 20,4% des médecins interrogés mentionnaient cette difficulté du respect de la confidentialité et du secret médical. 81,5% des médecins de Bonvalot (30) assuraient s'y tenir. Il s'agissait d'un réel challenge pour les médecins de Nik Sherina (32), avec des proches qui pouvaient potentiellement les accuser de vouloir dissimuler des choses.

- Un choix libre et éclairé donné aux proches ?

Le choix (et le consentement) libre et éclairé dont bénéficiaient les patients pouvait être menacé lorsque ces derniers étaient pris en charge par un médecin proche. En effet on constatait dans l'étude de Bonvalot (30) que le médecin avait tendance à influencer les choix de ses proches, puisque 48,7% des médecins interrogés se sentaient plus enclins à pouvoir avoir une influence sur les décisions prises par leur famille ou leurs amis.

Goubet (37) mentionnait particulièrement le problème de l'absence de consentement libre et éclairé chez les enfants de médecins. Un manque d'autonomie future de ces enfants avec une difficulté à prendre leur santé en main (notamment à leur majorité) pouvait être ainsi attendu.

- Des problématiques à souligner avec les confrères

Comme vu plus haut, les confrères s'avéraient disponibles et attentifs avec les médecins et leurs proches. Mais on pouvait remarquer dans certaines études plusieurs points négatifs ressentis par les médecins dans la prise en charge de leurs proches par des confrères. En effet, Dagnicourt (39) constatait plusieurs effets néfastes de la prise en charge des proches émanant des confrères : moindres précautions lors de l'annonce de pathologies graves, délégation inappropriée des soins et de la surveillance au proche médecin, manque d'explication et de soutien, regard trop critique. Les médecins remarquaient également un certain malaise des confrères lorsque ceux-ci prenaient en charge leurs proches et l'existence d'un réel dilemme sur la manière de traiter ces patients, de peur de devoir faire face aux représailles du proche médecin en cas de prise en charge erronée (34).

Les médecins de proches eux-mêmes ressentaient également une sensation de malaise lorsque ces derniers étaient pris en charge par un confrère à cause d'un manque de confiance (41).

- D'autres facteurs divers à prendre en compte

Il existait d'autres facteurs divers allant à l'encontre du soin aux proches, à ne pas négliger.

Vallerend (31) citait le risque pour les médecins soignant leurs proches de priver ces derniers de leur relation avec leur médecin traitant habituel, ce qui pouvait engendrer un défaut de prise en charge de certaines pathologies à cause de la méconnaissance d'antécédents importants.

Les médecins de La Puma (29) mentionnaient la possibilité pour le praticien d'être tenté de répondre à des demandes de soins de la part de proches alors que la pathologie présentée se situait en dehors du champ de ses capacités ; c'était un des principaux arguments qui poussait 34% des médecins de l'étude à refuser certaines demandes des proches.

b. De potentielles répercussions négatives pour le médecin soignant ses proches

La prise en charge des proches engendrait des répercussions potentiellement négatives pour le médecin dans sa vie personnelle, mais également des répercussions d'ordre physique et psychologique.

- Des répercussions sur la vie personnelle

Il ressortait souvent dans les études sélectionnées que les proches avaient tendance à empiéter sur la vie privée du médecin. Dans l'étude de Peltz-Aïm (33), les médecins faisaient allusion à la répercussion des demandes de soins sur leur temps libre. Les proches des médecins de Dagnicourt (39) avaient tendance à ne pas respecter leur vie privée en effectuant des demandes de soin et de prise en charge à n'importe quel moment de la journée, ce qui entraînait une majoration de leur charge de travail préexistante. Il existait en conséquence des difficultés à séparer vie professionnelle et vie privée pour ces derniers, ce qui pouvait engendrer des conséquences sur la vie de famille et les liens familiaux (32).

- Des répercussions physiques et psychologiques

Le discours des médecins mentionnait des répercussions d'ordre physique mais surtout psychologique lors de la prise en charge de leurs proches.

La notion de fatigue physique était ressentie par les médecins de Delmas (40) à cause d'une sur sollicitation de la part des proches malgré une charge de travail déjà importante.

Dans plusieurs études on pouvait remarquer que les médecins mentionnaient la problématique des responsabilités qu'engendrait la prise en charge des proches. Les médecins évoquaient un réel poids de ces responsabilités imposées par les proches, qu'ils vivaient comme une dette envers ces derniers ; ils mentionnaient même un rôle dont ils étaient prisonniers (33).

Les médecins de Vallerend (31) étaient nombreux à faire allusion à une vraie pression familiale et à un fardeau, d'autant plus que les proches attendaient un degré d'implication très important de leur part.

Beaucoup de médecins des différentes études mentionnaient des sentiments négatifs et des symptômes psychologiques. Une anxiété accrue était surtout ressentie, et celle-ci pouvait se surajouter à une anxiété préexistante (32,39). Manasterski (41) retrouvait une réelle notion de souffrance psychologique des médecins, et ce notamment lors de la prise en charge de pathologies lourdes chez des proches. Vallerend (31) retrouvait aussi différents sentiments négatifs, tels que la peur ou encore la tristesse, ressentis lors de la prise en charge de proches, voire même de l'agacement. La culpabilité faisait également partie du discours des médecins, notamment en cas de refus de soin par le médecin proche ou d'échec lors de la prise en charge. Un sentiment de malaise et d'inconfort dans le soin revenaient également régulièrement (27,29).

Le doute intégrait souvent les paroles des médecins, et notamment le doute sur leurs capacités en tant que soignants, avec une appréhension du jugement familial et de l'échec (31,39). Nik Sherina (32) retrouvait même un sentiment d'insécurité en rapport avec ce doute, avec la peur que le proche se tourne vers un autre praticien.

Certains médecins étaient parfois surpris de ressentir un excès d'orgueil et de toute puissance avec une difficulté à passer la main aux confrères, comme c'était le cas chez les médecins de Delmas (40).

Enfin, à posteriori de la prise en charge des proches, les médecins se remettaient souvent en question, et pouvaient décider de modifier leur pratique future avec les proches. Parfois cela allait jusqu'à décider de refuser systématiquement les soins aux proches, souvent à cause de mauvaises expériences (40). Mais ce refus de soin n'était pas sans conséquence, et même si on constatait plus haut que celui-ci était souvent bien accueilli, le médecin n'était pas à l'abri des réactions négatives des proches comme mentionné dans l'étude de Vallerend (31) : agacement, reproches, tentative de culpabilisation (avec parfois arrêt complet des soins), chantage, rancœur,...ce qui pouvait majorer encore plus le mal être des médecins dans ce contexte.

c. De potentielles répercussions négatives dans la relation que le médecin possède avec le proche

- Une confusion et une modification des rôles

Un des risques régulièrement mentionné par les médecins dans les différentes études était le risque de confusion des rôles. Dans l'étude de Vallerend (31) ce risque était cité par une majorité soit 63,5% des médecins interrogés. Les médecins de Dagnicourt (39) faisaient part d'une difficulté à se positionner dans leurs rôles, et notamment dans leurs rôles de proches en tant que tels, si bien que quel que soit le contexte, ces derniers se sentaient surtout en position de soignants et pas en position de proche. Chen (34) retrouvait aussi la notion de difficulté à séparer les deux rôles de proches et de soignant, et les médecins de son étude mentionnaient même une séparation des rôles moralement intenable pour eux ; ces derniers allaient jusqu'à ressentir une modification de leur identité personnelle à cause de leurs connaissances médicales. Pour Toumelin (36), la relation intime avec les conjoints pouvait constituer un obstacle dans la distinction des rôles de médecin et de membre de la famille, notamment lors de l'examen gynécologique ; les médecins constataient qu'il était parfois difficile pour les enfants de voir le père ou la mère comme parent et non comme médecin. Goubet (37) mentionnait d'ailleurs les répercussions négatives des vaccinations sur le relationnel avec les enfants lorsqu'elles étaient réalisées par un des deux parents. Les médecins pouvaient également ressentir une inversion de l'autorité, surtout dans la relation entre l'enfant médecin et ses parents. Ceci impliquait parfois pour le médecin de devenir un véritable référent dans la famille avec l'autorité qui en découlait (39).

- Des conflits relationnels

Au vu des différentes problématiques, la prise en charge des proches engendrait logiquement différents conflits en tous genres que les médecins mentionnaient fréquemment (31,39).

Dans l'étude d'Anah (27), 9,4% des médecins avaient perdu des relations familiales ou amicales dans lesquelles ils étaient médicalement impliqués.

b. Le point de vue des proches

On remarquait que les proches faisaient également ressortir plusieurs avantages et plusieurs inconvénients à propos de leur prise en charge. Il apparaissait donc intéressant de se pencher sur ces éléments afin de les confronter par la suite aux avantages et inconvénients avancés par les médecins.

1) Arguments et avantages en faveur de la prise en charge des proches

- Une facilité d'accès et des avantages pratiques

Le côté pratique et la facilité d'accès étaient des arguments remarquables par les patients des différentes études sélectionnées, tout comme les médecins proches avaient pu le faire. 48% des proches de Bleuez (42) donnaient le côté pratique comme principale raison ayant motivé leur choix. Les patients de Cazenave (43) et Musseau (44) utilisaient des termes tels que disponibilité, proximité, rapidité. Dans l'étude d'Augustyniak (45), les proches faisaient remarquer la possibilité d'obtenir des soins habituellement non réalisés par les médecins généralistes comme les sutures ou des rendez-vous rapides avec les spécialistes.

Mais les proches évoquaient également le côté pratique et facile de cette prise en charge comme avantages pour le médecin lui-même. Selon les patients de Cagniato (46), leur prise en charge aisée constituée principalement de pathologies bénignes et leur bon état de santé rendait la tâche des médecins facile et cela justifiait qu'ils les prennent en charge.

Enfin, les patients mentionnaient d'autres avantages pratiques dans leur prise en charge : possibilité de multiplier les avis, de bénéficier d'un soutien et de conseils médicaux.

- Une grande confiance et une connaissance des compétences du médecin proche

A l'instar des médecins, cette grande confiance était mentionnée par un quart des patients de Bleuez (42) comme principale motivation engendrant le choix du proche comme médecin. Les proches d'Augustyniak (45) avançaient également cet argument avec la notion d'une certaine garantie de l'intérêt porté par le médecin. Les patients de Cazenave (43) connaissaient par ailleurs la confiance que leur médecin proche vouait en eux, ce qui constituait un argument supplémentaire pour se faire prendre en charge par ces derniers. Cette confiance apparaissait évolutive puisque plus les années passaient et plus les patients s'adressaient à leur médecin proche (46).

Les proches avaient également conscience des compétences de leur médecin apparenté, de ses prises en charge efficaces et de son investissement professionnel (45). Les proches de Cazenave (43) employaient les termes professionnalisme et efficacité. Ces avantages motivaient les patients à choisir leur proche comme médecin.

- Une meilleure observance

Les patients d'Augustyniak (45) faisaient écho aux propos des médecins puisqu'ils se trouvaient plus observants lorsqu'ils étaient pris en charge par leur médecin proche. Cette meilleure observance était due à la confiance vouée à ce dernier, mais aussi à une communication facilitée, qui permettait d'obtenir une meilleure compréhension du suivi et des effets indésirables des thérapeutiques, ainsi qu'une plus grande conviction sur le bien-fondé des traitements.

- Une meilleure prévention sur certains points

Dans l'étude de Madec (47), les proches déclaraient être beaucoup mieux sensibilisés que la population générale concernant leur prévention, notamment pour les vaccinations.

Les conjoints déclaraient une meilleure couverture vaccinale antitétanique que la population générale, puisqu'ils étaient 79% à être vaccinés contre 62,3% de vaccination antitétanique depuis moins de 10 ans et 71,2% depuis moins de 15 ans selon le rapport issu des données de l'Institut National de Veille Sanitaire datant de 2012 mesurant la couverture vaccinale en France (48). De même 100% des parents déclaraient leurs enfants à jour de leurs vaccinations, ce qui était mieux que la population générale puisqu'aucune étude n'a jamais retrouvé une couverture vaccinale parfaite.

Les femmes bénéficiaient également d'une meilleure prévention concernant les cancers gynécologiques. Dans le cadre du dépistage du cancer du sein, toutes les femmes de plus de 50 ans de Madec avaient bénéficié d'une mammographie, ce qui était donc mieux que la population générale, car en France seulement 49,9% des femmes de 50 à 74 ans avaient participé au dépistage organisé du cancer du sein en 2017 (ce taux était de 60,2% dans le département Loire-Atlantique où l'étude de Madec était réalisée) (49). Dans le cadre du dépistage du cancer de l'utérus, 75% des conjointes avaient réalisé un frottis cervico-utérin dans les trois ans précédents, alors qu'en France seulement 61% des femmes de 25 à 65 ans ont réalisé un frottis entre 2010 et 2014 (50).

2) Arguments et inconvénients allant à l'encontre de la prise en charge des proches

- Le constat d'une prise en charge inadaptée

Dans les études s'intéressant au point de vue des proches, ces derniers démontraient que leur prise en charge pouvait être inadaptée à cause de plusieurs éléments, comme on pouvait le constater plus haut dans le discours des médecins.

Tout d'abord, les proches faisaient eux aussi remarquer des conditions de consultation inadaptées : pour une majorité des patients de Madec (47), soit 73%, leur consultation n'avait pas lieu au cabinet ; dans l'étude de Bleuez (42), 16% des proches seulement déclaraient y consulter. Les proches de Musseau (44) estimaient pourtant qu'il n'existait pas de vraie consultation au domicile, et que les consultations au cabinet permettaient un meilleur suivi.

Certains proches n'avaient même pas l'impression de consulter un médecin et contestaient même la terminologie de médecin traitant chez leur proche. Les patients constataient d'ailleurs que plus la relation avec le médecin était proche, plus le cadre de consultation devenait inadapté (43,45).

Ensuite, les patients mentionnaient des difficultés de communication en rapport avec la proximité qu'ils possédaient avec leur médecin proche, car ces derniers pouvaient être susceptibles d'avoir une plus grande franchise, pouvaient prendre moins de gants, et pouvaient faire preuve de moins de patience. Cette communication pouvait être également limitée à cause d'un potentiel jugement émanant des médecins, ressenti par les proches. Ces derniers étaient ainsi moins enclins à se confier, et minimisaient parfois en conséquence leurs symptômes (44). Dans ce contexte, les proches d'Augustyniak (45) faisaient remarquer des difficultés en rapport avec les problématiques intimes ou psychologiques, qui engendraient des limites dans la communication à cause d'une pudeur psychologique (notamment dans le rapport à la nudité et la sphère uro-génitale). Il s'agissait même d'un motif de recours aux confrères pour 27% des proches de Bleuez (42).

Les familles et amis constataient qu'ils bénéficiaient d'un examen clinique superficiel et succinct, souvent voire toujours pour 50% des patients. 74% mentionnaient que leur médecin proche s'occupait souvent voire toujours du motif ponctuel de consultation sans aborder la globalité de leur prise en charge (42). Les proches mentionnaient ces lacunes dans l'examen clinique comme un facteur de risque d'erreur médicale (46).

Enfin, d'autres facteurs divers engendrant une prise en charge inadaptée étaient remarqués par les proches.

Ils constataient tout comme les médecins un risque de sous-estimation et de surestimation de leur état de santé. Pour plusieurs proches, il s'agissait d'une minimisation voire d'une banalisation des symptômes par leur médecin apparenté (43,45).

Les patients de Musseau (44) remarquaient des retards de prise en charge avec un sous-investissement de la part du médecin proche qui apparaissait expéditif puisque ces derniers se sentaient lésés concernant le temps de consultation. Les proches allaient jusqu'à mentionner une trop grande autonomisation imposée par les médecins en conséquence.

Certains proches constataient à l'inverse un surinvestissement des médecins avec parfois un excès de prudence (43,45).

Le manque d'objectivité du médecin était évidemment constaté par les patients, ainsi que l'importante implication affective indissociable. Cette implication était d'autant plus importante lors de pathologies graves et affectait le bon suivi et la bonne prise en charge. Les proches avaient conscience que ceci impactait négativement le médecin avec une souffrance psychologique importante (45).

Dans l'étude de Madec (47), les patients constataient des problèmes en rapport avec certains axes de prévention, ce qui pouvait conduire à une prise en charge inadaptée. Concernant la prise de tension artérielle, les conjoints n'étaient que 72% à avoir bénéficié d'une mesure au moins une fois par an, ce qui allait à l'encontre des recommandations sur le dépistage de l'hypertension artérielle (51). Cette problématique de prévention concernait également le cancer de la prostate, puisqu'on constatait un surdépistage de ce cancer : les médecins proches avaient prescrit des PSA chez 50% des hommes de 40 à 49 ans et chez tous les hommes de plus de 60 ans. On remarquait par ailleurs que les enfants de médecins généralistes étaient 26% à ne pas avoir bénéficié d'une courbe de croissance staturo-pondérale. Il existait également des lacunes dans le dépistage de la scoliose chez ces enfants puisqu'ils n'étaient que 54% à en avoir bénéficié.

Madec retrouvait par ailleurs que ces défauts de prévention étaient dus à l'absence de dossier médical et à des consultations pour la plupart réalisées en dehors du cabinet.

- Une relation médecin-patient perturbée avec une confusion des rôles

Les proches remarquaient bien les difficultés des médecins à maintenir leurs rôles et une relation médecin-patient adaptée. Mais ils ressentaient eux aussi cette problématique en tant que proche. Ce constat était fait chez patients de Cazenave (43) qui estimaient que plus la relation personnelle était développée, plus la relation médecin-patient était perturbée.

Les patients de Musseau (44) faisaient état de cette perturbation des rôles, et remarquaient même une théâtralisation du soin avec un « mode médecin dans son univers médical » lors des consultations au cabinet. Pour eux, le proche médecin était une dyade indissociable, mais séparer les lieux de consultation du lieu de vie semblait faciliter la distinction des deux facettes du médecin proche. Les patients constataient parfois un renversement de l'autorité. Ces derniers mentionnaient même une paternalisation du médecin proche avec une inversion des rôles (46).

- Le problème du choix éclairé

Les proches se sentaient lésés concernant leurs propres décisions dans les études qui ont été sélectionnées ici, comme les médecins pouvaient l'imaginer plus haut. Les patients de Musseau (44) l'évoquaient très bien, et mentionnaient des tensions ressenties entre liberté de soin et qualité de soin : le choix du médecin proche n'était jamais vraiment éclairé, et il était particulièrement difficile de changer de médecin par la suite en cas de problème, de peur de vexer son « moi » et son image de lui-même . Les proches de Cazenave (43) expliquaient également cette difficulté à changer de médecin traitant, principalement par gêne. Ils faisaient par ailleurs allusion à une volonté d'autolimitation de la consommation médicale malgré leurs besoins, afin de ne pas déranger le médecin proche.

- La problématique de la gratuité des honoraires

Les proches évoquaient un sentiment de redevabilité lié à la fréquente gratuité des soins (43). Ils mentionnaient aussi que plus la relation avec le médecin proche était éloignée, plus les proches avaient tendance à payer la consultation. Dans les faits, cette problématique de la gratuité des honoraires pouvait être à double tranchant : avantage voire bénéfice secondaire pour certains, inconvénient avec gêne pour d'autres (44).

- Des côtés négatifs et des risques inhérents à la prise en charge par un médecin tiers

Les proches d'Augustyniak (45) avaient le regret de ne pas être jugés et traités comme n'importe quel patient et avaient parfois l'impression de s'imposer par rapport à leur statut de proche de médecin. Dans l'étude de Musseau (44) les patients avaient conscience d'un risque réel de surmédicalisation par le médecin tiers à cause du médecin proche.

- Le secret médical pointé du doigt

Les proches remarquaient aisément la difficulté pour les médecins à respecter leur secret médical : certains se voyaient parfois obligés de mentionner à leur médecin proche la nécessité de respecter celui-ci afin qu'aucune information à leur propos ne soit divulguée à d'autres membres de la famille ou du cercle d'amis (44).

- Des demandes irrépressibles malgré la pleine conscience des problématiques

Les patients avaient bien conscience de toutes les difficultés inhérentes à leur prise en charge par un médecin proche. Mais on constatait dans plusieurs études que leurs demandes étaient irrépressibles malgré une réelle volonté de limitation, et malgré l'embarras et l'inconfort que pouvait montrer le médecin (46). Dans l'étude d'Augustyniak (45), il n'existait aucune remise en question des patients sur les demandes de suivi, et ces derniers disaient même parfois forcer la main de leur médecin proche. Ceci rejoignait les témoignages des patients de Bleuez (42) qui étaient 86% à ne pas respecter l'emploi du temps du médecin pour leurs demandes.

IV) Les solutions apportées aux médecins faisant face à une demande de prise en charge par leurs proches

On retrouvait dans la littérature plusieurs textes, constitués principalement de revues narratives et d'avis d'auteurs, fournissant des solutions et des pistes destinées à apporter une aide aux médecins faisant face à une demande de soin de la part de membres de leur famille ou de leurs amis. Ces pistes pouvaient être de différents types, mais elles ne donnaient pas un consensus précis ni une réponse catégorique à adopter devant chaque demande de soin de la part d'un proche.

a. Des outils pour une réflexion des médecins en amont de leur décision

1) Différents niveaux de risques pour aider les médecins à situer leur degré d'implication dans le soin aux proches

L'article de Fromme (52) décrivait différents niveaux de risques dans le soin aux proches en fonction des situations auxquelles le médecin s'exposait. Ceci permettait au médecin de savoir dans quelle catégorie il se situait et à quel risque il s'exposait lorsqu'il faisait face à une demande de soin de la part d'un proche. Cela permettait également d'aider les médecins dans leur décision de prise en charge ou non de leurs proches. Ces niveaux de risques allaient de faible à élevé et se retrouvent dans le tableau 1.

Risque faible	<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer certaines informations médicales - Suggérer au patient d'aller consulter un médecin - Répondre à des questions concernant la nécessité d'aller consulter un médecin - Répondre à des questions concernant des traitements médicamenteux - Éduquer le patient (par exemple sur les soins à prodiguer lors d'une entorse de cheville) - Aider le patient à naviguer dans le système de soins - Assister à des consultations médicales - Lors de consultations médicales, aider le patient à poser les bonnes questions et à interpréter le jargon médical
Risque moyen	<ul style="list-style-type: none"> - Suggérer au patient qu'il n'a pas besoin de s'inquiéter ou de consulter - Renouveler un traitement prescrit une seule fois - Suggérer des médicaments en vente libre
Risque élevé	<ul style="list-style-type: none"> - Prescrire un médicament qui n'a jamais été prescrit - Prescrire des psychotropes ou des substances réglementées - Prescrire des examens complémentaires - Analyser des résultats - Coordonner des soins - Prendre des décisions sans impliquer le médecin traitant ou le patient - Pratiquer des soins allant au-delà des premiers secours

Tableau 1. Différents niveaux de risques établis par Fromme

2) Plusieurs questions à se poser avant de prendre sa décision

Dans un autre travail, La Puma (53) avait pu isoler 7 questions à se poser en tant que médecin exposé à une demande de soin de la part d'un membre de la famille. Ainsi, en cas de réponse négative à une ou plusieurs des questions posées, le médecin devait envisager de ne pas répondre à cette demande de soin potentiellement délétère :

- Suis-je entraîné pour faire face aux besoins médicaux de mes proches ?
- Suis-je trop proche de mon parent pour enquêter sur ses histoires intimes, réaliser un examen physique ou faire face à des mauvaises nouvelles le concernant ?
- Puis-je être assez objectif pour ne pas donner des soins excessifs, insuffisants ou inappropriés ?
- Est-ce que mon implication médicale est susceptible de provoquer ou d'intensifier des conflits familiaux ?
- Mes proches seront-ils plus observants en cas de prise en charge par un médecin non apparenté ?
- Permettrai-je au médecin à qui je réfère un membre de ma famille de prendre en charge librement ce dernier sans intervenir ?
- Suis-je prêt à rendre des comptes sur mes prises en charge à mes confrères et au public ?

b. Discuter avec son proche et imposer des limites si une prise en charge est envisagée

Dans les différents textes abordant les solutions permettant aux médecins de prendre en charge sereinement et correctement leurs proches, il était conseillé avant tout d'anticiper la situation et d'entamer une discussion avec ce dernier afin de mettre au clair la situation.

Eastwood (54) préconisait de discuter avant tout des attentes du demandeur et du médecin lors de cette prise en charge. Le médecin devait s'assurer que le proche envisageait de partager toutes les informations nécessaires à sa prise en charge, y compris les informations intimes. Rourke (55) conseillait aux médecins de largement aborder leurs attentes concernant le respect de leur vie privée.

Les médecins de Dagnicourt (39) mentionnaient la nécessité d'imposer un cadre et des règles lors de la prise en charge des proches, même si ces derniers pouvaient y trouver de la frustration. Pour Rourke (55), il était indispensable de négocier clairement des limites avec le proche, qu'elles soient physiques ou personnelles. Réaliser des consultations uniquement sur le lieu de travail du médecin, au cabinet ou à l'hôpital (et en dehors de ce cadre uniquement en cas d'urgence), était une des limites indispensables. Mais la précaution était de mise lors de l'instauration de ces limites, car elles pouvaient s'avérer trop lâches (obligations non respectées, perte d'objectivité du médecin, trop grande implication affective, manque d'information de la part du patient, inobservance, risque de conflits) ou trop sévères (manque d'empathie du médecin, communication difficile avec le patient, relation qui se détériore).

c. S'en tenir aux situations comportant peu de risques

Kamerow (56) indiquait qu'il était acceptable pour les médecins d'effectuer uniquement des prises en charge comportant le moins de risques possible, comme les problématiques mineures, aiguës et de courte durée, ou chroniques et bien connues.

Tulsky (57) préconisait de privilégier les situations ne nécessitant pas de nouvelle évaluation (renouvellement d'ordonnance perdue, plaintes concernant une pathologie que le patient a déjà présentée) ou les situations nouvelles mais simples, nécessitant un examen limité, la prescription de quelques thérapeutiques ou des soins minimaux. Les situations complexes ne devaient être prises en charge qu'en cas d'indisponibilité d'un autre médecin. Il était recommandé aux médecins de ne pas hésiter à rappeler à leurs proches qu'ils pouvaient simplement s'en tenir à un rôle de conseiller et un rôle d'orientation sans pour autant avoir à les traiter. Il apparaissait également important pour les médecins de ne pas soigner leurs proches pour des pathologies sortant de leur champ de compétences.

d. Veiller à prodiguer la même prise en charge qu'un patient lambda

Pour plusieurs auteurs, la prise en charge d'un patient proche devait être exactement similaire à celle d'un patient lambda afin d'être adaptée, et le médecin devait s'en assurer régulièrement tout au long de sa prise en charge.

Pour Johnson (58), traiter des proches de manière similaire aux autres patients était indispensable, en utilisant rigueur, savoir et recherches. Les consultations des proches devaient être consignées dans les dossiers et la consultation devait si possible avoir lieu au cabinet. En cas de demande de second avis, le médecin devait veiller à se procurer le dossier de son proche auprès de son médecin traitant.

Kamerow (56) ajoutait qu'il était acceptable pour un médecin de soigner ses proches si ce dernier était parfaitement à l'aise avec la pathologie présentée et si la prise en charge réalisée était d'aussi bonne qualité que celle réalisée au cabinet (si la consultation devait se faire en dehors de celui-ci).

Mossman (59) insistait sur l'importance d'un interrogatoire complet, d'un examen clinique approfondi, et de l'information du patient sur les bénéfices, les risques et les effets secondaires d'un traitement.

Enfin, Eastwood (54) précisait même qu'un examen clinique complet et le paiement des actes s'avéraient nécessaires pour renforcer la relation dans un cadre légal. Respecter l'autonomie et la confidentialité du proche était également indispensable.

e. Discuter avec ses confrères en cas de mauvaise expérience

Discuter avec ses confrères apparaissait important, afin d'échanger sur les mauvaises expériences vécues lors de la prise en charge de proches et en tirer des leçons. Eastwood (54) insistait sur l'importance de cette communication entre pairs, notamment lors de conflits avec un proche, afin de mieux les comprendre et les éviter dans le futur. Tulsy (57) allait même jusqu'à conseiller une communication de ces mauvaises issues dans des revues de morbi-mortalité ou sur des forums médicaux.

f. Refuser et référer systématiquement à un confrère quel que soit la demande

Certains auteurs conseillaient de systématiquement refuser les demandes de soin émanant de proches et de les renvoyer vers un confrère, quel que soit la demande émise. C'était notamment le cas de Husein (60), qui préconisait cette conduite à tenir pour un meilleur traitement, sans jugement et sans stress.

Certains médecins de Dagnicourt (39) préconisaient également de renvoyer leurs proches aux confrères pour une prise en charge neutre, mais il était alors indispensable que le médecin ait une grande confiance et n'interfère pas dans celle-ci.

Eastwood (54) donnait quelques réponses types pour faire part d'un refus de soin à un proche, que les médecins pouvaient utiliser lors d'une telle décision :

- « Oui bien-sûr, je serais ravi de t'aider mais... »
- « Laisse-moi m'assurer que je comprends bien ce que tu me demandes. »
- « Je serais ravi de continuer à m'impliquer mais... »
- « J'aimerais pouvoir t'aider, mais comprends que...[je ne t'ai pas examiné] [je ne suis pas cardiologue][je ne suis pas ton médecin]. »
- « Je ne suis pas ton médecin, mais dans des situations comme celles-là je crois que ce confrère est recommandé. »
- « Je suis désolé mais je ne pense pas que je puisse faire cela parce-que... »
- « Dans ces circonstances, tu ne devrais pas te reposer sur moi pour des conseils médicaux. »
- « Je me sentirais mieux si tu demandais cela à ton médecin. »
- « Je suis ton ami (ou cousin, etc...) et il se trouve que je suis médecin, mais je pense que tu peux reconnaître le fait que cela est différent d'être ton médecin. »

Par ailleurs, il était tout à fait possible de mélanger ces réponses afin d'étoffer son discours auprès d'un proche en cas de refus de soin.

g. Former et sensibiliser les étudiants et les médecins sur le sujet

Dans sa revue de la littérature concernant la réponse à adopter face à une demande de soin de la part de proches, Beguin (61) concluait qu'il apparaissait intéressant de former ou de sensibiliser les étudiants et les médecins généralistes sur la problématique du soin aux proches. Une étude sur les besoins ressentis d'une telle formation ainsi qu'une enquête permettant de savoir si les médecins généralistes étaient plus à l'aise après une sensibilisation s'avéraient nécessaires.

Douglas (62) mentionnait dans sa réponse à un lecteur les problématiques éthiques posées par la prise en charge des proches devaient être abordées auprès des étudiants en médecine et des médecins. Les préoccupations émotionnelles et les compétences nécessaires pour soigner un apparenté devaient faire partie de cette formation également. Il concluait de manière intéressante qu'il était parfois plus utile d'être un bon conjoint, parent, enfant, frère, sœur,...

DISCUSSION

I) Forces de l'étude

Cette revue de la littérature regroupait de manière exhaustive tous les documents faisant référence au médecin et à la prise en charge de ses proches, les données éthiques, déontologiques et légales, ainsi que les recommandations existantes à ce sujet. Ceci a permis de ne négliger aucune information et aucune donnée indispensable à la réflexion de cette étude, qui s'est basée sur les documents les plus pertinents inclus après lecture de toutes les références sélectionnées. L'analyse thématique était tout à fait adaptée à cette revue de la littérature car elle permettait d'organiser de manière claire les principales idées ressortant des études sélectionnées afin de répondre à la question principale qui était « Le médecin peut-il soigner ses proches ? ».

Ce sujet, abordant les capacités du médecin à soigner ses proches, n'avait jamais été abordé dans la littérature auparavant. Il apparaissait intéressant d'y mêler les notions éthiques, déontologiques et légales ainsi que les recommandations existantes à ce sujet, qui sont les bases de la réflexion médicale de tout médecin ; par ailleurs, aucune étude ne regroupait de manière exhaustive ce type de données officielles sur le sujet. Cette étude bénéficiait de travaux récents sur le point de vue des proches et à ce jour aucune revue de la littérature ne l'avait analysé, alors que ce point de vue fait partie intégrante de la question du soin aux proches, qui sont les principaux concernés avec les médecins.

Ce travail permettait de faire prendre conscience de la large problématique du soin aux proches et de répondre à la question simple de cette étude qui revenait régulièrement lors des conversations abordant le sujet, afin d'éclairer et d'aiguiller les médecins. Faire le point sur les données éthiques, déontologiques ainsi que sur les recommandations et les textes de lois existants ou non permettait de mettre au clair les potentielles directives auxquelles le médecin devait ou non se soumettre.

II) Limites de l'études

Il existait plusieurs limites à cette revue de la littérature.

Tout d'abord, peu de données officielles et peu travaux sur le sujet de cette étude étaient disponibles dans la littérature. Les différents travaux retrouvés étaient d'origine française, américaine, canadienne ou anglo-saxonne. Peu de documents émanaient d'autres pays : c'était le cas pour l'article d'Anah paru dans une revue nigériane (27), l'article de Husain (60) paru dans une revue pakistanaise, et l'article de Nik Sherina (32) issu d'une étude réalisée en Malaisie et paru dans une revue asiatique.

Ensuite, les études les plus pertinentes avec la meilleure validité interne et externe sélectionnées pour ce travail comportaient plusieurs biais, ce qui abaissait leur niveau de preuve :

- Les études quantitatives qui s'avéraient être pour la plupart des enquêtes descriptives transversales, comportaient de petits effectifs ; seules les études de La Puma (29) et de Gendel (35) semblaient sortir du lot avec des effectifs plus importants. Ces études descriptives transversales étaient toutes monocentriques. Il existait très souvent un biais de sélection de la population interrogée qui était fréquemment peu représentative, ainsi qu'un biais de déclaration lié à la subjectivité du discours de cette population et un biais de mémorisation car les questions faisaient appel à la mémoire des interrogés.
- Les études qualitatives présentaient également pour la plupart de petits effectifs. Il existait un biais de sélection fréquent, puisque les populations interrogées étaient très souvent recrutées dans les connaissances des investigateurs. Le biais de déclaration était plus marqué ici avec une importante subjectivité potentielle du discours, et il s'associait à un biais de mémorisation encore plus important que dans les études quantitatives. Les investigateurs exposaient leurs travaux aux biais d'investigation et d'interprétation, en orientant les réponses de leurs populations et en interprétant leurs résultats de manière subjective ; cela était principalement dû à l'inexpérience en matière de recherche scientifique des investigateurs. Peu d'études qualitatives bénéficiaient d'une triangulation des données.

Il en était de même pour les études de cas, revues narratives et avis d'auteurs, qui bénéficiaient d'un faible niveau de preuve, principalement à cause du jugement personnel omniprésent de leurs auteurs.

Enfin, la subjectivité et l'inexpérience de l'investigateur de cette étude dans le domaine de la recherche scientifique a également pu interférer dans l'analyse des résultats. De plus, cette revue de la littérature n'a pas bénéficié d'une triangulation des recherches bibliographiques ou de l'analyse des résultats. Après réflexion, l'utilisation du logiciel N'Vivo aurait pu être plus adaptée pour l'analyse thématique.

III) Les résultats

Le médecin bénéficiait de très peu de données éthiques, déontologiques et légales ainsi que de recommandations à propos du soin aux proches pour l'aiguiller. La plupart de ces données étaient retrouvées principalement aux Etats-Unis, au Canada et en Angleterre. Toutes ces données avaient plutôt tendance à déconseiller aux médecins de prodiguer des soins à leurs proches, ou préconisaient de se limiter aux cas d'urgence lorsqu'aucun autre médecin n'était disponible (6,8–14,16–20) ou aux pathologies mineures (6,16). Le médecin devait prendre de grandes précautions. Il était également conseillé de se limiter à un rôle de conseiller, d'interprète ou de référent aux autres praticiens (8). Presqu'aucun texte de loi n'abordait le soin aux proches, et seuls 2 états américains ainsi que le sud de l'Australie interdisaient certaines prescriptions aux proches (24–26). Aucune donnée française précise n'existait dans les différents codes d'éthique, de déontologie, les manuels de recommandations, le code de la santé publique ou le code de la sécurité sociale pour orienter les médecins faisant face à une demande de soin de la part de proches. Seul l'article 7 du code de déontologie médicale pouvait éventuellement orienter le médecin dans le soin aux proches, en indiquant que ce dernier devait prendre en charge toutes les personnes avec la même conscience (4). Mais le commentaire de cet article pouvait semer le doute dans l'esprit des médecins en mentionnant que l'objectivité était nécessaire à leur action...objectivité qui était toujours mise à mal lorsqu'un médecin prenait en charge ses proches comme nous avons pu le voir plus haut. Par ailleurs l'article 47 du code de déontologie stipulait que le médecin pouvait se réserver le droit de refuser de prendre en charge un patient, qui pouvait donc s'avérer être un proche.

L'analyse des différentes études mettait en lumière la trop grande fréquence du soin aux proches. Le médecin était constamment confronté à ces demandes trop fréquentes selon Anah (27), émanant principalement de son conjoint ou ses enfants (27,29,31). Ces demandes engendraient surtout des prescriptions et des diagnostics de pathologies mineures aiguës comme le montrait Gendel (35), car on constatait que les médecins se sentaient mal à l'aise lors de prises en charge de pathologies chroniques chez leurs proches (32), même si on pouvait ajouter que la prise en charge de ces petites pathologies pouvait comporter beaucoup de risques en l'absence de vigilance (d'autant plus que les médicaments les plus prescrits, antibiotiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens, étaient loin d'être anodins et dépourvus de conséquences).

Les médecins s'avéraient beaucoup plus à l'aise en délivrant de simples explications ou conseils médicaux (32,34). Pourtant, beaucoup avaient osé refuser une demande de soins de la part de leur proche comme c'était le cas pour les médecins de La Puma (29).

Toutes ces demandes engendraient des avantages mais également beaucoup d'inconvénients. Certains avantages étaient indéniables tels que les côtés pratiques, l'excellente connaissance du proche, une grande confiance envers lui, un meilleur suivi avec moins de prescriptions et une meilleure observance (31,32). Ceci était d'autant plus vrai avec les conjoints et les enfants comme le montrait Toumelin (36). Ces avantages engendraient de vraies conséquences positives pour le médecin comme une grande satisfaction, un réel plaisir, de la fierté, un sentiment de liberté et un renforcement des liens avec les proches (31,32,39). Il était constaté dans le discours des proches les mêmes arguments que les médecins, ce qui leur conférait encore plus de valeur. Les proches rajoutaient même un réel bénéfice sur leur prévention qui n'en était que meilleure comme on le constatait dans l'étude de Madec (47). Tous ces arguments positifs permettaient une prise en charge améliorée des proches.

Mais un trop grand nombre d'inconvénients aux conséquences potentiellement désastreuses pour les médecins prenait le dessus sur ces avantages. Le principal inconvénient qui était largement retrouvé dans cette revue de la littérature était le manque cruel d'objectivité causé par une implication affective trop importante, auquel une grande partie des médecins faisaient face avec de nombreuses difficultés comme on le constatait dans l'étude de Vallerend (31). L'objectivité était pourtant indispensable au discernement du médecin pour lui permettre une prise en charge adaptée quel que soit son patient. Ce manque d'objectivité entraînait indéniablement un risque de sous-estimation ou de surestimation de l'état de santé des proches des médecins (30,33). D'autres problématiques conséquentes entraient également en compte lorsqu'un médecin prenait en charge ses proches : un interrogatoire, un examen clinique et des dossiers médicaux incomplets ou même inexistant dans les études de Dagnicourt (39), Delmas (40), La Puma (29) et Bonvalot (30), un secret médical difficilement respecté (32), une liberté de choix restreinte pour les proches (30), de multiples problématiques avec les confrères (39). Ces nombreux inconvénients allaient totalement à l'encontre d'une prise en charge adaptée des proches par le médecin et faisaient même encourir un grand risque d'erreur médicale avec toutes les issues néfastes qui en découlent.

Le médecin devait alors faire face à trop de conséquences négatives pour lui-même ainsi que pour ses proches : répercussions sur sa vie personnelle non respectée que Peltz-Aïm (33) et Dagnicourt (39) mettaient en avant, répercussions physiques et psychologiques marquées (fatigue physique, poids des responsabilités, anxiété, souffrance psychologique, tristesse, peur, culpabilité, malaise, doute, remise en question) (31,40,41), confusion des rôles, conflits avec les proches (31,39). Il était facile d'imaginer que toutes ces problématiques pouvaient favoriser l'apparition de pathologies psychiatriques chez les médecins, comme des épisodes dépressifs. Les proches avaient pourtant pleine conscience de tous les problèmes engendrés par leur prise en charge, mais malgré tout leurs demandes s'avéraient irrépressibles (42,45,46).

Devant ce trop grand nombre d'arguments négatifs aux conséquences indéniables prenant le dessus sur les avantages ainsi que l'incapacité des proches à refreiner leurs demandes de soins, il apparaît trop difficile pour le médecin d'envisager de soigner ses proches après cette revue de la littérature. Trop d'embûches et de difficultés remplissent déjà le quotidien d'un médecin, qui ne peut pas supporter toute cette problématique surajoutée du soin aux proches. Trop peu de recommandations et de directives éthiques, déontologiques et légales permettent d'éclairer la pensée du médecin et de l'aiguiller dans ses prises en charge.

À la question « Le médecin peut-il soigner ses proches ? », cette revue de la littérature tend donc à répondre non, mais avec certaines nuances. En effet, le médecin ne semble pas posséder les capacités adéquates pour faire face aux problématiques décrites plus haut et prendre en charge ses proches de manière adaptée en ayant une conduite éthique et déontologique appropriée. Il apparaît pourtant difficile d'adopter une position fixe de refus systématique de soin comme pouvait le proposer Husain (60), position que les proches pourraient ne pas comprendre ce qui engendrerait ici encore des conséquences négatives pour le médecin. Déconseiller aux médecins de prendre en charge leur famille et leurs amis proches semble plus adapté, comme pouvaient le faire certaines associations étrangères dans leurs recommandations. Expliquer clairement aux proches les raisons de son refus est indispensable, mais en utilisant des éléments pertinents comme ceux d'Eastwood (54). Un médecin peut tout de même envisager de garder un rôle de conseiller, d'orientation et d'explication des informations médicales auprès de ses proches sans encourir de risques importants comme le proposait Fromme (52). En dernier lieu, traiter les problématiques mineures, aiguës et de courte durée peut s'envisager mais avec une grande précaution (56,57).

Aucune loi ou directive n'interdit au médecin de s'impliquer dans des pathologies plus lourdes ou de prendre en charge ses proches au long cours, mais s'il décide de le faire, cela reste alors à ses risques et périls.

Avant d'envisager ce type prise en charge, le médecin peut par exemple se remémorer les 7 questions de La Puma (29), relativement pertinentes, qui permettent de faire le point sur ses capacités à traiter ses proches. Il apparaît également indispensable de discuter avec ses proches et de mettre les choses au clair afin d'établir des limites et un cadre de consultation bien défini (sur le lieu de travail, au cabinet ou à l'hôpital) comme le conseillaient Eastwood (54), Rourke (55) et Dagnicourt (39) avant toute prise en charge complète. Le médecin devra veiller à ce que sa prise en charge soit toujours exactement similaire à celle d'un patient lambda en essayant de garder le plus d'objectivité possible (8,53,55,57,58). Le médecin devra essayer au maximum de tirer parti de tous les avantages de cette relation (confiance, connaissance du patient, meilleure observance, meilleur suivi) afin d'améliorer sa prise en charge. Mais il apparaît évident que toutes ces précautions ne mettront jamais le médecin à l'abri d'une issue néfaste dans la prise en charge de ses proches. Ces potentielles issues délétères devraient être partagées avec les pairs afin de comprendre les erreurs commises (54).

IV) Perspectives

Comme pouvait l'évoquer Beguin (61) dans sa revue de la littérature, il semblerait ici aussi intéressant de former et d'informer les étudiants en médecine et les médecins sur le sujet du soins aux proches afin qu'ils puissent y voir plus clair et adaptent leur pratique.

Il pourrait également s'avérer pertinent de savoir si les médecins sont en demande de recommandations officielles ou de données éthiques, déontologiques ou légales, notamment en France où aucun texte n'aborde le sujet du soin aux proches pour guider les médecins.

De même, aucune étude à ce jour ne fait mention de la sensibilisation des proches. Il s'avèrerait intéressant de sensibiliser les proches aux difficultés que peuvent rencontrer les médecins dans leur prise en charge, afin qu'ils puissent adapter leurs réactions en cas de refus de soin et agir en conséquence sur leurs demandes.

CONCLUSION

Chaque médecin est amené à prêter serment dès le début de sa carrière, et se doit de respecter les codes d'éthique, de déontologie, les recommandations officielles et les textes de lois régissant sa profession, quel que soit son pays d'origine. Une question simple revient régulièrement lorsque l'on aborde le sujet du médecin prenant en charge sa famille et ses amis, qui anime particulièrement les conversations : le médecin peut-il soigner ses proches ? L'objectif de cette revue de la littérature était de rassembler les données disponibles afin de savoir si le médecin est en capacité de soigner ses proches tout en ayant une prise en charge adaptée et une conduite légale, éthique et déontologique appropriée, le tout appuyé sur des recommandations de bonne pratique.

Il existait trop peu de recommandations et de données éthiques, déontologiques et légales disponibles dans le monde pour orienter les médecins faisant face à une demande de soin de la part de leurs proches. Les recommandations étrangères existantes tendaient à dissuader les médecins de prendre en charge leurs proches. Aucune donnée n'était disponible en France pour les aiguiller. Les demandes de soin, souvent trop fréquentes, touchaient presque tous les médecins. Ils décrivaient des avantages indéniables mais ceux-ci étaient peu nombreux et surplombés par un trop grand nombre d'arguments négatifs pouvant avoir des conséquences lourdes et désastreuses autant pour le médecin que pour ses proches. Les proches avaient pleine conscience des avantages mais également des inconvénients et des conséquences négatives de leur prise en charge. Malgré cela, leurs demandes étaient irrépessibles.

Il apparaît évident de répondre non à la question principale de cette étude qui est « Le médecin peut-il soigner ses proches ? ». Même si les médecins ne semblent pas posséder les capacités adéquates pour soigner leurs proches, cette réponse peut tout de même être nuancée. Déconseiller aux médecins de soigner leurs proches semble plus adapté. Le médecin peut également s'en tenir à un rôle médical de conseiller, d'orientation et d'explication auprès de ses proches. Traiter les pathologies aiguës et mineures est éventuellement acceptable mais avec de grandes précautions. Si le médecin décide de prendre en charge ses proches au long cours ou quel que soit la pathologie présentée, une réflexion préalable à ce sujet est alors indispensable.

Le médecin se doit également d'imposer des limites et un cadre en s'assurant de prodiguer des soins exactement similaires à ceux prodigués à un autre patient. Mais toutes ces précautions ne mettront jamais le médecin à l'abri de conséquences néfastes.

Cette revue de la littérature permet ainsi de mettre au clair le sujet du soin aux proches et de regrouper toutes les données disponibles à ce propos, afin d'éclairer les médecins dans leur réflexion et les aiguiller.

Il pourrait être intéressant de former et de sensibiliser les étudiants en médecine et les médecins sur le sujet, et d'étudier les besoins en recommandations officielles, données éthiques, déontologiques et légales ressentis à propos du soin aux proches. Il pourrait également être pertinent de sensibiliser les proches afin qu'ils adaptent leurs comportements en cas de refus et agissent sur leurs demandes de soin en conséquence.

BIBLIOGRAPHIE

1. Le serment d'Hippocrate [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
2. Conseil Européen de l'Ordre des Médecins. Charte d'Ethique Médicale Européenne [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: http://www.ceom-ecmo.eu/sites/default/files/documents/fr-charte_europeenne_dethique_medicale-adoptee_a_kos_0.pdf
3. Conseil de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale. Version 2014. [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: http://www.conseil76.ordre.medecin.fr/system/files/domain-192/documents/Commentaires_du_code_de_deontologie_medicale.pdf
4. Conseil de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>
5. METZ A. Le ressenti des jeunes généralistes face aux demandes de soins de leurs proches : Étude qualitative auprès de quinze médecins exerçant en Alsace [Thèse d'exercice de médecine]. Strasbourg; 2014.
6. American Medical Association. Code of Medical Ethics' Opinion 8.19 on Physicians Treating Family Members [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/ama-code-medical-ethics-opinion-physicians-treating-family-members/2012-05>
7. Percival T. Medical Ethics, or, A Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons : to Which is Added an Appendix ; Containing a Discourse on Hospital Duties ; Also Notes and Illustrations. S. Russell; 1803. 268 p.
8. American College of Physicians. Ethics Manual Seventh Edition [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.acponline.org/clinical-information/ethics-and-professionalism/acp-ethics-manual-seventh-edition-a-comprehensive-medical-ethics-resource/acp-ethics-manual-seventh-edition>
9. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. Pediatrician-Family-Patient Relationships: Managing the Boundaries. *Pediatrics*. 1 déc 2009;124(6):1685-8.
10. College of Physicians and Surgeons of Ontario. Physician Treatment of Self, Family Members, or Others Close to Them [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.cpso.on.ca/Physicians/Policies-Guidance/Policies/Physician-Treatment-of-Self-Family-Members-or>

11. Medical Board of California. General office practices/protocols-frequently asked questions. [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: http://www.mbc.ca.gov/Consumers/Complaints/Complaints_FAQ/Practices_and_Protocols_FAQ.aspx
12. State Medical Board of Ohio. Frequently asked questions [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: Available at: http://www.med.ohio.gov/professional_guidelines.htm.
13. New Hampshire Medical Board. Guidelines for selfprescribing and prescribing for family members. [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.oplc.nh.gov/medicine/documents/guidelines-self-prescribing.pdf>
14. Virginia Board of Medicine. Frequently Asked Questions [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: https://www.dhp.virginia.gov/medicine/medicine_faq.htm#Prescribe
15. Medicare. Medicare Carriers Manual. Charges imposed by immediate relatives of patient or members of household [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.sccma-mcms.org/Portals/19/assets/docs/Physician-treating-family-member.pdf>
16. Canadian Medical Association. Code of Ethics and Professionalism [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://policybase.cma.ca/en/permalink/policy13937>
17. Collège des Médecins du Québec. Code de déontologie des médecins [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.cmq.org/page/fr/code-de-deontologie-des-medecins.aspx>
18. Medical Board of Australia. Good medical practice: a code of conduct for doctors in Australia [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.medicalboard.gov.au/Codes-Guidelines-Policies/Code-of-conduct.aspx>
19. Australian Medical Association. Code of Ethics [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://ama.com.au/position-statement/code-ethics-2004-editorially-revised-2006-revised-2016>
20. General Medical Council. Ethical guidance for doctors. Prescribing and managing medicines and devices : Need and objectivity [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/prescribing-and-managing-medicines-and-devices/need-and-objectivity>
21. Association Médicale Mondiale. Manuel d'éthique médicale 3ème édition [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_fr.pdf
22. Code de la Santé Publique. Article R4127-7 [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912868>

23. Code de la sécurité sociale. Article L162-5-3 [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000036516304&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20180119>
24. North Carolina Medical Board. Self-treatment and treatment of family members [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: https://www.ncmedboard.org/resources-information/professional-resources/laws-rules-position-statements/position-statements/self-treatment_and_treatment_of_family_members
25. Connecticut State Medical Society. New Law Effects. Physician Prescribing for Family Members [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur:
<https://csms.org/2018/07/06/new-law-effects-physician-prescribing-for-family-members/>
26. Government of South Australia. South Australian Legislation. Controlled Substances Regulations 2011 [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur:
[https://www.legislation.sa.gov.au/LZ/C/R/Controlled%20Substances%20\(Poisons\)%20Regulations%202011.aspx](https://www.legislation.sa.gov.au/LZ/C/R/Controlled%20Substances%20(Poisons)%20Regulations%202011.aspx)
27. Anah MU, Ansa VO, Udonwa NE. Treatment of relatives by doctors: experience from Calabar, Nigeria. *Niger J Clin Pract.* mars 2008;11(1):41-4.
28. CASTERA F. Le médecin généraliste, médecin de sa famille ? Enquête auprès de 100 médecins généralistes installés en Haute-Garonne sur les soins apportés à leurs proches [Thèse d'exercice en Médecine]. Toulouse; 2005.
29. La Puma J, Stocking CB, La Voie D, Darling CA. When physicians treat members of their own families. *Practices in a community hospital.* *N Engl J Med.* 31 oct 1991;325(18):1290-4.
30. BONVALOT V. Médecin traitant de sa propre famille : différences de pratique dans la relation thérapeutique intrafamiliale : enquête auprès de médecins généralistes du Var [Thèse d'exercice en Médecine]. Aix-Marseille; 2009.
31. VALLEREND V. Quand le médecin généraliste soigne sa famille : enquête en Basse-Normandie [Thèse d'exercice en Médecine]. Caen; 2009.
32. Nik Sherina H, NG C-G. A qualitative study among primary care practitioners in a teaching hospital in Malaysia. *Asia Pac J Fam Med.* 2006;5(2).
33. 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 en Médecine]. Paris; 2012.
34. Chen FM, Feudtner C, Rhodes LA, Green LA. Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook. *West J Med.* oct 2001;175(4):236-9.
35. Gendel MH, Brooks E, Early SR, Gundersen DC, Dubovsky SL, Dilts SL, et al. Self-prescribed and other informal care provided by physicians: scope, correlations and implications. *J Med Ethics.* mai 2012;38(5):294-8.

36. TOUMELIN S. La prise en charge médicale de la famille du généraliste : conjoints et enfants [Thèse d'exercice en Médecine]. Rennes; 2009.
37. GOUBET J. Le médecin généraliste face à la santé de ses enfants : peut-on soigner ses enfants ? [Thèse d'exercice en Médecine]. Amiens; 2016.
38. JOFFRE BERTHOMME B. Quels médecins pour les enfants de médecins généralistes ? À propos d'une enquête réalisée auprès de 186 médecins généralistes libéraux du Rhône [Thèse d'exercice en Médecine]. Lyon; 2001.
39. DAGNICOURT P. Soigner ses proches, une attitude à raisonner ? Réflexion sur les interférences entre la relation de soin et la relation préexistante par enquête qualitative [Thèse d'exercice en Médecine]. Université d'Angers; 2012.
40. DELMAS V. Soigner ses proches : une erreur ? Recherche des facteurs contributifs d'évènements indésirables lors de soins délivrés par un médecin généraliste à ses proches : étude qualitative auprès de douze médecins généralistes par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice en Médecine]. Lyon; 2014.
41. MANASTERSKI F. Étude des leviers et des freins dans la prise en charge par un médecin généraliste de membres de sa famille: enquête auprès de médecins généralistes de Meurthe et Moselle [Thèse d'exercice en Médecine]. Bordeaux; 2014.
42. BLEUEZ G. Prise en charge d'un patient par un médecin généraliste membre de sa famille : étude par questionnaire auprès de 50 patients [Thèse d'exercice en Médecine]. Amiens; 2014.
43. CAZENAVE M. Le choix d'un proche comme médecin traitant : le point de vue des patients [Thèse d'exercice en Médecine]. Bordeaux; 2016.
44. MUSSEAU C. Se faire soigner par un proche : Quel est le vécu des proches de médecins ? Etude qualitative auprès de 16 membres de famille de médecins franciliens [Thèse d'exercice en Médecine]. Paris; 2017.
45. AUGUSTYNIAK J. Vécu des patients pris en charge par un médecin généraliste membre de leur propre famille [Internet] [Thèse d'exercice en Médecine]. Metz; 2015 [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733502>
46. CAGNIATO 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 [Thèse d'exercice en Médecine]. Lyon; 2015.
47. MADEC N. La prévention au sein de la famille du médecin généraliste: description à partir d'une enquête menée auprès de 100 conjoints [Thèse d'exercice en Médecine]. Nantes; 2010.
48. Guthmann J, Fonteneau L, Levy-Bruhl D. Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources de données et données actuelles. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012 p. 98.
49. Institut National du Cancer. Participation au dépistage organisé du cancer du sein [Internet]. 2017 [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e->

cancer.fr/Themes/Depistage/Le-depistage-organise-du-cancer-du-sein/Participation-au-depistage-du-cancer-du-sein#ind29233

50. Institut National du Cancer. Participation au dépistage du col de l'utérus [Internet]. 2017 [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/Depistage/Le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Participation-au-depistage-du-col-de-l-uterus>
51. Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte
52. Fromme EK, Farber NJ, Babbott SF, Pickett ME, Beasley BW. What do you do when your loved one is ill ? The line between physician and family member. *Ann Intern Med.* 2 déc 2008;149(11):825-31.
53. La Puma J, Priest ER. Is there a doctor in the house ? An analysis of the practice of physicians' treating their own families. *JAMA.* 1 avr 1992;267(13):1810-2.
54. 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.
55. Rourke JT, Smith LF, Brown JB. Patients, friends, and relationship boundaries. *Can Fam Physician.* déc 1993;39:2557-64.
56. Kamerow D. Doctors treating their families. *BMJ.* 26 juin 2014;348:g4281.
57. Tulsy J, Shuchman M, Snyder L, Carroll R. Should doctors treat their relatives ? ACP Press; 2005. 203 p.
58. Johnson LJ. Malpractice consult. Should you give informal medical advice ? *Med Econ.* 6 avr 2007;84(7):36.
59. Mossman D. Should you prescribe medications for family and friends ? *Current Psychiatry.* 2011;10(6):41-51.
60. Husain M-R, Bhutto B. Can physicians treat their own family members? *J Pak Med Assoc.* avr 2010;60(4):331.
61. BEGUIN M. Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches [Thèse d'exercice en Médecine]. Grenoble; 2013.
62. AMA. Ethics Forum. Consider ethics, patient rights before treating your immediate family. *Am Med News* [Internet]. [cité 27 mars 2019]; Disponible sur: <https://amednews.com/article/20090413/profession/304139977/5/>

ANNEXE 1 : Études quantitatives descriptives transversales incluses : thèses françaises et études étrangères 1/3

Auteur	Date / Lieu / Publication	Titre	Objectifs	Matériel et méthodes	Biais retrouvés
Thèses françaises					
VALLEREND	2009, Caen	Quand le médecin généraliste soigne sa famille : enquête en Basse-Normandie.	Réfléchir à la complexité de ce soin particulier, envisager les innombrables conséquences de cette prise en charge, déterminer les motivations qui guident notre action.	<u>Population</u> : 185 MG de Basse Normandie faisant partie de la liste des maîtres de stage universitaires <u>Recueil des données</u> : questionnaire adressé en 2006 <u>Taux de participation</u> : 67,5%	Petit échantillon, monocentrique, biais de sélection (population connue de l'enquêteur, non représentative), de déclaration, de mémorisation, modification des réponses à posteriori, erreurs dans le questionnaire retrouvées après analyse.
BONVALOT	2009, Aix-Marseille	Médecin traitant de sa propre famille : différences de pratique dans la relation thérapeutique intrafamiliale : enquête auprès de médecins généralistes du Var.	Montrer ce qui change dans la pratique des MG lorsque le patient est un membre de leur famille ; dégager d'éventuelles variations de comportements selon le sexe et l'âge.	<u>Population</u> : 250 MG du Var ; échantillonnage par stratification grâce à un annuaire médical. <u>Recueil des données</u> : Questionnaire adressé en 2007. <u>Taux de participation</u> : 56,4%.	Monocentrique, faible participation, biais de déclaration, de mémorisation, questionnaire omettant plusieurs sujets.
CASTERA	2005, Toulouse	Le médecin généraliste, médecin de sa famille ? Enquête auprès de 100 médecins généralistes installés en Haute-Garonne sur les soins apportés à leurs proches.	Faire un état des lieux des comportements des médecins de Haute Garonne face à une demande de soin des proches.	<u>Population</u> : 199 MG de Haute-Garonne tirés au sort dans les Pages Jaunes. <u>Recueil des données</u> : Questionnaire adressé en 2004. <u>Taux de participation</u> : 50,25%.	Petit échantillon, monocentrique, faible participation, biais de sélection (pages jaunes), de mémorisation, questionnaire établi sans données de la littérature.
JOFFRE	2001, Lyon	Quels médecins pour les enfants de médecins généralistes ? À propos d'une enquête réalisée auprès de 186 MG libéraux du Rhône.	Évaluer qui sont les médecins sur le plan professionnel et familial qui ont répondu, dans quelles proportions les MG soignent leurs propres enfants, dans quelles situations, en quoi l'affectif peut intervenir dans ce suivi et quelles peuvent être les motivations de leur choix.	<u>Population</u> : MG exerçant une activité libérale dans le Rhône, à partir d'une liste de 1564 médecins fournie par Conseil de l'Ordre dont 400 tirés au sort grâce à un programme. <u>Recueil des données</u> : Questionnaire. <u>Taux de participation</u> : 46,5%.	Faible participation, monocentrique, biais de déclaration, biais de mémorisation, questionnaire établi sans données de la littérature, pas d'antériorité dans les thèses françaises.

ANNEXE 1 : Études quantitatives descriptives transversales incluses : thèses françaises et études étrangères 2/3

Auteur	Date / Lieu / Publication	Titre	Objectifs	Matériel et méthodes	Biais retrouvés
Thèses françaises					
MADEC	2010, Nantes	La prévention au sein de la famille du médecin généraliste : description à partir d'une enquête menée auprès de 100 conjoints.	Décrire la prise en charge des proches de MG sur le plan de la prévention.	<u>Population</u> : 100 conjoints de MG en Loire Atlantique ; tirage au sort sur la liste DRASS. <u>Recueil des données</u> : Questionnaire. <u>Taux de participation</u> : 47%.	Petit effectif, monocentrique, faible participation, biais de déclaration (sujets abordés difficiles gynécologiques ou psychiatriques), biais de mémorisation, questionnaire non testé.
BLEUEZ	2014, Amiens	Prise en charge d'un patient par un médecin généraliste membre de sa famille : étude par questionnaire auprès de 50 patients.	Identifier les spécificités du point de vue du patient, d'une prise en charge par un MG membre de sa famille. Identifier quels étaient les éléments délétères dans une telle prise en charge. Étude pour le MG des règles à respecter.	<u>Population/Recueil des données</u> : questionnaire déposé dans les salles d'attente d'un laboratoire et d'un cabinet de radiologie, adressé aux patients ayant un MG membre de leur famille, soignés par celui-ci de manière ponctuelle ou régulière. <u>Taux de participation</u> : 50 questionnaires.	Faible participation, biais de sélection (2x plus de femmes que d'hommes, uniquement la famille), de non réponse, de déclaration, de mémorisation, termes médicaux probablement incompris.
Études étrangères					
LA PUMA J, Stocking CB, La Voie D, Darling CA	1991, New England Journal of Medicine	When physicians treat members of their own families. Practices in a community hospital.	Connaître quels membres de la famille demandent des conseils, des diagnostics et des traitements, comment les médecins y répondent, quelles demandes les rendent inconfortables, et dans quelles circonstances les médecins refusent ces demandes médicales.	<u>Population</u> : 693 médecins d'un hôpital universitaire de banlieue de l'Illinois aux USA. <u>Recueil des données</u> : questionnaire développé par le centre d'éthique clinique de l'hôpital et distribué en 1990 ; testé <u>Taux de participation</u> : 69% (465 médecins).	Monocentrique, biais de déclaration, biais de mémorisation, biais de non réponse.
ANAH MU, Ansa VO, Udonwa NE	2008, Nigerian Journal of Clinical Practice	Treatment of relatives by doctors : experience from Calabar, Nigeria.	Déterminer l'implication des médecins dans le traitement de leurs proches et l'étendue de cette pratique.	<u>Population</u> : 200 médecins de l'hôpital universitaire de Calabar au Nigeria (centre de référence de 2 états), randomisation systématique. <u>Recueil des données</u> : questionnaire semi-structuré distribué en 2003 ; testé. <u>Taux de participation</u> : 88% (176 médecins).	Monocentrique, petit effectif, biais de déclaration, biais de mémorisation, biais de non réponse, biais potentiels n'apparaissant pas dans la discussion.

ANNEXE 1 : Études quantitatives descriptives transversales incluses : thèses françaises et études étrangères 3/3

Auteur	Date / Lieu / Publication	Titre	Objectifs	Matériel et méthodes	Biais retrouvés
Etudes étrangères					
<p>GENDEL MH, Brooks E, Early SR, Gundersen DC, Dubovsky SL, Dilts SL, et al</p>	<p>2012, Journal of Medical Ethics</p>	<p>Self-prescribed and other informal care provided by physicians: scope, correlations and implications.</p>	<p>Examiner la variété des soins informels que les médecins se prodiguent à eux-mêmes ou à leurs proches et comprendre si leur expérience professionnelle influe sur ces soins.</p>	<p><u>Population</u> : 2500 médecins diplômés du Colorado, sélectionnés aléatoirement. <u>Recueil des données</u> : questionnaire à établi par le Colorado Physicians Health Program (programme d'aide par les pairs pour les médecins et assistants du Colorado). <u>Taux de participation</u> : 30,8%, 770 questionnaires retournés dont 600 possédant des données utilisables.</p>	<p>Monocentrique, biais de déclaration, biais de mémorisation, biais de non réponse marqué.</p>

ANNEXE 2 : Études qualitatives incluses : thèses françaises et études étrangères 1/4

Auteur	Date/Lieu/ Publication	Titre	Objectif	Méthodologie	Biais retrouvés
Thèses françaises					
GOUBET	2016, Amiens	Le médecin généraliste face à la santé de ses enfants : peut-on soigner ses enfants ?	Identifier les enjeux et limites à prendre en charge soi-même son enfant, bénéfiques ou difficultés ressentis par le parent-médecin devant la maladie ou l'hospitalisation de son enfant.	<u>Population</u> : 17 médecins généralistes recrutés dans l'entourage de l'enquêteur ou de manière aléatoire sur répertoire téléphonique dans les 30km autour du domicile de l'enquêteur. <u>Recueil des données</u> : entretiens compréhensifs individuels semi-dirigés ; recherche de saturation des données. <u>Analyse</u> : thématique manuelle.	Monocentrique, biais de sélection (recrutement dans l'entourage, pas de recherche de variation maximale), biais de déclaration, de mémorisation, d'investigation/interprétation, questionnaire non testé, biais lié à la méthode d'analyse (manuelle, sans triangulation).
DELMAS	2014, Lyon	Soigner ses proches : une erreur ? Recherche des facteurs contributifs d'évènements indésirables lors de soins délivrés par un MG à ses proches : étude qualitative auprès de douze MG par entretiens semi-dirigés.	Identifier les facteurs de risque de survenue d'évènements indésirables au cours de soins donnés à ses proches par un MG ; comparer ces facteurs de risque à ceux connus dans la littérature pour la prise en charge d'un patient dit classique ; identifier l'impact de ces évènements indésirables.	<u>Population</u> : 12 MG libéraux semi ruraux faisant partie des connaissances de l'enquêteur. <u>Recueil des données</u> : entretiens individuels semi-dirigés ; questionnaire d'entretien testé ; recherche de saturation des données. <u>Analyse</u> : thématique manuelle des données avec triangulation.	Monocentrique, faible effectif, biais de sélection (recrutement dans l'entourage, pas de recherche de variation maximale), biais de déclaration, de mémorisation, d'investigation/interprétation avec entretiens plutôt directifs, biais lié à la méthode d'analyse (manuelle sans logiciel).
MANASTERSKI	2014, Bordeaux	Étude des leviers et des freins dans la prise en charge par un MG de membres de sa famille : enquête auprès de MG de Meurthe et Moselle.	Études des leviers et des freins dans la prise en charge par un MG de membres de sa famille.	<u>Population</u> : 13 MG de Meurthe et Moselle, recrutés dans les connaissances de l'enquêteur et sur la base de données ameli.fr. <u>Recueil des données</u> : entretiens semi-dirigés individuels ; questionnaire d'entretien testé. <u>Analyse</u> : thématique des données avec logiciel N'Vivo et triangulation.	Monocentrique, faible effectif, saturation des données ?, biais de sélection (recrutement dans l'entourage), pas de recherche de variation maximale), biais de déclaration, de mémorisation, d'investigation/interprétation, questionnaire avec beaucoup de questions plutôt directives, étudie seulement la famille.

ANNEXE 2 : Études qualitatives incluses : thèses françaises et études étrangères 2/4

Auteur	Date/Lieu/ Publication	Titre	Objectif	Méthodologie	Biais retrouvés
Thèses françaises					
DAGNICOURT	2012, Angers	Soigner ses proches, une attitude à raisonner ? Réflexion sur les interférences entre la relation de soin et la relation préexistante par enquête qualitative.	Identifier les interférences entre la relation de soin et la relation affective préexistante et secondairement comprendre les différentes attitudes adoptées.	<u>Population</u> : 16 MG de l'entourage de l'enquêteur ; recherche de variation maximale. <u>Recueil des données</u> : entretiens semi-dirigés individuels ; questionnaire testé ; recherche de saturation des données. <u>Analyse</u> : thématique manuelle.	Monocentrique, biais de sélection (connaissances de l'enquêteur), biais de déclaration, de mémorisation, d'investigation/interprétation, biais lié à la méthode d'analyse (manuelle, pas de triangulation).
PELTZ-AÏM	2012, Paris	Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches ? Enquête qualitative auprès de 22 médecins exerçant en région parisienne.	Préciser dans quelle mesure le fait de soigner un proche modifie le raisonnement médical en précisant certaines des spécificités de la relation médecin proche patient par rapport à une relation médecin patient classique.	<u>Population</u> : 22 médecins toutes spécialités confondues en milieu urbain (région parisienne) recrutés dans l'entourage de l'enquêteur ; recherche de variation maximale. <u>Recueil des données</u> : entretiens semi-dirigés individuels ; questionnaire d'entretien testé ; recherche de saturation des données. <u>Analyse</u> : thématique manuelle.	Monocentrique, biais de sélection (connaissances de l'enquêteur), biais de déclaration, de mémorisation, d'investigation/interprétation ; biais lié à la méthode d'analyse (manuelle, pas de triangulation).
TOUMELIN	2009, Rennes	La prise en charge médicale de la famille du généraliste : conjoints et enfants.	Étudier si d'après les généralistes et leur conjoint, la présence d'un médecin parmi les proches a une influence sur leur prise en charge médicale et en déterminer les particularités.	<u>Population</u> : 10 MG et 10 conjoints de MG d'Ille et Vilaine, connus par le directeur de thèse. <u>Recueil des données</u> : Entretiens semi-dirigés individuels ; recherche de saturation des données ; questionnaire d'entretien testé. <u>Analyse</u> : thématique manuelle.	Monocentrique, biais de sélection (connaissances du directeur de thèse, pas de recherche de variation maximale), biais de déclaration, de mémorisation, d'investigation/interprétation, questionnaire d'entretien non élaboré à partir de la littérature, biais lié à la méthode d'analyse (manuelle, pas de triangulation).
CAGNIATO	2015, Lyon	Ressentis et attentes des patients soignés par leur proche-médecin : enquête qualitative auprès de 12 proches de MG exerçant en région Rhône-Alpes.	Recueillir le ressenti et les attentes des patients soignés par leur proche médecin.	<u>Population</u> : 12 proches de médecins connus de l'enquêteurs ou recrutés grâce à la liste des médecins du CNGE. <u>Recueil des données</u> : entretiens semi-dirigés individuels ; questionnaire d'entretien relu et testé par un sociologue ; recherche de saturation des données. <u>Analyse</u> : thématique manuelle.	Monocentrique, biais de sélection (médecins connus de l'enquêteur, complétés par la liste CNGE, pas de recherche de variation maximale), biais de déclaration, de mémorisation, d'investigation/interprétation, biais lié à la méthode d'analyse (manuelle, pas de triangulation).

ANNEXE 2 : Études qualitatives incluses : thèses françaises et études étrangères 3/4

Auteur	Date/Lieu/ Publication	Titre	Objectif	Méthodologie	Biais retrouvés
Thèses françaises					
AUGUSTYNIAK	2015, Metz	Vécu des patients pris en charge par un MG membre de leur propre famille.	Étudier le ressenti sur leur prise en charge médicale de patients dont le médecin traitant est un membre de leur propre famille.	<u>Population</u> : 14 proches de médecins connus de l'enquêteur. <u>Recueil des données</u> : entretiens semi-dirigés individuels ; questionnaire d'entretien testé ; recherche de saturation des données. <u>Analyse</u> : thématique manuelle ; pas de triangulation.	Monocentrique, biais de sélection (médecins connus de l'enquêteur, pas de recherche de variation maximale), biais de déclaration, de mémorisation, d'investigation/interprétation, Questionnaire d'entretien non élaboré à partir de la littérature ; biais lié à la méthode d'analyse (manuelle, pas de triangulation), étudie la famille seulement.
CAZENAVE	2016, Bordeaux	Le choix d'un proche comme médecin traitant : le point de vue des patients.	Connaître les éléments qui déterminent le choix d'un proche comme médecin traitant.	<u>Population</u> : 14 patients des Pyrénées Atlantiques ayant choisi leur médecin proche comme médecin traitant ; MG recrutés dans les connaissances de l'enquêteur. <u>Recueil des données</u> : entretiens semi dirigés individuels ; recherche de saturation des données. <u>Analyse</u> : thématique avec le logiciel N'Vivo et triangulation des données.	Monocentrique, biais de sélection (médecins connus de l'enquêteur, pas de recherche de variation maximale), biais de déclaration, de mémorisation, d'investigation/interprétation, questionnaire d'entretien non réalisé à partir de la littérature et non testé.
MUSSEAU	2017, Paris	Se faire soigner par un proche : Quel est le vécu des proches de médecins ? Étude qualitative auprès de 16 membres de famille de médecins franciliens.	Étudier quels sont les motivations et les sentiments des proches à être traités par un proche médecin.	<u>Population</u> : 14 proches (parents, enfants, conjoints, fratrie de plus de 16 ans) de MG recrutés par effet boule de neige en région parisienne. <u>Recueil des données</u> : entretiens semi-dirigés individuels ou en duo ; recherche de saturation des données. <u>Analyse</u> : thématique avec le logiciel N'Vivo et triangulation des données.	Monocentrique, biais de sélection (recrutement par effet boule de neige à partir des connaissances de l'enquêteur, pas de recherche de variation maximale, sur-représentation des professions intellectuelles), biais de déclaration, de mémorisation, d'investigation/interprétation, questionnaire d'entretien non testé, étudie seulement la famille.

ANNEXE 2 : Études qualitatives incluses : thèses françaises et études étrangères 4/4

Auteur	Date/Lieu/ Publication	Titre	Objectif	Méthodologie	Biais retrouvés
Études étrangères					
CHEN FM, Feudtner C, Rhodes LA, Green LA	2001, Western Journal of Medicine	Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook.	Expliquer les difficultés que rencontrent les médecins lorsqu'un membre de la famille tombe malade et dégager leurs causes sous-jacentes.	<u>Population</u> : 8 médecins de famille ayant été confronté à au moins 1 apparenté ayant présenté une pathologie grave ou en phase terminale dans les 5 années précédentes, recrutés par mail grâce au listing de l' Association of Departments of Family Medicine (Association de médecins de famille dans le Kansas aux USA). <u>Recueil des données</u> : entretiens téléphoniques semi-structurés réalisés à 2 reprises pour confirmer les données recueillies ; questionnaire d'entretien testé. <u>Analyse</u> : thématique manuelle avec triangulation des données.	Biais de sélection (mailing list, pas de recherche de variation maximale), biais de déclaration, de mémorisation, d'interprétation, pas de notion de recherche de saturation des données, biais lié à la méthode d'analyse (manuelle), questionnaire d'entretien réalisé à partir des données de la littérature ?, biais potentiels n'apparaissant pas dans la discussion.
NIK SHERINA H, NG C-G	2006, Asia Pacific Family Medicine	A qualitative study among primary care practitioners in a teaching hospital in Malaysia.	Explorer les expériences et les sentiments des praticiens en soins primaires concernant le traitement des membres de leur famille.	<u>Population</u> : 22 médecins de premier recours d'une clinique de soins primaires située dans un hôpital universitaire de Kuala Lumpur en Malaisie. <u>Recueil des données</u> : 5 sessions de focus groups réalisés avec un questionnaire d'entretien semi-structuré basé sur les données de la littérature. <u>Analyse</u> : thématique avec logiciel et triangulation des données.	Monocentrique, biais de sélection (pas de recherche de variation maximale), biais de déclaration, de mémorisation, d'interprétation Questionnaire non testé, pas de recherche de saturation des données.

ANNEXE 3 : Revues de la littérature incluses

Auteur	Date / Lieu / Publication	Titre	Objectifs	Méthodologie	Biais retrouvés
BEGUIN	2013, Grenoble	Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches.	Rassembler et synthétiser les solutions proposées, dans le but d'offrir aux médecins des moyens de limiter les difficultés rencontrées et de mieux vivre leurs décisions.	<u>Recueil des données</u> : revue de la littérature utilisant les mots clefs français « soigner ses proches/famille, médecin généraliste, relation médecin malade, médecin de sa famille, éthique » et les termes MESH « family », « self care », « physician », « ethics », « physician patient relations », « treat your relatives/family » pour retrouver des travaux anglais ou français à propos du sujet ; documents inclus et classés en fonction de leur cohérence et de leurs biais. Triangulation de la recherche bibliographique. <u>Analyse</u> : ?	Peu de données sur le sujet, biais liés aux études sélectionnées (faible niveau de preuve, biais de sélection, petits effectifs, monocentriques, biais de déclaration, investigation, interprétation, mémorisation) ; méthode d'analyse floue : analyse thématique ?

ANNEXE 4 : Études de cas, revues narratives et avis d'auteurs inclus 1/2

Auteur	Date / Lieu / Publication	Titre	Objectifs	Méthodologie
Études de cas				
TULSKY J, Shuchman M, Snyder L, Carroll R	2005, Associated Collegiate Press	Should doctors treat their relatives ?	Déterminer quelle est la nature de la relation médecin patient lorsqu'un médecin prend en charge ses proches et expliquer comment cette relation affecte ce type de prise en charge.	Analyse réalisée à partir de l'étude d'un cas ainsi que des données disponibles dans la littérature à ce sujet.
ROURKE JT, Smith LF, Brown JB	1993, Canadian Family Physician	Patients, friends, and relationship boundaries.	Déterminer les frontières explicites à appliquer dans une relation de soin avec un ami afin d'éviter les conflits et préserver la relation amicale.	Analyse réalisée à partir de l'étude de 4 cas ainsi que des données disponibles dans la littérature à ce sujet.
FROMME EK, Farber NJ, Babbott SF, Pickett ME, Beasley BW	2008, Annals of Internal Medicine	What do you do when your loved one is ill ? The line between physician and family member.	Établir différents niveaux de risques dans les soins que les médecins prodiguent à leurs proches et établir des recommandations sur la façon dont les médecins peuvent gérer les conflits entre leurs rôles professionnels et personnels lorsqu'un membre de leur famille tombe malade.	Analyse réalisée à partir de l'étude de 5 cas ainsi que des données disponibles dans la littérature à ce sujet.
Revue narratives et avis d'auteurs				
EASTWOOD GL	2009, Journal of General Internal Medicine	When relatives and friends ask physicians for medical advice: ethical, legal, and practical considerations.	Étudier les motivations et les attentes des proches et du médecin, ainsi que les considérations juridiques, éthiques et pratiques liées à ces demandes ; déterminer des réponses types à utiliser en cas de demande de soin.	Analyse réalisée à partir de l'avis de l'auteur et des données disponibles dans la littérature à ce sujet.
LA PUMA J, Priest ER	1992, Journal of the American Medical Association	Is there a doctor in the house ? An analysis of the practice of physicians' treating their own families.	Passer en revue les fondements historiques de la pratique actuelle, examiner les codes et règlements professionnels actuels et proposer sept questions pour aider les médecins qui souhaitent soigner leur famille.	Analyse réalisée à partir des données disponibles dans la littérature à ce sujet et de l'étude quantitative descriptive transversale de La Puma de 1991 sur le sujet des médecins traitant leur famille.

ANNEXE 4 : Études de cas, revues narratives et avis d'auteurs inclus 2/2

Auteur	Date / Lieu / Publication	Titre	Objectifs	Méthodologie
Revue narratives et avis d'auteurs				
MOSSMAN D	2011, Current Psychiatry	Should you prescribe medications for family and friends ?	Préciser comment un médecin peut anticiper une demande de prescription de la part d'un proche, comprendre les émotions et les forces qui dirigent ce type de prescriptions, connaître les règles des différents ordres médicaux d'états et déterminer une réponse appropriée à donner à son proche en cas de demande de prescription.	Analyse réalisée à partir de données de la littérature, des données des différents ordres médicaux des états des USA (ou State Medical Board) et de l'avis de l'auteur.
KAMEROW D	2014, British Medical Journal	Doctors treating their families	Déterminer comment les médecins peuvent répondre à une demande de soin émanant d'un membre de leur famille.	Analyse réalisée à partir de données de la littérature et de l'avis de l'auteur.
HUSAIN M-R, Bhutto B	2010, Journal of Pakistan Medical Association	Can physicians treat their own family members ?	Déterminer si le médecin peut traiter les membres de sa propre famille.	Analyse réalisée en réponse à une question d'un lecteur, à partir de l'avis de l'auteur et de données de la littérature.
JOHNSON LJ	2007, Journal of Medical Economics	Malpractice consult. Should you give informal medical advice ?	Déterminer si le médecin peut donner des conseils médicaux informels à ses proches et s'il serait rendu responsable en cas de mauvaise issue.	Analyse réalisée à partir de l'avis de l'auteur.

RÉSUMÉ

TITRE : Le médecin peut-il soigner ses proches ? Revue de la littérature à ce sujet

INTRODUCTION Le médecin est soumis aux demandes de soin émanant de sa famille et de ses amis. Mais le médecin peut-il soigner ses proches ? L'objectif était de savoir si le médecin était en capacité de soigner ses proches en ayant une prise en charge adaptée et une conduite légale, éthique et déontologique appropriée, le tout appuyé sur des recommandations.

MATERIEL ET METHODES Les mots clés utilisés pour cette revue de la littérature étaient : soigner ses proches, prise en charge de ses proches, médecin de ses proches, éthique, déontologie, relation médecin-patient. Les critères de sélection étaient tous les documents abordant le soin aux proches quel que soit leur langue, type et date.

RESULTATS Il existait peu de données officielles. Les données existantes dissuadent les médecins. Les demandes de soin trop fréquentes les touchaient presque tous. Les médecins décrivaient des avantages mais aussi trop d'inconvénients pouvant avoir des conséquences lourdes pour eux-mêmes et leurs proches, qui en étaient conscients malgré des demandes irrépessibles.

DISCUSSION Il apparaissait évident de répondre non à la question « Le médecin peut-il soigner ses proches ? » et de déconseiller aux médecins de soigner leurs proches. Conseiller et traiter les pathologies aiguës était acceptable, avec précaution. Si le médecin décidait de traiter ses proches au long cours, il devait réfléchir au préalable et imposer des limites et un cadre pour délivrer des soins adaptés.

CONCLUSION Le médecin n'avait pas les capacités de soigner ses proches car cela pouvait engendrer de graves conséquences. Ce travail permettait de mettre au clair ce sujet et de regrouper toutes les données disponibles à ce propos afin d'aiguiller les médecins.

Mots clés : médecin, famille, proches, prise en charge, traiter, relation médecin-patient, éthique, déontologie.

ABSTRACT

TITLE : Can a physician treat his relatives ? Literature review about this

OBJECTIVES Every physician has to face requests for care from relatives. But can a physician treat his relatives ? The purpose of this study was to find out whether physicians were able to care for their relatives with appropriate care and appropriate legal, ethical and deontological behavior, based on guidelines.

METHODS The following key words were used for this literature review : relatives care, physician caring for family, treat your relatives, patient-physician relations, self care, family, ethics, deontology. The selection criteria were all documents dealing with relatives care, regardless of their language, type or date.

RESULTS Little official data was available. The existing data discouraged physicians to care for their relatives. Too frequent requests for care from relatives affected almost all of them. Physicians described advantages and many disadvantages that could have serious consequences for themselves and their loved ones, who were aware of those issues despite irrepressible demands.

CONCLUSIONS Answering no to the question "Can a physician treat his relatives ?" and advise physicians not to treat their loved ones were the best options. Physicians did not really have the capacity to treat their relatives because it could have serious consequences. An advisory role was acceptable, as was treating acute diseases with precautions. If the physician decided to treat his relatives over a long term, he had to think ahead and impose limits and a framework to provide appropriate care. This study helped to clarify the relatives care topic and collect every available data about this, in order to guide physicians.

Keywords : doctor, family, relatives, care, treatment, doctor-patient relationship, ethics, deontology.