TRAVAIL DE FIN D'ETUDES

MAÎTRISE COMPLÉMENTAIRE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

FACE À LA DEMANDE DE SOINS DE NOS PROCHES

D^r^ RASE MARIE

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

ANNÉE ACADÉMIQUE 2010-2011

Je tiens à remercier tous les médecins généralistes qui ont pris de leur temps et de leur énergie pour répondre à mon enquête, nourrissant ainsi ce travail par leurs témoignages.

Merci à la Société Scientifique de Médecine Générale pour avoir diffusé le sondage, ainsi qu'au D^r^ Thierry Van Der Schueren pour ses éclaircissements à propos des membres de la SSMG.

Je voudrais également remercier mes correcteurs, les D^rs^ Virginie Pierard, Martine Renard et Laurent Hanen, pour leurs remarques pertinentes. J'exprime une reconnaissance toute particulière à ma sœur, Céline, qui a guidé ma réflexion et m'a conseillé avec patience et disponibilité.

ABSTRACT

CONTEXTE : La demande de soins de la part de nos proches soulève un aspect particulier de la relation médecin-patient.

MÉTHODE : Au moyen d'une enquête distribuée par voie électronique aux membres de la SSMG, nous avons pu estimer la proportion de médecins généralistes soignant leurs proches de manière occasionnelle ou à titre de médecin traitant, et quels étaient les proches concernés. Ils étaient également invités à partager leurs expériences relatives aux problèmes rencontrés au sein de cette relation double et aux limites qu'ils avaient instauré. Ensuite, des questions plus ciblées à propos de leur ressenti, de leurs attitudes, des actes techniques, des interruptions temporaires de travail, du secret professionnel et des honoraires leur étaient soumises.

RÉSULTATS : 333 réponses ont été recueillies. 90% des praticiens participant au sondage expriment soigner occasionnellement leurs proches, 60% à titre de médecin traitant. Les plus grands solliciteurs de soins sont les amis, conjoints, enfants et parents. Une tendance à refuser plus régulièrement les soins aux proches est observée chez les femmes généralistes, les médecins de moins de 40 ans et ceux exerçant en milieu urbain. Ces tranches de l'échantillon rencontrent plus de difficultés au sein de cette relation. Les problématiques les plus fréquemment mentionnées concernent la perte d'objectivité, la gestion du stress lié à l'implication affective, le non-respect de la sphère privée et le manque de compliance des proches résultant de la confusion des rapports.

CONCLUSION : La prise en charge médicale des proches nécessite une réflexion préalable à propos de la personnalité propre du médecin, de ses compétences, de sa proximité avec le patient, de son éventuelle perte d'objectivité, de la gestion de conflits intrafamiliaux et de la compliance du proche. Une concertation avec le membre de la famille ou l'ami concerné visant à la mise en place de limites explicites est indispensable à l'équilibre de la relation.

MOTS-CLÉS

Relation médecin-patient, soins aux proches, objectivité, rigueur, proximité, compliance, réflexion préalable, limites.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 6

1. CADRE LÉGISLATIF ET DÉONTOLOGIE 8

2. CADRE RÉEL: ENQUÊTE 9
2.1. Recueil des données et exploitation des résultats 9
2.2. Questionnaire (voir annexe) 10
2.3. Médecins répondants 10
2.3.1. Sexe 10
2.3.2. Age 10
2.3.3. Age et sexe 11
2.3.4. Milieu de pratique 12
2.4. Résultats 12
2.4.1. Soins occasionnels aux proches 12
a. Fréquence
b. Fréquence des problèmes rencontrés
c. Fréquence du refus de prendre en charge certaines pathologies
d. Limites décrites en fonction des pathologies
2.4.2. Soins aux proches en tant que médecin traitant 15
a. Fréquence
b. Fréquence des problèmes rencontrés
c. Fréquence du refus de prendre en charge certaines pathologies
d. Limites décrites en fonction des pathologies
2.4.3. Rigueur de l'anamnèse et de l'examen clinique 16
2.4.4. Problèmes rencontrés lors de l'examen clinique 17
a. Fréquence
b. Nature
2.4.5. Ressenti des médecins 18
a. Objectivité
b. Attitude
2.4.6. Actes techniques 20

2.4.7. Interruption temporaire de travail 21
2.4.8. Secret professionnel 22
2.4.9. Honoraires 22
2.5. Limites de l'étude 23
2.6. Analyse de l'étude 25
2.6.1. Participants 25
2.6.2. Soins aux proches 26

3. DIFFICULTÉS LIÉES À LA PRISE EN CHARGE D'UN PROCHE 29
3.1. Libre expression des répondants de l'enquête 29
3.2. Les cinq défis des Dr Rourke 30
3.3. La contradiction des attentes 32
3.3.1. Attentes internes et personnelles ou « un membre de la famille dévoué » 32
3.3.2. Attentes internes et professionnelles ou « un médecin idéal » 33
3.3.3. Attentes externes et personnelles ou les attentes de la famille 33
3.3.4. Attentes externes et professionnelles ou les attentes des autres médecins 33

4. LES APPROCHES DU PATIENT-PROCHE 34

5. RÉFLEXION PRÉALABLE AU SOIN DES PROCHES 35
5.1. Face à sa propre anxiété 35
5.2. Les limites à instaurer 35
5.3. Les questions à se poser 37

CONCLUSION 40

BIBLIOGRAPHIE 41

INTRODUCTION

« *Tu veux pas regarder le truc que j'ai au pied?* ». Le genre de phrase que l'on peut tous avoir entendu lors d'une fête de famille! En tant que médecins généralistes, nous sommes amenés, à un moment ou à un autre, à intervenir dans la prise en charge de la santé d'un proche. Que ce soit pour un conseil, un avis, une ordonnance ou un suivi plus régulier, un problème plus complexe, on nous sollicite régulièrement et nous devons prendre position.

La gestion de cette relation particulière, double, à la fois privée et professionnelle, peut s'avérer complexe. Nos émotions et notre affection pour le patient risquent d'altérer sa prise en charge et de perturber notre jugement et notre objectivité. Soigner nos proches soulève de nombreuses interrogations d'ordre moral et éthique.

Pourtant, la littérature scientifique ne s'intéresse que peu au sujet. En Belgique, aucun article n'a jamais abordé la particularité de cette relation. Tout au plus, nous avons pu nous appuyer sur les rares contributions françaises, canadiennes et américaines. A noter encore que ces enquêtes n'ont pris en compte qu'un nombre parfois très limité de médecins. Bien des réflexions restaient donc à esquisser.

Ce travail est constitué de trois parties. La première fait le point, de manière concise, sur le cadre légal et la déontologie concernant cette relation originale médecin-patient proche.

Nous avons ensuite conçu un sondage distribué par adresse électronique aux médecins généralistes membres de la Société Scientifique de Médecine Générale. 333 médecins ont participé. Cette enquête a pour but d'estimer la fréquence avec laquelle les participants soignent leurs proches, de manière occasionnelle ou à titre de médecin traitant. Elle nous renseigne également sur les proches majoritairement concernés, sur les problèmes rencontrés lors de cette prise en charge. Les médecins étaient invités à partager leurs expériences concernant leurs ressentis et leurs attitudes face aux actes techniques, aux interruptions temporaires de travail, au secret médical et aux honoraires.

La dernière partie de ce travail cherche, en exploitant la littérature sur le sujet, à appréhender les difficultés rencontrées au sein de la relation patient-médecin membre de la famille ou ami. Confrontés aux résultats du sondage, cette analyse permettra de proposer une réflexion sur les

limites à fixer, sur les attitudes à adopter en fonction des contextes et sur les questions à se poser à l'entame d'une telle relation.

1. CADRE LÉGISLATIF ET DÉONTOLOGIE

Pas une ligne... En Belgique, rien, ni dans le code pénal, ni dans le code civil, n'épingle la manière dont un médecin peut distiller des soins à l'un ou l'autre de ses proches. A priori, le code de déontologie médicale ignore tout autant la question.

Quoique. Indirectement, certains articles de cette convention résonnent comme un encouragement au traitement des patients proches. Ainsi, l'art. 5[1] du code de déontologie énonce que *« le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur situation sociale, leur nationalité, leurs convictions, leur réputation et les sentiments qu'il éprouve à leur égard* ». Dans le même sens, le paragraphe 3 de l'art. 19[2] précise que *« le médecin peut accueillir tout patient en son cabinet »*. De plus, *« le libre choix du médecin est un droit fondamental du patient »*, souligne l'art. 27[3]. Le code est encore plus explicite lorsqu'il aborde la question du règlement de la consultation. En effet, l'art. 79[4] du code établit qu': « *il est d'usage pour les médecins de ne pas se faire honorer pour des soins donnés à leurs parents proches et leurs collaborateurs, ainsi qu'aux confrères et aux personnes qui sont à charge de ces derniers* ».

L'art. 28[5] du code légitime encore le refus éventuel d'un médecin de donner des soins "pour des raisons professionnelles ou personnelles". En contraste se lit donc le droit du praticien à la prise en charge professionnelle de patients "personnels".

---

1 Code de déontologie médicale, art. 5 (www.ordomedic.be/fr/code/chapitre/devoirs-g%E9n%E9raux-des-m%E9decins).

2 Idem, art. 19 §3 (www.ordomedic.be/fr/code/chapitre/la-client%E8le).

3 Idem, art. 27 (www.ordomedic.be/fr/code/chapitre/relations-avec-le-patient).

4 Idem, art. 79 (www.ordomedic.be/fr/code/chapitre/les-honoraires).

5 Idem, art. 28 (www.ordomedic.be/fr/code/chapitre/relations-avec-le-patient): « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. De même, le médecin peut se dégager de sa mission à condition d'en avertir le patient ou son entourage, d'assurer la continuité des soins, et de fournir toutes les informations utiles au médecin qui lui succède.* »

Presque ignorée des textes législatifs, la question du traitement d'un proche préoccupe pourtant les médecins de siècle en siècle. Thomas Percival (1740-1804), médecin et philosophe anglais, est le premier à avoir théorisé cette préoccupation dans l'histoire de la médecine. Son livre « Medical Ethics » (1794) sert d'ailleurs de base au *Code d'Ethique de l'Association Médicale Américaine* (AMA) adopté en 1847 par l'Académie de Médecine de New York[6]. À propos des soins aux proches, le code souligne combien un médecin même excellent peut devenir un juge incompétent lorsqu'il est confronté à une situation de proximité: « *a physician afflicted with disease is usually an incompetent judge of his own case; and the natural anxiety, the solicitude which he experiences at the sickness of a wife, a child, or any one who by ties of consanguinity is rendered peculiarly dear to him, tend to obscure his judgment, and produce timidity and irresolution in his practice* ».

En découle, aux États-Unis toujours, une importante mesure financière cherchant à dissuader les médecins de s'investir dans une relation médicale avec un patient proche. Depuis 1989, Medicare (système d'assurance-santé géré par le gouvernement des Etats-Unis au bénéfice des personnes de plus de 65 ans ou répondant à certains critères), craignant des abus financiers de la part de prestataires de soins peu scrupuleux, ne prend plus en charge les dépenses concernant les soins de santé dispensés par un médecin apparenté ou associé professionnellement au patient.

2. CADRE RÉEL: ENQUÊTE

2.1. Recueil des données et exploitation des résultats

Il importait, dans le cadre d'une telle étude, de confronter la littérature théorique sur le sujet aux expériences concrètes vécues par les médecins dans leur quotidien. La bibliographie s'est donc gonflée des résultats d'un sondage mené sur un échantillon de généralistes en Communauté française. Cette enquête a été réalisé par un logiciel en ligne, Survey Monkey[7] permettant, moyennant paiement, de concevoir des questionnaires, de collecter anonymement les réponses et d'exploiter les résultats de manière statistique.

[6] Cité dans La Puma J., Rush Priest E., « Is there a doctor in the house? An analysis of the practice of physicians' treating their own families », in *Journal of the American Medical* Association, avril 1992, vol 267, n°13, pp. 1810-1812.

[7] fr.surveymonkey.com

La Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) a distribué le questionnaire à 1855 médecins généralistes. Ces praticiens recevaient, via leur adresse mail, un message introduisant le sondage et les invitant à y participer. Le recueil des réponses s'est étalé du 9 février au 28 mars 2011.

2.2. Questionnaire (voir annexe 1)

2.3. Médecins répondants

333 réponses ont été collectées, soit un taux honorable de participation de presque 18%. Il était demandé aux répondants de préciser leur sexe, la tranche d'âge à laquelle ils appartenaient et le milieu dans lequel ils exerçaient.

2.3.1. Sexe

Notre échantillon de médecins répondants présente un bel équilibre quant aux genres des praticiens. Nos consœurs généralistes surpassent toutefois légèrement la gent masculine: 51.2 % des répondants sont de sexe féminin (soit 169 femmes) pour 48,8% d'hommes (161 hommes). Trois répondants n'ont pas précisé leur sexe.

2.3.2. Age

A quelle tranche d'âge appartenez-vous?		
moins de 30 ans	15,9%	53
entre 31 et 40 ans	23,4%	78
entre 41 et 50 ans	17,4%	58
entre 51 et 60 ans	28,2%	94
plus de 60 ans	15,0%	50
		333

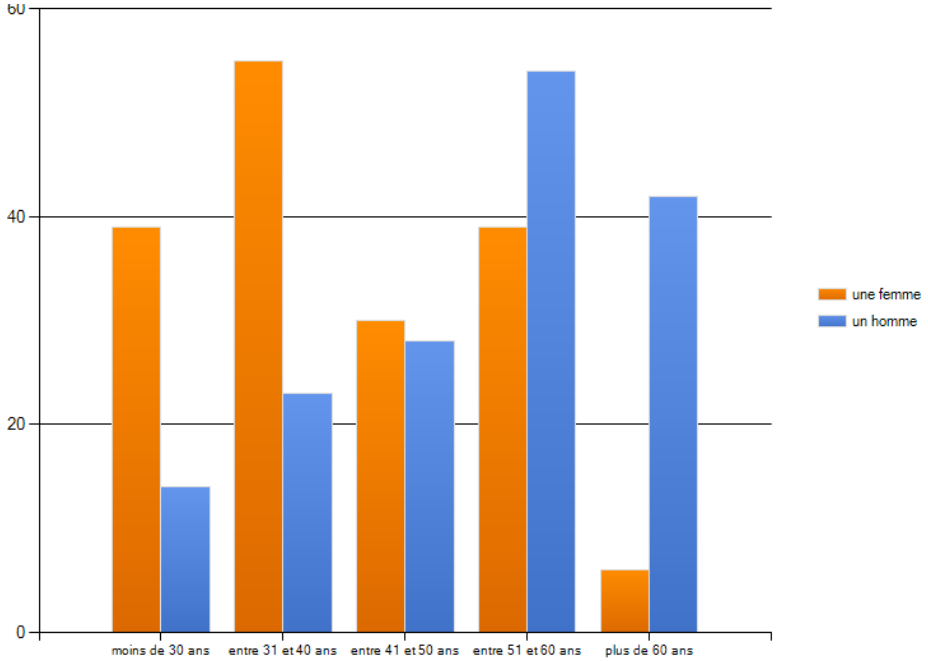
La répartition des âges est assez homogène, on retrouve cependant un pic de répondants entre 51 et 60 ans. En effet, 28,2% soit 94 généralistes ayant participé au sondage se retrouve dans cette tranche d'âge.

2.3.3. Age et sexe

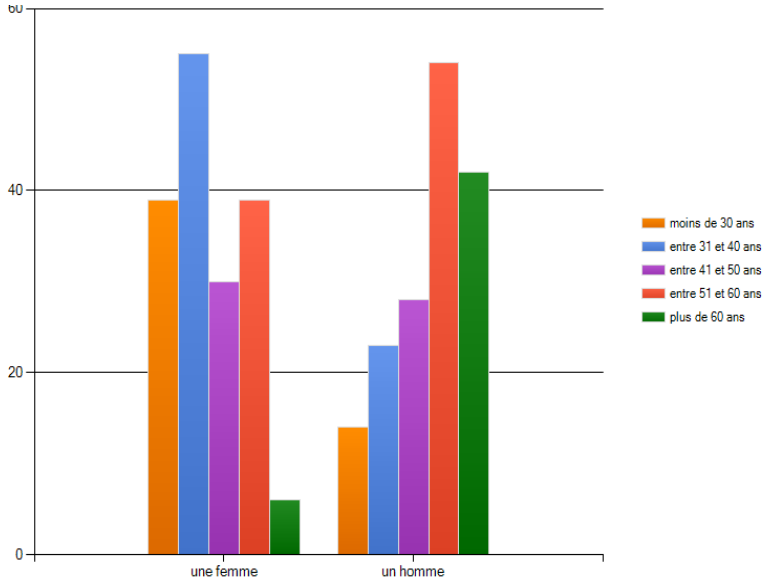
Répartition âge-sexe			
	femme	homme	Total
moins de 30 ans	39 (11,8%)	14 (4,2%)	53 (16,1%)
entre 31 et 40 ans	55 (16,7%)	23 (7,0%)	78 (23,6%)
entre 41 et 50 ans	30 (9,1%)	28 (8,5%)	58 (17,6%)
entre 51 et 60 ans	39 (11,8%)	54 (16,4%)	93 (28,2%)
plus de 60 ans	6 (1,8%)	42 (12,7%)	48 (14,5%)
Total	169 (51,2%)	161 (48,8%)	330 (100%)

Il existe une disparité dans la répartition concernant les âges et les sexes des généralistes ayant répondus au sondage. Les répondants âgés de moins de 50 ans sont principalement de sexe féminin, le taux de réponse est plus de deux fois supérieur chez les femmes généralistes de moins de 40 ans par rapport à leurs confrères (94 femmes pour 37 hommes âgés de moins de 40 ans). Par contre, la tranche d'âge des plus de 51 ans est majoritairement représentée par des généralistes au masculin (45 femmes pour 96 hommes).

Répartition du sexe en fonction de l'âge



Répartition de l'âge en fonction du sexe



2.3.4. Milieu de pratique

Dans quel milieu exercez-vous?		
Rural	29,1%	97
Urbain	36,3%	121
Semi-urbain	34,5%	115
		333

La répartition des médecins généralistes ayant répondu au sondage est plus ou moins équivalente en ce qui concerne le milieu de pratique.

2.4. Résultats

2.4.1. Soins occasionnels aux proches

a. Fréquence

Avez-vous déjà soigné occasionnellement vos proches?				
	oui	non	sans objet	Nombre de réponses
Conjoint(e)	86,6% (258)	8,1% (24)	5,4% (16)	298
Parents	83,3% (254)	15,7% (48)	1,0% (3)	305
Beaux-parents	62,2% (181)	30,6% (89)	7,2% (21)	291
Grands-parents	43,9% (118)	41,6% (112)	14,5% (39)	269
Enfants	78,4% (232)	8,8% (26)	12,8% (38)	296
Fratrie	78,0% (224)	17,4% (50)	4,5% (13)	287
Famille plus éloignée	67,9% (195)	28,2% (81)	3,8% (11)	287
Amis	91,3% (272)	7,7% (23)	1,0% (3)	298
			Questions répondues	308
			Questions passées	25

La toute grande majorité des médecins généralistes répondent positivement à la demande occasionnelle de soin de la part des proches, et ceci plus particulièrement pour les soins concernant le (la) conjoint(e) (86,6%) et les amis (91,3%). Les parents (83,3%), les enfants (78,4%) et la fratrie (78%) figurent également parmi les plus grands solliciteurs de soin.

Le sondage révèle que plus un généraliste est âgé (voir annexe 2), plus il a tendance à soigner ses proches. Ceci concerne plus particulièrement les conjoint(e)s pour lesquel(le)s 97,7% des généralistes de plus de 60 ans rapportent donner des soins occasionnels contre 76,6% pour les généralistes de moins de 30 ans.

La totalité des médecins de plus de 60 ans précisent prendre en charge de manière occasionnelle la santé de leurs enfants, cette proportion étant retrouvée à presque 90% chez les quarantenaires et quinquagénaires. Les généralistes de moins de trente sont moins concernés par le sujet, la moitié des répondants n'ayant pas encore d'enfants (46,7% sans objet). Chez les jeunes parents de moins de trente ans, 54% s'occupent des soins de leurs enfants.

Les médecins généralistes sont très fortement sollicités par leurs amis, cette tendance augmentant avec l'âge des soignants. 97,7% des répondants de plus de 60 ans répondent à la demande occasionnelle de soin de la part de leurs amis contre 84,8% chez les moins de trente ans.

Les généralistes de moins de trente ans ont également moins tendance à gérer occasionnellement la santé de leurs parents par rapport à leurs ainés (67,3% versus 86,3% des plus de trente ans). Le constat est le même à l'égard des beaux-parents (31,8% versus 67,6%) et de la famille plus éloignée (43,2% versus 72,4%). En ce qui concerne les grands-parents, la proportion est inversée puisque 51,8% jeunes généralistes de moins de 40 ans rapportent prendre ou avoir pris en charge des soins occasionnels contre 38,5% des plus de 40 ans.

Les femmes médecins (voir annexe 3) prennent moins souvent en charge les soins de leur conjoint (80,5% versus 92,5% des hommes généralistes), de leurs beaux-parents (46,1% versus 76,9%) et de leurs enfants (71,6% versus 84,8%). La proportion de prise en charge occasionnelle des parents, de la fratrie, de la famille plus éloignée et des amis ne varie pas en

fonction du sexe des médecins. En comparaison aux autres proches, on retrouve le même rapport inverse en ce qui concerne les grands-parents, c'est-à-dire une proportion plus grande de soignantes que de soignants gérant de manière occasionnelle la santé de leurs aïeux (53,3% versus 34,4%).

Le milieu de travail des médecins généralistes n'influence pas ou peu les soins aux proches (voir annexe 4).

b. Fréquence des problèmes rencontrés

Un peu plus de la moitié des répondants (55,1%) ont rencontrés des problèmes liés à la prise en charge de ces soins occasionnels aux proches (voir infra). Les médecins de moins de trente ans, les femmes et les médecins exerçants en milieu urbain y sont plus sensibles (71,4% des moins de 30 ans versus 41,3% des plus de 60 ans, 62,7% des femmes versus 47% des hommes, 63% de ceux issus d'un milieu urbain versus 41,6% pour le milieu rural) (voir tableaux en annexe 5).

c. Fréquence du refus de prendre en charge certaines pathologies

54,5% des médecins interrogés mettent des limites par rapport à certains problèmes médicaux. Ceci concerne 58,6% des généralistes femmes versus 49,3% des hommes, 67,2% des moins de 40 ans versus 46,5% des plus de 40 ans, 63,2% des médecins pratiquant en milieu urbain versus 41,6% des médecins de campagne (voir tableaux en annexe 6).

d. Limites décrites en fonction des pathologies

Le champ de réponse est laissé libre aux médecins généralistes souhaitant partager leur avis. 158 réponses ont été enregistrées. 75 généralistes mentionnent refuser de prendre en charge leurs proches si le problème concerne une maladie chronique nécessitant un suivi ou une pathologie lourde, évolutive et au pronostic vital réservé. 44 médecins généralistes déclarent se sentir mal à l'aise avec les pathologies liées à la sphère sexuelle et ano-rectale et 43 répondants évitent tous les problèmes psychologiques, relationnels ou d'addiction. 32 répondants expriment ne soigner leurs proches qu'en cas de pathologie banale, de simple virose.

2.4.2. Soins aux proches en tant que médecin traitant

a. Fréquence

Etes-vous le médecin traitant de vos proches?				
	oui	non	sans objet	Nombre de réponses
Conjoint(e)	**53,9% (145)**	38,3% (103)	7,8% (21)	269
Parents	33,6% (90)	**58,6% (157)**	7,8% (21)	268
Beaux-parents	25,4% (67)	**64,4% (170)**	10,2% (27)	264
Grands-parents	7,6% (19)	**58,6% (146)**	33,7% (84)	249
Enfants	**55,3% (147)**	32,0% (85)	12,8% (34)	266
Fratrie	30,4% (79)	**63,5% (165)**	6,2% (16)	260
Famille plus éloignée	34,6% (90)	**60,0% (156)**	5,4% (14)	260
Amis	**64,6% (170)**	34,6% (91)	0,8% (2)	263
			Questions répondues	**273**
			Questions passées	**60**

Plus de la moitié des généralistes ayant répondu à l'enquête se décrivent comme médecin traitant de leurs amis (64,6%), de leurs enfants (55,3%) et de leur conjoint(e) (53,9%). Les autres proches font moins fréquemment l'objet de ces soins.

Les femmes généralistes, les médecins âgés de moins de 40 ans et les médecins exerçant en milieu urbain (voir annexes 7,8,9) ont une propension moindre à prendre globalement en charge la santé de leur conjoint(e) (40,9% versus 66,9% pour les hommes, 38,1% versus 64% pour les médecins de plus de 41 ans, 36,5% versus 72,2% pour le milieu rural). Un constat similaire est observé en ce qui concerne les enfants et les amis (pour les enfants: 47,8% versus 63,1%, 32,7% versus 70%, 43,8% versus 62,3%).

La fréquence des généralistes reconnus comme médecin traitant des parents, grands-parents, fratrie, beaux-parents et famille plus éloignée varie sensiblement en fonction de l'âge, du sexe et du milieu de pratique des répondants mais ne dépasse jamais 50% des médecins sondés.

b. Fréquence des problèmes rencontrés

232 réponses ont été enregistrées. Dans 64,7% des cas, les médecins généralistes ne soulèvent pas de problème particulier dans la prise en charge globale de la santé d'un proche. Les répondantes, qui ont tendance à être moins souvent reconnues comme médecin traitant des

proches, rencontrent cependant plus souvent des difficultés dans cette prise en charge. En effet, 44,3% d'entre elles s'en plaignent versus 28,2% de leurs confrères (voir tableaux en annexe 10).

c. Fréquence du refus de prendre en charge certaines pathologies

64,1% des 223 répondants à cette question prennent en charge de façon globale la santé de leurs proches pour lesquels ils sont reconnus médecin traitant. Le genre, l'âge et le milieu n'influencent que très peu les résultats (voir tableaux en annexe 11).

d. Limites décrites en fonction des pathologies

Les pathologies de la sphère sexuelle, celles dont le pronostic vital est réservé, telles les néoplasies et les problèmes d'ordre psychologique constituent à nouveau le trio de tête des pathologies pour lesquelles le médecin traitant et parent préfère référer à un confrère généraliste ou spécialiste.

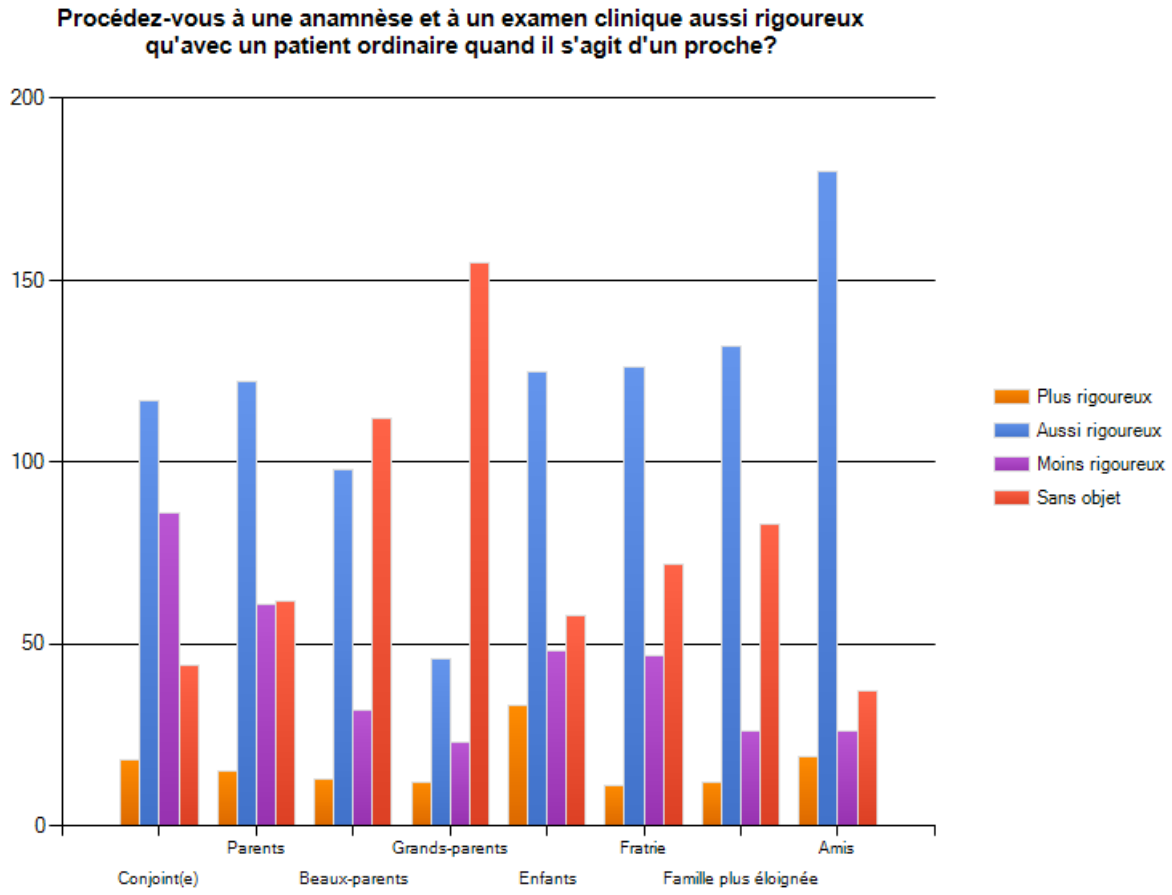
2.4.3. Rigueur de l'anamnèse et de l'examen clinique

Procédez-vous à une anamnèse et à un examen clinique aussi rigoureux qu'avec un patient ordinaire quand il s'agit d'un proche?

	Plus rigoureux	Aussi rigoureux	Moins rigoureux	Sans objet	Nombre de réponses
Conjoint(e)	6,8% (18)	**44,2% (117)**	32,5% (86)	16,6% (44)	265
Parents	5,8% (15)	**46,9% (122)**	23,5% (61)	23,8% (62)	260
Beaux-parents	5,1% (13)	38,4% (98)	12,5% (32)	**43,9% (112)**	255
Grands-parents	5,1% (12)	19,5% (46)	9,7% (23)	**65,7% (155)**	236
Enfants	12,5% (33)	**47,3% (125)**	18,2% (48)	22,0% (58)	264
Fratrie	4,3% (11)	**49,2% (126)**	18,4% (47)	28,1% (72)	256
Famille plus éloignée	4,7% (12)	**52,2% (132)**	10,3% (26)	32,8% (83)	253
Amis	7,3% (19)	**68,7% (180)**	9,9% (26)	14,1% (37)	262
				Questions répondues	**277**
				Questions passées	**56**

Près de la moitié des répondants estime être aussi rigoureux quand ils interrogent et examinent un proche. Le médecin agira d'autant plus comme avec un patient ordinaire si le lien de famille est lointain ou nul. En effet, 68,7% des amis et 52,2% des membres de la famille plus éloignée bénéficieront d'un interrogatoire et d'un examen similaires à ceux réalisés chez des patients ordinaires.

La proportion de généralistes s'estimant aussi rigoureux dans la prise en charge de certains proches augmente avec l'âge des répondants; ceci est particulièrement marqué dans la prise en charge du conjoint (32,4% des moins de 40 ans s'estiment aussi rigoureux versus 56,9% des plus de 51 ans), de la famille plus éloignée et des amis (voir annexe 12, 13, 14).

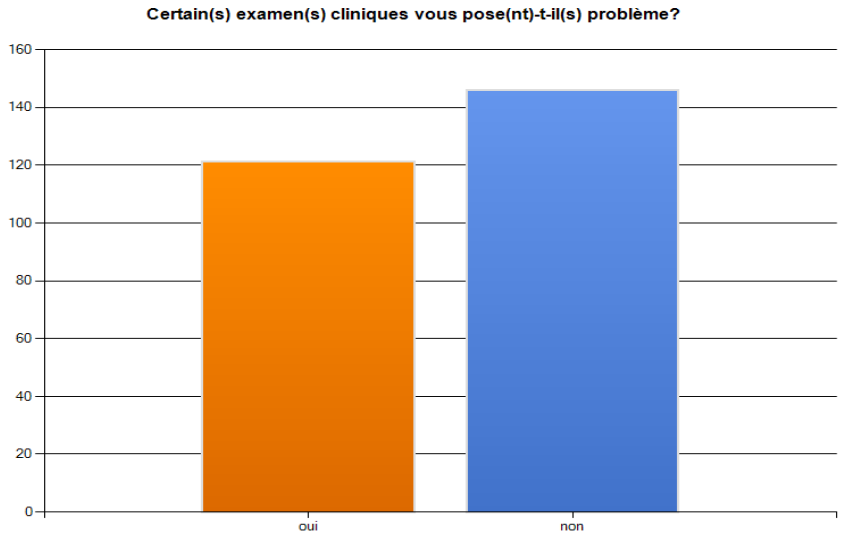


2.4.4. Problèmes rencontrés lors de l'examen clinique

a. Fréquence

Un peu plus de la moitié (54,7%) des médecins répondants estime ne pas rencontrer de problème lors d'un examen clinique réalisé sur un proche. Les médecins généralistes de moins de 40 ans sont moins sereins face à l'examen clinique d'un proche, puisque 62,7% d'entre eux le considèrent comme problématique versus 34,5% de leurs aînés. Le milieu de pratique influence aussi la vision des généralistes, les médecins exerçant en milieu urbain éprouvant plus de problème lors de l'examination d'un proche (52,6%) par rapport à leurs confrères issus

du milieu rural (39,7%) ou semi-rural (42,6%) (voir annexe 15).



b. Nature des problèmes rencontrés

La réponse est unanime: tout ce qui touche à l'intimité des proches, la sphère uro-génitale et ano-rectale, l'examen des seins. La peur de mettre le proche mal à l'aise est évoquée par cinq médecins. L'examen abdominal et cardiorespiratoire est aussi susceptible d'embarrasser les proches les plus pudiques (rapporté par 3 médecins).

2.4.5. Ressenti des médecins

a. Objectivité

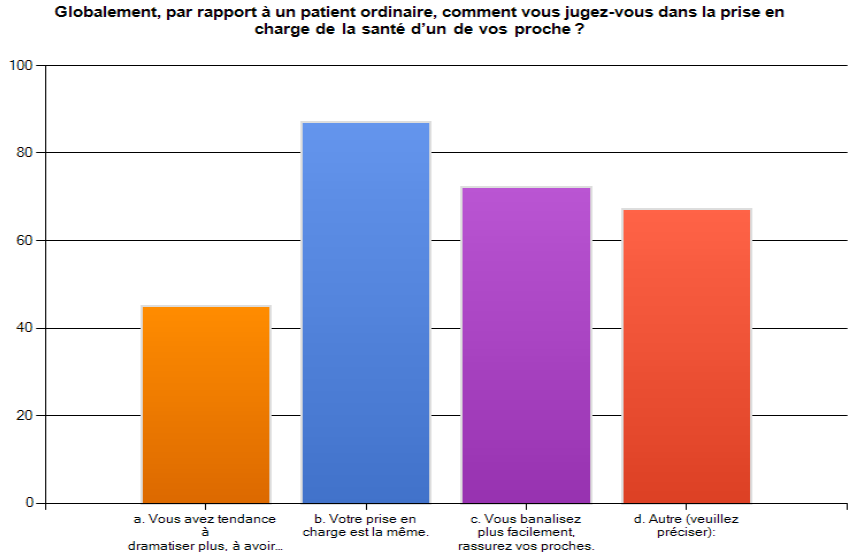
Avez-vous l'impression d'être aussi objectif quand vous soignez un proche que s'il s'agissait d'un patient ordinaire?				
	oui	non	sans objet	Nombre de réponses
Conjoint(e)	27,3% (71)	**60,0% (156)**	12,7% (33)	260
Parents	28,7% (73)	**55,1% (140)**	16,1% (41)	254
Beaux-parents	30,4% (76)	32,4% (81)	**37,2% (93)**	250
Grands-parents	11,1% (26)	32,8% (77)	**56,2% (132)**	235
Enfants	30,5% (79)	**50,2% (130)**	19,3% (50)	259
Fratrie	34,1% (87)	**43,5% (111)**	22,4% (57)	255
Famille plus éloignée	**48,4% (118)**	27,5% (67)	24,2% (59)	244
Amis	**64,0% (165)**	27,1% (70)	8,9% (23)	258
			Questions répondues	**269**
			Questions passées	**64**

La perte d'objectivité est ressentie par un peu moins de la moitié (41%) des répondants dès qu'ils doivent soigner leur conjoint(e) ou un membre de la famille du premier degré (parents et enfants). La subjectivité est moindre quand il s'agit d'amis ou de membres de la famille plus éloignés.

Les femmes généralistes (voir annexe 16) se sentent moins objectives que leurs confrères de sexe masculin dans le soin de toute la famille en général, des proches et des amis. L'âge influence également l'impression d'objectivité (voir annexe 17), les médecins de plus de 41 ans rapportant une plus grande neutralité dans les soins aux proches. En ce qui concerne le conjoint 17,5% des moins de 40 ans se sentent aussi objectifs contre 33,8% des plus de 41 ans, 15,8% versus 37,2% pour les parents, 21,8% versus 42,2% pour la fratrie, 30,8% versus 59,3% pour la famille plus éloignée et 41,4% versus 78% en ce qui concerne les amis. Le milieu de pratique (voir annexe 18) influence en moindre mesure la sensation d'objectivité dans la prise en charge médicale des proches. On peut tout de même noter une perte d'objectivité plus importante chez les médecins exerçant en zone urbaine.

b. Attitude

Un tiers des médecins généralistes (32,1%) considère que leur prise en charge médicale d'un proche est identique à celle qu'ils auraient proposé à un patient ordinaire. Un peu plus d'un quart des répondants (26,6%) décrit avoir une attitude plus minimaliste avec leurs proches. Un sixième des généralistes (16,6%) a tendance à dramatiser plus, à avoir plus vite recours aux examens complémentaires, à l’imagerie et aux avis de confrères spécialistes. Le dernier quart des médecins répondants est plus nuancé et alterne les trois possibilités, soit en fonction du proche soigné, soit en fonction de la situation clinique, soit en fonction du moment et de leur propre anxiété. Certains praticiens incriminent la perte d'objectivité pour expliquer la gestion plus difficile de cette incertitude. Sans recourir plus rapidement aux examens complémentaires, ils précisent toutefois être perturbés par une anxiété plus importante que la normale.



2.4.6. Actes techniques

Vous sentez-vous à l'aise en ce qui concerne la réalisation de gestes techniques chez un proche?			
	oui	**non**	**Nombre de réponses**
Suture	**78,0% (209)**	22,0% (59)	268
Ongle incarné	**50,8% (132)**	49,2% (128)	260
Infiltration	**64,6% (170)**	35,4% (93)	263
Frottis de col	27,2% (71)	**72,8% (190)**	261
		Questions répondues	**269**
		Questions passées	**64**

La nature du geste technique à exercer sur un proche influence, assez logiquement, le ressenti du médecin. Les frottis de col mettent trois quart des généralistes répondants mal à l'aise. Suturer un proche est l'acte technique le moins embarrassant pour un médecin.

Les hommes (voir annexe 19) se soumettent en général plus facilement à ces exercices (ongles incarnés: 36,7% chez les femmes versus 64,6% chez les hommes, infiltrations: 49,2% versus 80,6%, suture: 71,1% versus 84,7%), sauf en ce qui concerne les frottis de col (27,3% versus 26%).

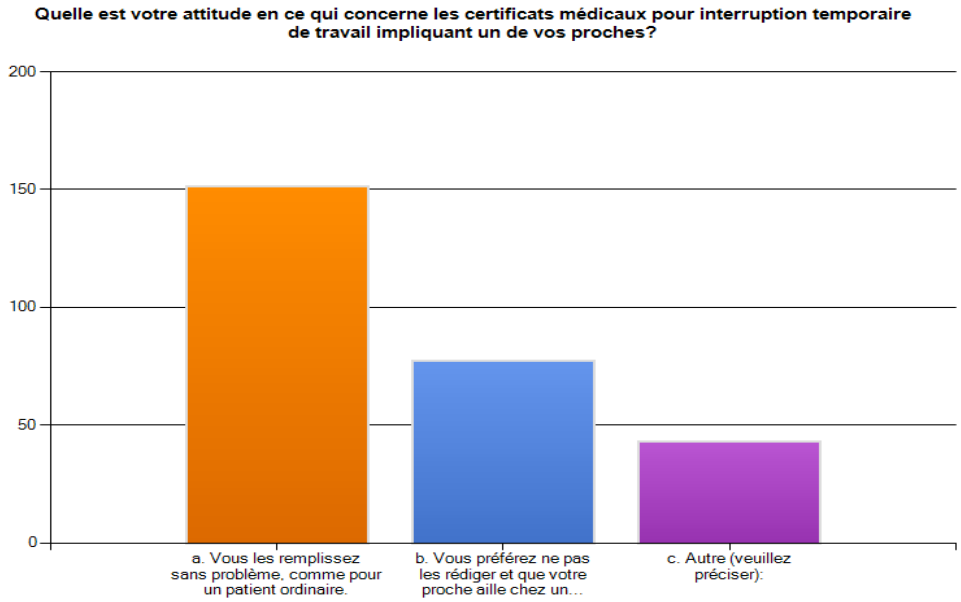
L'âge a tendance à rendre les généralistes plus sûrs d'eux (voir annexe 20), mais on constate que la tranche des moins de 30 ans se sent globalement plus à l'aise dans les actes cités que les 31-40 ans, tandis que les 41-50 ans réalisent ces gestes plus facilement que la tranche d'âge supérieure.

Les généralistes de ville sont moins à l'aise que leurs confrères de zone rurale, avec comme intermédiaire les médecins pratiquant en milieu semi-rural (voir annexe 21).

2.4.7. Interruption temporaire de travail

55,7% des 271 médecins répondants remplissent les certificats sans problème, comme pour un patient ordinaire. 28,4% ne les rédigent pas et réfèrent à un confrère.

Les 43 médecins ayant préférés l'option « autre » précisent en général qu'ils complètent les ITT, en étant moins généreux en nombre de jours et seulement en cas de viroses banales. Certains évitent les situations délicates et ont peur d'être soupçonné de complaisance. D'autres se méfient car se sentent plus facilement manipulables *« neveux, lors de réunions de famille, par exemple... »*.

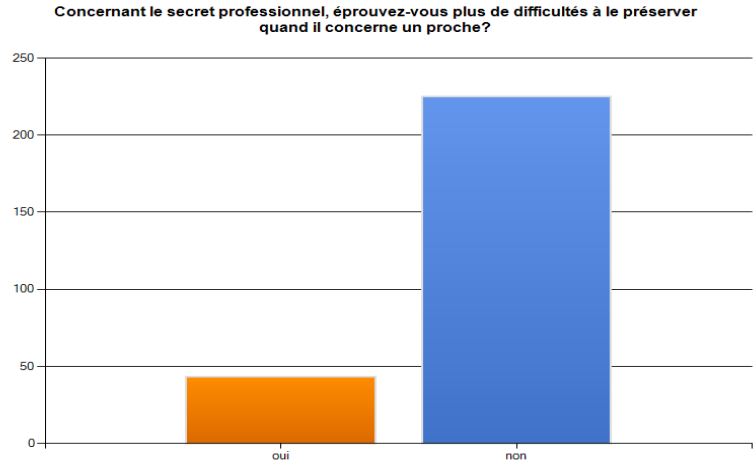


Les femmes généralistes, les moins de 30 ans et les médecins de ville sont plus précautionneux en ce qui concernent les certificats (50% des femmes contre 62,6% des hommes les remplissent sans problème, 36,4% des moins de 30 ans contre 59,4% des plus de 31 ans, 46,7% des médecins urbains contre 66,7% des médecins ruraux) (voir annexe 22).

2.4.8. Secret professionnel

La question du secret professionnel semble facilement gérée par les 268 répondants, 84% d'entre eux estimant ne pas ressentir plus de difficultés à le protéger que pour un patient ordinaire. L'âge, le sexe et le milieu des répondants n'influence pas de manière significative la difficulté de préservation du secret.

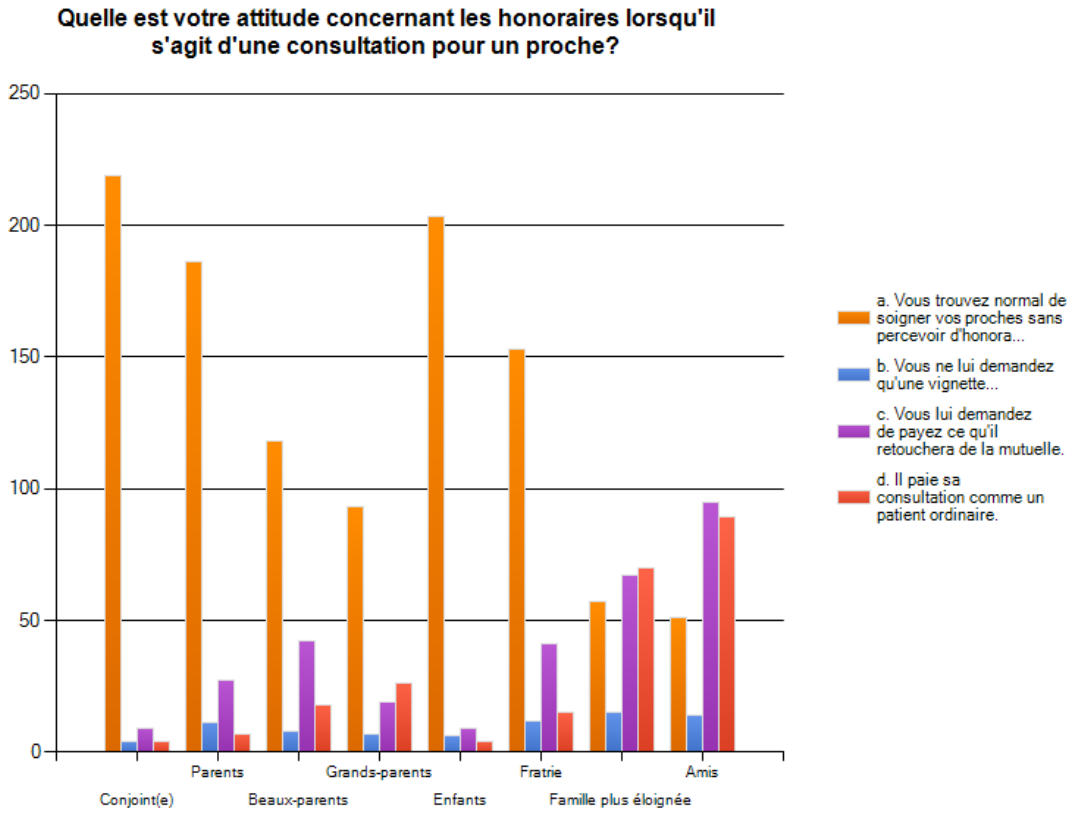
.



2.4.9. Honoraires

Quelle est votre attitude concernant les honoraires lorsqu'il s'agit d'une consultation pour un proche?					
	a. Vous trouvez normal de soigner vos proches sans percevoir d'honoraire, vous ne demandez rien.	b. Vous ne lui demandez qu'une vignette...	c. Vous lui demandez de payez ce qu'il retouchera de la mutuelle.	d. Il paie sa consultation comme un patient ordinaire.	Nombre de réponses
Conjoint(e)	**92,8% (219)**	1,7% (4)	3,8% (9)	1,7% (4)	236
Parents	**80,5% (186)**	4,8% (11)	11,7% (27)	3,0% (7)	231
Beaux-parents	**63,4% (118)**	4,3% (8)	22,6% (42)	9,7% (18)	186
Grands-parents	**64,1% (93)**	4,8% (7)	13,1% (19)	17,9% (26)	145
Enfants	**91,4% (203)**	2,7% (6)	4,1% (9)	1,8% (4)	222
Fratrie	**69,2% (153)**	5,4% (12)	18,6% (41)	6,8% (15)	221
Famille plus éloignée	27,3% (57)	7,2% (15)	32,1% (67)	**33,5% (70)**	209
Amis	20,5% (51)	5,6% (14)	**38,2% (95)**	35,7% (89)	249
				Questions répondues	**264**
				Questions passées	**69**

Il paraît évident pour plus de 90% des généralistes de ne pas toucher d'honoraire quand ils soignent leur conjoint(e) (92,8%) et leurs enfants (91,4%). La gratuité des soins pour les parents est appliquée par huit généralistes sur dix. La fratrie, les grands-parents et les beaux-parents ne payent pas leur consultation chez 60 à 70% des médecins. Les répondants sont partagés quand il s'agit des soins prodigués aux amis et à la famille plus éloignée, mais la gratuité pour ceux-ci est moins répandue (27,3% pour la famille lointaine et 20,5% pour les amis).



2.5. Limites de l'étude

Utiliser la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) comme moyen de diffusion de l'enquête induit certains biais dans la sélection de l'échantillon. Pour plusieurs raisons, la population étudiée pourrait ne pas correspondre exactement, quoique de manière limitée, à la population médicale générale.

D'abord, la SSMG regroupe 3031 généralistes sur les 10 961[8] que compte actuellement la Belgique. Parmi ces membres, ils ne sont que 1855 à avoir communiqué leur adresse électronique et à accepter les sondages. Toutefois, les médecins affiliés sont des omnipraticiens de tous âges, de tous sexes et provenant de toutes universités confondues.
Le biais de sélection lié à une institution universitaire ou à un syndicat est par conséquent extrêmement faible.

Par ailleurs, on peut légitimement présumer que les membres de la SSMG sont adeptes d'une approche scientifique. Le risque existe que les praticiens partisans des médecines parallèles se soient moins exprimés dans cette étude.

Le support électronique de l'enquête entraîne encore un biais de sélection dans la mesure où peu de très vieux médecins généralistes sont informatisés. Sans compter que cette année, beaucoup d'étudiants ont réalisé une enquête dans le cadre de leur Travail de Fin d'étude, créant une lassitude chez les membres de la SSMG, répondant de moins en moins.

Parmi les 1855 généralistes ayant été invités à répondre au sondage, 57,5% sont de sexe masculin et 42.5% de sexe féminin. La répartition en fonction des âges n'est pas connue par la SSMG.. Les femmes sont donc proportionnellement plus nombreuses à avoir participé (51.2% versus 48.8% d'hommes).

A titre de comparaison, la Belgique comptait en 2007, 10 961 médecins généralistes actifs selon les données (non publiées) de L'INAMI[8]. Il s'agit de médecins ayant au moins 500 contacts patients sans activité importante en hôpital ou de généralistes participant à une garde et qui sont membres d'un GLEM. Parmi ceux-ci, seulement 28% sont de sexe féminins. L'échantillon des médecins répondants n'est donc pas représentatif de la population de médecins belges, ni des membres de la SSMG. La psychologie des genres est probablement une raison pour laquelle les femmes ont participé plus massivement à l'enquête, se sentant plus sensibilisées par le sujet.

Face à la longueur du sondage et à la répétition des questions, 69 généralistes (soit 20.7%

[8] Institut Scientifique de Santé Publique, *Caractéristiques des Médecins Vigies et de leur pratique*, Bruxelles, mars 2009.
[8] Idem

des participants) ont abdiqués, rendant des questionnaires lacunaires. Cependant, ils n'ont pas été exclus des résultats. Leurs éléments de réponses, bien qu'épars, ont nourris l'ensemble des conclusions.

82% des médecins sollicités à répondre au sondage n'y ont pas donné suite. Il ne s'agissait que d'une simple invitation via leur boîte mail. Cependant, les non-répondants auraient pu nous apporter des expériences différentes.

Le sujet de l'étude portait sur les soins donnés aux proches par les médecins généralistes. La vision des proches en ce qui concerne les soins prodigués par leur membre de la famille médecin et l'étude de leurs dossiers médicaux aurait pu nous fournir de plus amples renseignements. La prise en charge par les répondants de leur propre santé et la gestion des soins aux proches par les médecins spécialistes auraient également été intéressants à analyser.

Pour autant, et malgré ces quelques biais, le nombre de participants (333) donne une certaine valeur aux résultats de l'enquête. À ce niveau, la récurrence des réponses accorde à l'analyse un indéniable crédit statistique. À noter d'ailleurs qu'aucune étude précédente ne s'est jamais fondée sur un échantillon plus vaste de répondants, à l'exception de celle du D^{r} La Puma[9].

2.6. Analyse de l'étude

2.6.1. Participants

Jusqu'à présent, toutes les études réalisées présentent un taux de réponse majoritairement masculin, reflet de la population de médecins généralistes. Cette étude est la première à montrer une quasi-parité des sexes des répondants, avec un léger avantage pour la gent féminine. En effet, la dernière contribution en date, réalisée en 2005 par le D^{r} Sophie Lasserre[10] en France, étudie un échantillon de médecins composé de seulement 37% de

[9] Le D^{r} La Puma a réalisé une enquête similaire aux Etats-Unis, interrogeant 693 médecins de toutes spécialités confondues. Il reçoit 465 réponses. La Puma J., et al., « When physicians treat members of their own families: practices in a community hospital », in *New England Journal of Medecine,* 1991, n° 325, pp. 1290-1294.

[10] Lasserre S., *Soigner ses proches en tant que médecin généraliste. Thèse pour le diplôme d'état de*

femmes. La féminisation de la médecine générale, tendance décrite actuellement par tous les médias, est confirmée ici en regard de la proportion de répondants en fonction de leur âge et de leur sexe. La constatation est parlante: 25% des médecins ayant répondu sont des femmes de moins de 40 ans et 29% des hommes de plus de 51 ans.

2.6.2. Soins aux proches

En ce qui concerne la demande occasionnelle de soin de la part de proches, plus de 90% des généralistes y répondent favorablement. Conjoint et amis sont les plus grands solliciteurs de soin.

Un constat qu'avait déjà posé le D[r] Loic Masson[11]. En 1996, ce médecin français réalisa une enquête similaire dans le cadre d'une thèse de doctorat. Il contacta, individuellement, 53 médecins généralistes dans le département des Yvelines, pour enregistrer 47 réponses. Lors de son sondage, il s'est intéressé non seulement à la fréquence à laquelle les médecins sont sollicités par leurs proches, mais aussi à la nature de ces requêtes (certificat, ordonnance, conseil, prise en charge complète, orientation vers spécialiste,...). Le D[r] Masson a encore évalué l'attitude des médecins face à l'anamnèse, l'examen clinique, les gestes médicaux, le règlement et le lieu des consultations. En définitive, ses résultats s'accordent avec les nôtres. Il démontre ainsi que 96% des médecins interrogés avouent soigner leur famille. Parmi les proches concernés, on retrouve le quatuor de tête composé des enfants (93%), conjoints (87%), parents (85%) et amis (81%).

Quelques années plus tôt, le D[r] John La Puma[9] et son équipe se sont également interrogés sur la manière dont les médecins gèrent le traitement médical de leur propre famille. Pour ce faire, ils ont sollicité les 693 médecins (toutes spécialisations confondues) d'un centre hospitalo-universitaire suburbain aux États-Unis au moyen d'un questionnaire anonyme. Parmi les 465 réponses collectées, 99% des médecins se sont dits confrontés à des sollicitations médicales de la part de leurs proches (époux(ses) et enfants en première position). 57% d'entre eux confient y avoir répondu positivement "presque toujours" tandis

---

docteur en médecine, Lille, 2005.

[11] Masson L., *Le médecin généraliste face à la demande de soins de ses proches. Thèse pour le doctorat en médecine,* Paris, 1996.

[9] La Puma J., et al., « When physicians treat members of their own families: practices in a community hospital », in *New England Journal of Medecine,* 1991, n° 325, pp. 1290-1294.

que 38 % des médecins n'ont accédé à ces demandes que "parfois". Les requêtes les plus fréquentes (parmi une liste de douze services) concernent la prescription de médicaments (83%), le diagnostic de pathologies nécessitant traitement (80%), la réalisation d'un examen clinique (72%).

Chaque nouvelle enquête confirme donc la grande proportion de demandes et de réponses positives en ce que concerne le soin au conjoint et aux enfants. Une récurrence qui s'explique probablement en partie par l'intimité, la relation familiale et la proximité géographique.

S'ils sont nombreux à prendre professionnellement en charge un proche, les médecins semblent envisager la question différemment en fonction de leur âge. Ainsi, notre sondage souligne combien les généralistes plus âgés s'impliquent plus franchement dans une relation médicale avec leurs proches que ne le font leurs jeunes confrères. Ce constat peut être lié d'une part au fait que les médecins plus mûrs ont, de par leur expérience, une plus grande confiance en eux, une plus grande aisance avec la science médicale et les rapports humains. Ainsi en témoigne cette médecin : *« Au début de ma pratique, j'éprouvais de la difficulté à être vue et entendue comme médecin et non comme fille ou amie..., avec le temps, la confiance en soi et des autres, cela s'arrange! »*. D'autre part, la tendance selon laquelle la société voyait les médecins comme « docteurs en toutes circonstances » s'atténue. Les jeunes généralistes mettent probablement plus de limites, se posent peut-être plus de questions que leurs aînés, notamment avec l'essor du médico-légal. *« On peut se poser la question d'un effet « génération de médecins », chacun sait que la médecine a perdu un peu de sa toute puissance et de son aura d'antan »* souligne le D[r] Sophie Lasserre, auteure de la thèse « *soigner ses proches en tant que médecin généraliste* ». Cette médecin a pu constater la même tendance après avoir étudié les réponses de 111 généralistes des Yvelines et du Pas de Calais: 61 % des médecins de plus de 50 ans répondent positivement à une demande de soin émanant d'un proche, enregistrant ainsi une différence statistique significative avec les praticiens de moins de 35 ans (24%).

L'enquête du D[r] La Puma montre également que la proportion de médecins ayant offert des services professionnels à leurs proches augmente avec l'âge des répondants et leur nombre d'années de pratique. Les proches sollicitent pourtant de manière égale les médecins âgés de plus de 45 ans et ceux âgés de moins de 45 ans, mais ces derniers sont plus nombreux à refuser d'y accéder (53% versus 64%). Les médecins de première ligne ont répondu à plus de

requêtes (moyenne de 4,9) que les répondants de seconde ligne.

On peut aussi se demander si les médecins généralistes de plus de 50 ans soignaient déjà leurs proches en début de carrière; cette question n'a été posée dans aucune enquête.

De la même manière que les jeunes généralistes, les médecins de la gent féminine ont tendance à répondre moins favorablement aux demandes de soins des proches. Il existe un lien intrinsèque à ces deux constats: les répondantes sont en moyenne nettement plus jeunes que leurs confrères.

55% des médecins interrogés ont rencontré des problèmes face à cette demande de soin. Les jeunes médecins, les femmes et médecins de ville y sont les plus sensibles. La survenue de difficultés plus importantes chez les jeunes généralistes peut éventuellement être mis en rapport avec le fait qu'ils n'ont pas encore eu le temps de s'endurcir avec le temps et l'expérience. La sensibilité de l'approche féminine peut expliquer que cette tranche de la population étudiée soit plus facilement troublée par une situation médicale concernant la famille. La mentalité « docteurs en toutes circonstances », typique de la campagne est peut-être un des éléments expliquant que les médecins ruraux se sentent moins mis en difficulté au sein de cette relation double.

Pour éviter ces problèmes, plus de la moitié des répondants fixent certaines limites ou refusent tout simplement leurs soins quand ils se sentent mal à l'aise. Ces limites concernent en général ce qui est « intime », que ce soit physique (sphère génitale, seins) ou psychologique, et ce qui demande un investissement conséquent et un suivi régulier (pathologies chroniques, sévères, fin de vie,...).

La fréquence de prise en charge en tant que médecin traitant reconnu des proches est bien sûr moindre que les soins occasionnels. Assez logiquement, elle a néanmoins tendance à poser moins régulièrement problème (64,7% versus 55,1%). On peut émettre l'hypothèse que prendre en charge ses proches dans un contexte officiel, est susceptible de faciliter la situation et de clarifier la relation. Ceci est illustré par le fait que moins de médecins refusent de prendre en charge certaines pathologies quand ils sont considérés comme médecins traitants (54,5% versus 35,9% de refus, traitants versus non traitants).

La perte d'objectivité est un phénomène régulièrement mentionné (41%) par les généralistes soignant leurs proches, les catégories citées ci-dessus (femmes, jeunes et urbains) y étant plus sensibles. Ce même constat est mis en évidence par le D[r] Lasserre: dans son enquête, si 46% des médecins interrogés estiment avoir une prise en charge neutre de la santé de leurs proches, les moins de 35 ans ne sont que 24% à s'évaluer aussi objectifs.

La relation avec le proche influence la rigueur de l'examen clinique et de l'anamnèse, mais aussi l'objectivité du médecin généraliste. Plus le lien familial est étroit, moins le généraliste se sent « professionnel ». À mettre en parallèle, la gratuité des soins est largement répandue pour les proches du premier degré, tandis que les généralistes répondants sont nettement plus mitigés en ce qui concerne le règlement de la consultation de la famille plus éloignée et des amis. Cependant, l'ACP Internist[12] publie en 1999 dans sa rubrique consacrée à l'éthique un article intitulé « Should doctors treat their relatives? ». Les auteurs insistent sur le fait que le type de relation est moins important que la proximité émotionnelle. L'intimité est parfois plus profonde avec un ami proche qu'avec un frère ou un parent. La question est de savoir si ce lien de proximité à l'individu compromet la capacité du médecin à rester objectif.

3. DIFFICULTÉS LIÉES À LA PRISE EN CHARGE D'UN PROCHE

3.1. Libre expression des répondants à l'enquête

Les difficultés sont nombreuses et la majorité des généralistes ayant répondu au sondage se sont exprimés par rapport aux problèmes rencontrés lors de cette double relation. Le manque d'objectivité, de recul, la difficulté d'une prise de distance sont largement rapportés. Les généralistes rapportent également que le stress, l'implication affective, la peur de se tromper sont présents et peuvent altérer le jugement.

Certains insistent sur le fait qu'ils n'effectuent des soins chez leurs proches que de manière occasionnelle, seulement pour dépanner ou remplacer le médecin traitant habituel, qu'ils ne sont disponibles pour leurs proches que pour les pathologies bénignes, pour de la « bobologie », pour les urgences et le renouvellement d'ordonnance.

12 « Ethics case study. Should doctors treat their relatives? », in *American College of Physicians Internist*, avril 1999 (www.www.acpinternist.org/archives/1999/01/relative.htm).

Un autre problème soulevé par les médecins est l'envahissement de la vie privée, le non-respect des horaires de consultation et des demandes en dehors du cabinet médical. C'est pourquoi certains généralistes insistent sur l'importance du cadre afin de rester professionnel. Voir les proches en consultation au cabinet, pendant les horaires habituels, ouvrir un dossier sont des éléments apportés par certains répondants afin de mieux cadrer les soins aux proches.

Le manque de compliance de la part des proches, le peu de prise en considération des recommandations sont fréquemment évoqués par les médecins-parents. Il est difficile de ne pas mélanger les rapports, d'être à la fois proche et médecin tout en gardant sa crédibilité et son « autorité » de professionnel de la santé. Cette confusion des rôles est problématique. Le médecin peut parfois ressentir une pression de la famille, soit parce que celle-ci refuse d'être soignée par un autre médecin, soit parce qu'elle a des exigences supérieures par rapport aux autres patients (demande de soin et de guérison plus rapides). Des conflits peuvent en résulter.

L'importance du secret est soulignée par les répondants. La gestion de l'inquiétude de la famille, la pression mise par celle-ci, l'émotion rendent difficile la préservation de ce secret et peuvent engendrer un malaise et des tensions voire des conflits. Certains généralistes avouent mettre leur époux(se) (médecin ou pas) dans la confidence mais la (le) considèrent également soumis(e) au secret professionnel.

Les autres problèmes mentionnés concernent le paiement et la reconnaissance financière, la peur d'avoir à annoncer une mauvaise nouvelle et les certificats médicaux abusifs ou de complaisance. Certains médecins ont été mis en difficulté par rapport au médecin traitant, soit suite à un désinvestissement de celui-ci, soit suite à une difficulté de communication.

3.2. Les cinq défis des D^{rs} Rourke

En juin 1998, Leslie et James Rourke[13] publient un article intitulé « Des amis au nombre de ses patients en pratique rurale » dans le *Médecin de famille canadien*. Cette contribution propose une réflexion sur les défis posés par le fait de prendre en charge la santé d'amis intimes et présente des possibilités d'approche au traitement médical.

[13] Rourke L.L., Rourke J.T.B., « Des amis au nombre de ses patients en pratique rurale », in *Le médecin de famille canadien*, vol. 44, juin 1998.

D'après ces auteurs, cinq grands pièges sont à prendre en compte quand on traite des proches à titre de patients: le risque d'omissions, la divulgation de renseignements confidentiels, les présomptions, le manque d'objectivité et l'imprécision des limites de l'intimité.

Les omissions peuvent être commises par le médecin ou par le patient, de manière consciente ou inconsciente. Un exemple d'omission inconsciente de la part du patient est le fait de ne pas préciser un antécédent médical pertinent au médecin parce qu'il prend pour acquis que celui-ci le connaît déjà. Les omissions conscientes peuvent avoir lieu lorsque l'ami n'ose pas aborder un problème psychologique ou sexuel avec un médecin qu'il fréquente dans un autre contexte. Le médecin, de son côté peut également se sentir mal à l'aise par rapport à la prise en charge des aspects plus intimes de la santé de son ami et éviter d'approcher les questions s'y rapportant.

La confidentialité a toute son importance, et en particulier dans les petites communautés où le tissu social est très serré. L'équilibre peut être parfois difficile à trouver entre secret médical et autres obligations d'ordre moral.

Un autre défi à relever concerne les présomptions, c'est-à-dire que, lorsqu'un problème se présente, le médecin présume la réaction de son patient-ami au lieu de lui poser directement la question.

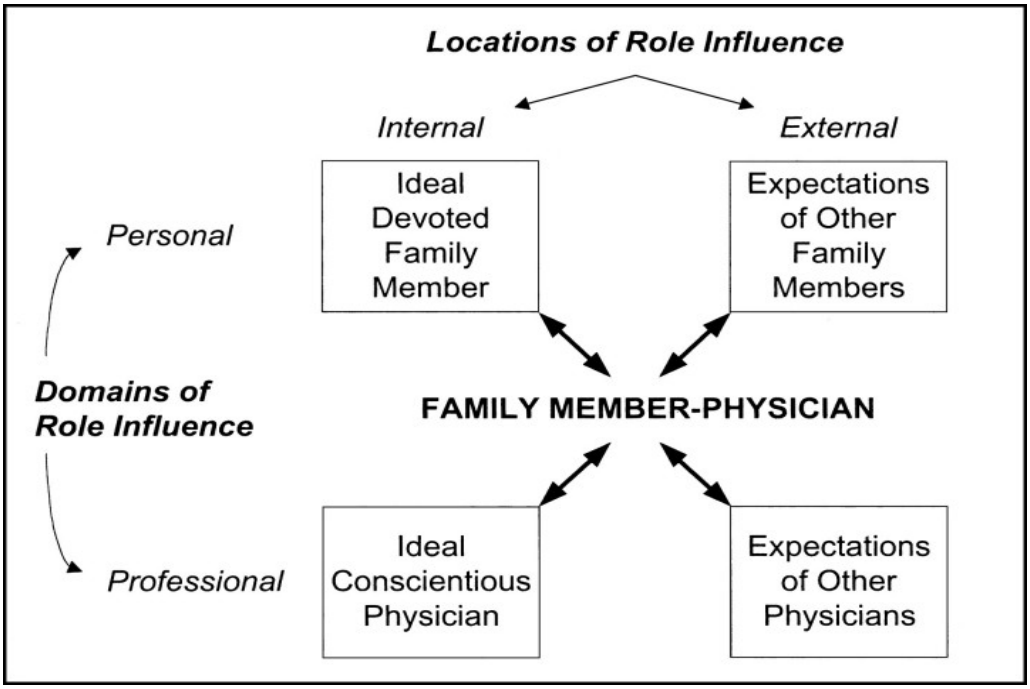
Le manque d'objectivité peut surtout poser problème dans les situations d'urgence et dans les pathologies lourdes. Il était régulièrement mentionné (41%) par les répondants à notre étude. Celui-ci risque d'entraîner une prise en charge inadéquate et une anxiété plus importante chez le médecin.

L'imprécision des limites de l'intimité risque d'abîmer la relation amicale. Les patients qui côtoient le médecin dans un autre contexte ont souvent plus facilement accès à lui en dehors des heures de bureau, dans le cadre du privé. Si les limites ne sont pas posées explicitement, le débordement de problèmes professionnels dans le privé peut engendrer un malaise chez le médecin ou chez le patient. Il importe d'éduquer ses proches quant aux moments et endroits convenables pour discuter de leurs problèmes médicaux. Les échanges de cadeaux, la tenue vestimentaire, les formules de salutation, les confidences du médecin et les contacts physiques sont au nombre des limites à prendre en considération.

3.3. La contradiction des attentes

En octobre 2001, le D[r] Chen[14] interviewait huit médecins généralistes seniors au moyen d'entretiens téléphoniques semi-structurés afin d'élucider les difficultés rencontrées par les médecins traitants quand un membre de leur famille tombait malade. Le critère d'inclusion à l'étude le plus important était d'avoir un parent ayant souffert d'une maladie à un stade sévère à terminal durant les cinq dernières années.

Dans ce cas, c'est une tout autre difficulté qui apparait: la contradiction des attentes nourries par le médecin et celles cultivées par son patient et par le personnel soignant. Le D[r] Chen classe ces expectations en quatre catégories: interne (au médecin lui-même) ou externe, personnelle ou professionnelle.



3.3.1. Attentes internes et personnelles ou « un membre de la famille dévoué »

Le médecin se charge spontanément et à titre individuel de la responsabilité personnelle de sa propre famille, celle-ci est profondément enracinée en lui. Il peut être embarrassé qu'un membre de sa famille « dérange » un confrère pour un problème qui peut sembler simple.

[14] Chen F.M., et al., « Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook », in *Western Journal of Medecine*, octobre 2001, 175 (4), pp. 236-239.

Bien qu'initialement, les médecins interrogés pensaient que leur rôle dans la famille se limiterait à celui d'un membre de la famille non-médecin, ils se rendent compte que la relation avec leurs proches est largement influencée par leurs connaissances professionnelles.

3.3.2. Attentes internes et professionnelles ou « un médecin idéal »

En tant que professionnel de la santé, le médecin se met la pression lorsqu'un membre de sa famille tombe malade. Difficile de rester à l'écart, de garder une attitude neutre quand un proche va mal... Par leur position de membre de la famille, ces médecins sont intimement bien informés des conditions de santé de leur parent malade, de ses antécédents médicaux, de ses attentes, de sa vision de la maladie. Leurs connaissances professionnelles du fonctionnement du système de santé contraignent les médecins à s'impliquer dans les soins de leurs proches et à servir de relais avec le personnel soignant.

3.3.3. Attentes externes et personnelles ou les attentes de la famille

Les membres de la famille considèrent comme normal que le médecin-proche s'investisse dans la prise en charge du parent malade. Certains s'attendent à un (inconfortablement) haut degré de participation, à une prise de décision engagée.

3.3.4. Attentes externes et professionnelles ou les attentes des autres médecins

Le personnel soignant a tendance également à attendre un investissement et à solliciter un engagement du membre de la famille médecin. Certains médecins traitants peuvent, intentionnellement ou non, se déresponsabiliser par rapport à la prise en charge de leur patient et les référer vers le médecin parent. Le D[r] Michaël Balint[15] évoque ce double suivi des patients dans son livre « Le médecin, son malade, et la maladie ». Le risque principal de cette situation est qu'aucun des deux médecins ne s'impliquent totalement dans la prise en charge du patient. C'est ce que le D[r] Balint appelle « *la collusion de l'anonymat* », processus de dilution des responsabilités qui soulage le poids des responsabilités de chaque médecin.

---

15 Balint M., *Le médecin, son malade et la maladie,* Paris, 2003.

4. Les approches du patient-proche

Quatre approches différentes au traitement médical d'amis intimes sont décrites par les Drs Rourke, elles consistent en quatre manières d'aborder la prise en charge de proches.

La première option consiste à refuser de traiter ses amis comme patients et de référer son patient si un lien d'amitié vient à se tisser. Cette règle est difficilement tenable en milieu rural.

Une autre approche consiste à un traitement plus restreint pour les amis que pour les autres patients. Ceci impose une discussion à propos des limites à poser afin que les deux partis se sentent à l'aise. À titre d'exemple, le patient est référé chez un collègue s'il s'agit de lui faire un examen pelvien ou des seins, ceci sans qu'il soit nécessaire d'abandonner entièrement la pratique médicale.

Une plus grande accessibilité aux amis qu'aux patients habituels constitue une troisième façon d'aborder la relation. Ceci implique donc une plus grande souplesse avec les amis-patients, ce qui peut vouloir dire être accessible en dehors des heures de travail. Plusieurs dangers guettent le patient dans ce type de prise en charge. Les conditions inhabituelles de soins, qu'il s'agisse de l'endroit, de l'heure ou de la personne, peuvent aboutir à une prise en charge moins exhaustive. L'évaluation peut être moins approfondie en dehors du cabinet médical. Les soins peuvent être exagérés suite à la moins bonne gestion de l'incertitude du médecin quand il soigne un proche. Mais le plus grand danger de ces patients « privés » est le risque d'abus en raison de l'imprécision des limites.

La quatrième et dernière approche décrite consiste au même traitement pour tous les patients, amis ou non. Elle signifie le respect des mêmes principes de soins complets, basés sur le patient. Cette option constitue la meilleure règle à suivre pour les médecins qui prennent en charge des proches. Cette solution n'est pas nécessairement la plus facile, elle peut porter préjudice à la relation privée si les amis s'attendent à un traitement de faveur.

5. RÉFLEXION PRÉALABLE AU SOIN DES PROCHES

5.1. Face à sa propre anxiété

Dans sa thèse « Être ou ne pas être le médecin de ses enfants », dans laquelle il réalise une étude qualitative en interrogeant vingt médecins généralistes au moyen d'entretiens semi-dirigés, le Dr Olivier Huré[16] insiste sur le fait que la prise en charge par le parent médecin doit dépendre de sa personnalité et, surtout, de l'angoisse générée par cette prise en charge chez lui. Il faut donc bien se connaître avant de prendre une décision. Le membre de la famille médecin ayant tendance à être anxieux préfèrera référer d'emblée ses proches à un confrère, tandis que le médecin moins préoccupé par le poids de la responsabilité et le manque d'objectivité aura moins de problème à les prendre en charge. Afin de prendre cette décision, une réflexion préalable sur soi-même est nécessaire. Aucun règlement sur le sujet ne devrait être instauré. Chaque médecin doit se connaître et connaître sa nature.

5.2. Les limites à instaurer

Instaurer des limites est nécessaire, mais comment les déterminer? Le Dr Rourke apporte des éléments de réponses dans un article intitulé « Patients, friends, and relationship boundaries »[17].

Tout d'abord, il s'agit de les délimiter ensemble, explicitement, au sein de la relation amicale ou familiale et professionnelle. Une discussion conjointe à propos des frontières à poser, des attentes et des obligations de chacun est indispensable afin d'éviter les malentendus, les idées fausses et les conflits.

Définir un cadre est essentiel. Le lieu des consultations est un des premiers points à négocier. On peut décider ensemble que celles-ci se dérouleront uniquement dans le cabinet médical, ou, si une visite à domicile s'impose, que l'on s'en tienne purement au professionnel dans le cadre de cette rencontre. Les conversations médicales seront donc bannies dans le contexte privé, si l'on se croise à l'épicerie ou lors d'une fête de famille ou de village, sauf si urgence.

---

16 Huré O., *Être ou ne pas être le médecin de ses enfants. Thèse pour le doctorat en médecine*, Paris, 2008.

17 Rourke J.T.B., et al., « Patients, friends, and relationship boundaries », in *Canadian Family Physician*, vol 39, décembre 1993.

Une concertation à propos de la disponibilité du médecin en termes d'horaires doit avoir lieu afin que le patient sache quand il peut aborder son proche pour un problème de santé. Certains médecins mettront des limites drastiques à leur accessibilité, ayant besoin de plus de temps libre ininterrompu. D'autres à l'inverse, se considérant eux-mêmes comme « médecin en toutes circonstances », offriront une large disponibilité aux problèmes de santé de leurs proches. L'acceptation de soin de la part d'un autre médecin et la compréhension du besoin de temps libre pour leur médecin proche font partie de l'éducation du patient et de la négociation.

Mettre des limites concerne également les motifs de consultation. Aborder des sujets intimes tels que des problèmes génitaux, sexuels, psychologiques peut mettre mal à l'aise le médecin ou le proche. Ils peuvent donc décider ensemble que ces sujets « délicats » seront exclus de la relation et gérés par un tiers médecin.

La question des honoraires mérite aussi d'être débattue lors de cette concertation à propos des limites. Dans notre enquête, la gratuité des soins est généralement appliquée pour les proches du premier degré. L'art. 79[4] du code de déontologie approuve cette pratique: « *il est d'usage pour les médecins de ne pas se faire honorer pour des soins donnés à leurs parents proches et leurs collaborateurs, ainsi qu'aux confrères et aux personnes qui sont à charge de ces derniers* ». Cependant, il peut parfois être utile de formaliser l'interaction afin de positionner le cadre de la relation médecin-patient, et le règlement de la consultation peut y contribuer. Dans son article « When relatives and friends ask physicians for medical advice: ethical, legal, and pratical considerations », le D[r] Gregory Eastwood[18] insiste sur l'importance de replacer l'interaction dans son contexte professionnel et soutient que la perception d'honoraires renforce l'établissement d'une relation légale.

Établir des limites libère les deux parties et leur permet de développer leur relation personnelle comme amis, collègues, coéquipiers. Cette approche se base sur le concept d'une relation multi-niveaux. La capacité de changer de niveau en fonction du contexte de la rencontre permet de plus grandes possibilités à chaque étage du complexe mais enrichit potentiellement les relations amis-médecin-patient.

---

4 Code de déontologie médicale, art. 79 (www.ordomedic.be/fr/code/chapitre/les-honoraires)

18 Eastwood G.L., « When relatives and friends ask physicians for medical advice: ethical, legal, and pratical considerations », in *Journal of General Internal Medecine.* Décembre 2009, 24 (12), pp. 1333-1335.

5.3. Les questions à se poser

En 1992, les D[rs] La Puma et Priest[6] publiaient dans la revue JAMA, un article intitulé: « Is there a doctor in the house? ». An analysis of the practice of physicians' treating their own families. Ils proposent sept questions sur lesquelles tout médecin (généraliste ou spécialiste) confronté à la demande de soin de membre de la famille peut méditer. Ces questions ont une importance décroissante. Les urgences et les pathologies bénignes sont exclues de cette réflexion.

1. Suis-je qualifié pour répondre aux besoins de mes proches?

La tendance naturelle de la plupart des médecins est de s'occuper de leur proche s'il développe un signe de maladie. Cependant, la première question à se poser est de savoir si cette prise en charge fait partie de ses compétences ou non. En effet, le médecin peut se sentir mal à l'aise et hésiter devant la gravité des symptômes.

2. Ne suis-je pas trop proche, trop lié à cette personne pour lui poser des questions intimes, pratiquer un examen clinique complet et éventuellement lui annoncer de mauvaises nouvelles?

En tant que proche, le médecin ne renoncera-t-il pas à un examen médical intime mais nécessaire? Se sentira-t-il suffisamment à l'aise pour pratiquer un examen gynécologique indiqué chez une proche? Ne cherchera-t-il pas à éviter un examen coûteux ou inconfortable mais indispensable afin d'épargner son proche? Arrivera-t-il à se détacher émotionnellement de son parent malade s'il devait lui apporter une mauvaise nouvelle ou lui apprendre un pronostic sombre? Se sent-il capable d'être le vecteur d'une thérapie douloureuse? Toutes ces questions doivent avoir été prises en compte avant de s'investir dans la prise en charge d'un être aimé.

[6] La Puma J., Rush Priest E., « Is there a doctor in the house? An analysis of the practice of physicians' treating their own families », in *Journal of the American Medical* Association, avril 1992, vol 267, n°13, pp. 1810-1812.

3. Est-ce que je peux faire preuve d'assez d'objectivité pour que les soins ne soient pas trop nombreux, trop limités ou encore inadéquats?

Avec les membres de sa propre famille, le médecin prudent peut ressentir un plus grand besoin de se sécuriser et être enclin à demander plus d'examens complémentaires. Le médecin soignant sa famille peut aussi avoir tendance à prescrire plus, à dose et durée maximales, provoquant ainsi parfois des effets secondaires, des complications et des coûts plus élevés pour les soins de santé. À titre d'exemple, la première anémie aplasique sur chloramphénicol fut décrite chez un enfant de pédiatre qui avait bénéficié de l'antibiotique « miracle » dans ses premiers jours de mise sur le marché. Être conscient de ce risque de sous- ou surprescription d'examens complémentaires et de traitements semble être le meilleur moyen de s'en protéger.

4. Est-ce que je ne risque pas de provoquer ou d'intensifier des conflits intrafamiliaux en m'investissant médicalement dans la santé d'un proche?

L'ordre familial est menacé lorsque l'un de ses membres tombe malade. La famille est bouleversée, tant sur le plan fonctionnel que sur le plan émotif. Les rôles sont redistribués avec de nouveaux acteurs. Les membres de la famille risquent, au sein de cette instabilité relationnelle de projeter le médecin responsable comme héros ou comme bouc émissaire selon l'évolution de la maladie. « *La maladie s'impose donc comme un intrus qui s'intègre dans la dynamique familiale. De fait, elle peut jeter la consternation dans la famille et une succession de crises qui mettent à l'épreuve les capacités d'adaptation de ses membres* »[19]. Il est peu probable que les conflits intrafamiliaux préexistants ne disparaissent, tandis que le climat d'anxiété, de peur et de fatigue est propice à l'éclosion de nouveaux désaccords.

5. Est-ce que l'observance de mes proches serait meilleure avec un médecin non-apparenté?

La familiarité engendre la non-compliance. La relation médecin-patient est basée sur la confiance, ce qui n'est pas nécessairement le cas des relations familiales. Les membres de la famille, particulièrement ceux qui sont plus âgés que le médecin, peuvent douter des capacités

19 Richard C., Lussier M-T. (dir.), *La communication professionnelle en santé*, Québec, 2005.

et des méthodes de ce médecin qu'ils connaissent d'abord comme un fils ou un neveu. Un médecin extérieur à la famille ne sera pas soumis à ses considérations et abordera la relation de façon neutre.

6. Est-ce que je laisserai le médecin à qui je référerai mon proche le prendre en charge?

Certains médecins font échouer la relation entre le confrère à qui ils ont délégué leur parent et le proche en question. Ceci en interrogeant à posteriori le patient sur ce qui a été dit, fait, prescrit, et décidé et en jugeant la prise en charge du médecin responsable. Il est possible que le médecin apparenté, anxieux et inquiet pour la santé de son proche, juge son confrère trop durement et le décrédibilise auprès de ses proches.

7. Suis-je capable d'assumer mes décisions médicales par rapport à cette prise en charge devant mes pairs et devant le public?

Les questions des autres médecins peuvent surgir à partir du moment où le soin au proche est inadéquat, toute décision peut être critiquée par les confrères si elle est irrationnelle. Pour être optimale, la qualité de la prise en charge médicale doit être la même que celle offerte à un patient ordinaire. L’anamnèse et de l’examen clinique doivent être réalisées dans des circonstances professionnelles, avec structure et rigueur. A ce propos, le Dr La Puma, lors de son enquête dans le centre hospitalo-universitaire, avait mis en évidence que 32,7% des répondants avaient déjà observé un confrère qui prodiguait des soins de manière inappropriée à ses proches. Les circonstances expliquant ces soins inadaptés étaient largement expliquées par la perte d'objectivité qui entrainait un examen clinique ou un suivi inadéquats, ainsi qu'une interférence avec le diagnostic ou le traitement appropriés et la réalisation de procédures contre-indiquées.

CONCLUSION

Presque tous les médecins généralistes sont régulièrement amenés à prendre part aux soins de santé de leurs proches, amis ou parents. 90% des 333 praticiens participant au sondage expriment soigner occasionnellement leurs proches, 60% à titre de médecin traitant. Les plus grands solliciteurs de soins sont les amis, conjoints, enfants et parents.

Les femmes généralistes, les médecins de moins de 40 ans et ceux exerçant en milieu urbain ont tendance à accéder moins facilement à la demande de soin des proches, celle-ci les mettant plus fréquemment en difficulté.

Les problématiques les plus régulièrement rencontrées concernent la perte d'objectivité, l'anxiété liée à l'implication affective, le non-respect de la sphère privée et le manque de compliance des proches résultant de la confusion des rapports. Cinq grands pièges sont à éviter dans la prise en charge médicale de nos proches: les omissions, la divulgation de renseignements confidentiels, les présomptions, le manque d'objectivité et l'imprécision des limites de l'intimité. De plus, la relation entre un proche malade et son médecin membre de la famille engendre des attentes contradictoires, cultivées à la fois par le médecin concerné et l'extérieur (proches et personnel soignant) et ayant des origines personnelles et professionnelles.

Avant d'entamer une telle relation avec un proche, une réflexion préalable est indispensable. D'abord, le médecin doit connaître sa propre personnalité et décider si cette relation n'entrainera pas une anxiété excessive. Ensuite, des limites explicites seront instaurées lors d'une concertation avec le proche concerné. Celles-ci doivent prendre en compte le lieu des consultations, l'accessibilité horaire du médecin, la gestion des sujets intimes physiques et psychologiques et la question des honoraires. Le D^{r} La Puma nous propose d'anticiper les difficultés en méditant sur sept items concernant nos compétences, notre proximité avec le patient, notre objectivité, la gestion de conflits intrafamiliaux, la compliance du proche, le transfert à un confrère et la responsabilité d'une prise en charge optimale.

Cette contribution n'apporte pas de réponse radicale et définitive à la prise en charge des proches mais amène des pistes de réflexion et vise à orienter le généraliste au cœur d'une telle relation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Code de déontologie médicale, art. 5 (www.ordomedic.be/fr/code/chapitre/devoirs-g%E9n%E9raux-des-m%E9decins).
2. Idem, art. 19 §3 (www.ordomedic.be/fr/code/chapitre/la-client%E8le).
3. Idem, art. 27 (www.ordomedic.be/fr/code/chapitre/relations-avec-le-patient).
4. Idem, art. 79 (www.ordomedic.be/fr/code/chapitre/les-honoraires).
5. Idem, art. 28 (www.ordomedic.be/fr/code/chapitre/relations-avec-le-patient).
6. La Puma J., Rush Priest E., « Is there a doctor in the house? An analysis of the practice of physicians' treating their own families », in *Journal of the American Medical* Association, avril 1992, vol 267, n°13, pp. 1810-1812.
7. Survey Monkey, (fr.surveymonkey.com)
8. Institut Scientifique de Santé Publique, *Caractéristiques des Médecins Vigies et de leur pratique,* Bruxelles, mars 2009.
9. La Puma J., et al., « When physicians treat members of their own families: practices in a community hospital », in *New England Journal of Medecine,* 1991, n° 325, pp. 1290-1294.
10. Lasserre S., *Soigner ses proches en tant que médecin généraliste. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine,* Lille, 2005.
11. Masson L., *Le médecin généraliste face à la demande de soins de ses proches. Thèse pour le doctorat en médecine,* Paris, 1996.
12. « Ethics case study. Should doctors treat their relatives? », in *American College of Physicians Internist,* avril 1999 (www.acpinternist.org/archives/1999/01/relative.htm).
13. Rourke L.L., Rourke J.T.B., « Des amis au nombre de ses patients en pratique rurale », in *Le médecin de famille canadien,* vol. 44, juin 1998.
14. Chen F.M., et al., « Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook », in *Western Journal of Medecine,* octobre 2001, 175 (4), pp. 236-239.
15. Balint M., *Le médecin, son malade et la maladie,* Paris, 2003.
16. Huré O., *Être ou ne pas être le médecin de ses enfants. Thèse pour le doctorat en médecine,* Paris, 2008.
17. Rourke J.T.B., et al., « Patients, friends, and relationship boundaries », in *Canadian Family Physician,* vol 39, décembre 1993.
18. Eastwood G.L., « When relatives and friends ask physicians for medical advice:

ethical, legal, and pratical considerations », in *Journal of General Internal Medecine.* Décembre 2009, 24 (12), pp. 1333-1335.

19. Richard C., Lussier M-T. (dir.), *La communication professionnelle en santé*, Québec, 2005.