

---

**UNIVERSITE DE LILLE**

**UFR3S-MEDECINE**

Faculté de médecine Henri WAREMBOURG

Faculté de médecine, maïeutique, sciences de la santé

Année : 2025

**Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine**

**Ressenti des médecins généralistes libéraux du Nord et du Pas-de-Calais au  
sujet des consultations informelles à la demande d'un membre de leur famille.**

Présentée et soutenue publiquement le 24/09/2025 à 18 heures au Pôle Formation  
par

**Florian TIRODE** né à Croix le 03/08/1996

---

**JURY**

**Présidente : Madame le Professeur Florence RICHARD**

**Assesseur : Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS**

**Directrice de thèse : Madame le Docteur Camille OBERT-MARBY**

Travail de l'Institut Catholique de Lille

## **AVERTISSEMENT**

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.



## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	6
METHODES.....	10
Type d'étude.....	10
Échantillonnage .....	10
Recrutement.....	11
Recueil de données .....	12
Analyse des données .....	13
Démarches éthiques et réglementaires .....	13
RESULTATS.....	14
Description de la population étudiée.....	14
Des demandes qui reflètent l'image que la famille a de son parent médecin généraliste .....	16
I. Une personne proche avec qui on est souvent en contact, facile à joindre par des canaux habituels.....	16
II. Une image positive du parent médecin, disponible et compétent.....	19
III. Un médecin, oui, mais différent du médecin traitant et des autres médecins en général .....	23
La souffrance d'être médecin de ses proches.....	26
I. Des demandes faciles à traiter mais dont la récurrence finit par épuiser les praticiens .....	26
II. Quand la subjectivité, le risque d'erreur et l'incertitude deviennent source d'angoisse. ....	31
III. Une position professionnelle contrastant avec une souffrance intérieure devant la pudeur, la douleur et les mauvaises nouvelles .....	34
IV. Choix partagé d'être ou non médecin traitant dans sa famille, pour une relation saine et un exercice épanoui .....	35
Les stratégies mises en œuvre pour soigner ses proches.....	39
I. La dichotomie et des rôles différents à expliquer aux proches .....	39

II. Le bon soin, au bon moment et au bon endroit .....	41
III. Le respect de la déontologie, complexe pour des consultations informelles avec des proches .....	44
IV. Protéger sa vie de famille : la juste distance cabinet-domicile et les transitions entre vie personnelle et vie professionnelle .....	47
DISCUSSION.....	52
Résultat principal.....	52
Les limites et les forces de l'étude .....	54
I. Les limites.....	54
II. Les forces .....	55
Données de la littérature et perspectives .....	56
I. Un flou juridique en France entraînant une ambivalence des médecins sur le fait de soigner leur famille.....	56
II. Soigner ses proches est inévitable : savoir accepter ou orienter vers un confrère .....	58
III. Apprendre à être un parent médecin : un savoir-être pour se préserver ....	59
CONCLUSION .....	62
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES .....	63
BIBLIOGRAPHIE .....	64
ANNEXES.....	68
Annexe 1 : guide d'entretien.....	68
Annexe 2 : grille COREQ.....	69
Annexe 3 : information pour participation à une étude médicale .....	70

## INTRODUCTION

---

« Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera » (1).

Cette phrase extraite du Serment d'Hippocrate n'a aucune valeur juridique, mais historiquement depuis des millénaires le médecin semble ne refuser aucune demande de soin.

Ainsi, les proches d'un médecin (amis, famille...) peuvent le solliciter afin d'obtenir un conseil, un renseignement, un diagnostic, une ordonnance, un certificat... (2)

Dans plusieurs études françaises, la quasi-totalité des praticiens affirmaient avoir déjà été sollicités par leurs proches, qu'ils soient spécialistes hospitaliers (3), médecins généralistes libéraux (4), (5) ou internes de médecine générale (6).

En France, il n'existe pas de législation interdisant à un médecin d'effectuer des actes de soin ou de prescription à des membres de sa famille.

Dans des articles américains de 2007 et 2013, Lee J Johnson et Timothy Farrell et all. conseillent aux soignants de s'adresser à leurs proches ou à leurs amis qui demandent des conseils avec la même expertise et le même jugement que pour tout autre patient (7), (8).

Toutefois, en 2019, une revue de la littérature effectuée par Mietka avec pour objectif de répondre à la question « le médecin peut-il soigner ses proches ? » souligne le fait qu'il est difficile pour un médecin de rester objectif en soignant un des siens (9).

Plusieurs travaux de recherche, ont étudié le ressenti des praticiens qui prennent en charge un membre de leur famille (enfant ou adulte) au long cours. Ces travaux ont porté sur des médecins spécialistes aux États-Unis en 1994 et sur des médecins généralistes français en 2017. Malgré les différences géographiques, temporelles et de pratiques, le vécu est similaire. Il est en effet propre à chacun, avec certains praticiens mis en difficulté et d'autres satisfaits de soigner leur proche (10), (11).

Ces études portaient sur des consultations réalisées en présence des proches et menées avant la crise sanitaire liée au Covid-19 apparue en France au début de l'année 2020.

Mais en post-épidémie, à l'heure de la télé médecine et de la télé-expertise, dans une société hyper-connectée, certaines consultations sont maintenant réalisées à distance (12).

En effet, la crise sanitaire a bouleversé le recours à la téléconsultation. Selon la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), en France, avant le 1<sup>er</sup> confinement de 2020, très peu des médecins généralistes utilisaient cet outil (13). Ils ont été une très grande majorité à en faire pendant le 1<sup>er</sup> confinement : les téléconsultations représentaient alors jusqu'à un quart des consultations (14). Ce chiffre est redescendu et est devenu stable pour représenter une très petite part des consultations depuis l'année 2021 (14).

Depuis la fin de crise sanitaire, plus d'un tiers des médecins généralistes effectuent régulièrement des téléconsultations selon une étude de 2023 (15).

Ainsi même hors confinement et crise sanitaire, les médecins généralistes ont ancré la téléconsultation dans leur pratique quotidienne.

Cependant, pour garantir des soins de qualité, les médecins généralistes sont incités par l'Assurance Maladie à limiter les téléconsultations à 20% de leur activité annuelle (16).

En France, la législation rappelle aux médecins réalisant une téléconsultation qu'ils engagent leurs responsabilités civile, pénale et disciplinaire au même titre que pour une consultation effectuée en présentiel (17), (18), (19).

Par ailleurs, en mars 2024, la Haute Autorité de Santé a émis des recommandations sur les lieux et conditions d'environnement pour la réalisation d'une téléconsultation ou d'un télésoin (20).

Le contexte social et la crise récente, le développement des outils permettant les téléconsultations ainsi que l'apparition de législation et recommandations les encadrant poussent la société à trouver naturel de communiquer par voie numérique avec les professionnels de santé.

Un travail quantitatif réalisé en 2022 dans le Nord et le Pas-de-Calais, a démontré qu'une très petite proportion des médecins généralistes utilisaient leur messagerie

sécurisée et qu'ils se servaient davantage de leur messagerie personnelle pour la communication avec leurs patients (21).

Une autre étude, qualitative, réalisée en 2024 dans ces deux mêmes départements, étudiait le ressenti des internes de médecine générale sollicités par leurs proches (22). Ce travail confirmait la variation de l'affect selon la situation, avec une envie d'intervention brève et ponctuelle d'un côté et une réticence de soins en cas de prise en charge complexe de l'autre. De plus les demandes étaient là aussi informelles et réalisées via des canaux non sécurisés.

Ainsi la famille ou les amis du praticien peuvent le solliciter plus facilement et rapidement en ayant ses coordonnées personnelles.

En ce sens, près d'un proche sur deux avance le côté pratique (avec les termes de rapidité, disponibilité et gratuité) d'avoir un médecin dans la famille (23). D'autres avantages avancés par les proches sont la confiance dont découle une meilleure observance (9).

Cependant pour Eastwood, une consultation n'est formelle que si ses caractéristiques sont respectées, les deux principales étant l'examen clinique et le règlement d'honoraires (2).

Avec cette sollicitation constante des proches d'un médecin sans véritable cadre légal et une augmentation significative du nombre d'actes effectués à distance engendrée par la démocratisation informatique et la crise sanitaire de 2020, il nous semblait intéressant de soulever quelques interrogations :

- Comment et pourquoi les médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais répondent-ils aux demandes de consultations informelles de la part de membres de leur famille ?
- Comment vivent-ils ces demandes ?
- Ont-elles des conséquences sur leur vie professionnelle et personnelle ?
- Quels sont les aspects positifs et négatifs de ce type de consultation, et pourquoi les patients y ont-ils recours ?



Nous pouvons synthétiser toutes ces questions en une question de recherche principale : quel est le ressenti des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais sollicités par messagerie personnelle et non sécurisée (mail, SMS/MMS, réseaux sociaux...) pour la réalisation d'une consultation informelle demandée par un membre de leur famille ?

## METHODES

---

### Type d'étude

---

Premier travail explorant le vécu des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais au sujet des demandes de consultations informelles émanant de membres de leur famille, nous avons choisi la méthodologie qualitative par entretiens semi-dirigés (Annexe 1). Cette méthode était la plus adaptée pour répondre à notre question de recherche, qui s'est construite progressivement à l'aide des COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research ou critères consolidés pour la communication de recherche qualitative ; Annexe 2).

Elle nous permet d'avoir une vision globale du ressenti et du vécu des praticiens et des conséquences sur leur vie professionnelle et personnelle, avec la prise en compte de leur contexte socioculturel et de leur histoire dans une perspective phénoménologique.

Nous ne formulons pas d'hypothèse de départ, celle-ci étant amenée à se construire, s'affiner, se reformuler et se redéfinir en rendant compte de la réalité qui sera observée.

### Échantillonnage

---

Le nombre de participants nécessaires pour répondre à la question a été estimé à 15 sujets avec comme objectif d'obtenir la suffisance des données.

Nous avons choisi de mener notre étude dans le Nord et le Pas-de-Calais car elle permet de compléter celle réalisée en 2024 dans ces départements auprès des internes de médecine générale sollicités par leurs proches.

L'échantillon a été réalisé en échantillonnage raisonné homogène.

Les participants inclus devaient répondre aux caractéristiques suivantes :

- être médecin généraliste installé et en activité dans le département du Nord ou du Pas-de-Calais
- et exerçant en activité principale en cabinet libéral (de groupe, individuel)

Aucun critère de non inclusion n'a été retenu dans cette étude.

Ces critères ont été choisis afin d'obtenir une homogénéité sur le statut du praticien, qui a une patientèle fixe, bien connue, et une certaine routine d'activité.

## **Recrutement**

---

Le recrutement initial était réalisé auprès de médecins connus de l'investigateur principal (Maîtres de Stage Universitaire) puis par bouche à oreille ou effet boule de neige en fonction des caractéristiques variables recherchées, afin d'obtenir une grande diversité de réponses et d'arriver à suffisance des données.

Le recrutement des médecins se basait sur des praticiens ayant des caractéristiques différentes quant au lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), au mode d'exercice (individuel, cabinet de groupe, maison de santé), à leur sexe, à leur âge.

Les participants étaient d'abord contactés par mail ou par téléphone pour les informer des modalités de participation à l'étude et planifier les entretiens.

Ils n'étaient pas prévenus du sujet de la recherche afin de ne pas influencer leurs réponses : étant donné la fréquence des demandes de consultations informelles qui touchent la quasi-totalité des médecins, il était peu probable qu'un praticien sollicité acceptant de répondre à l'enquête ne soit pas concerné par ce phénomène.

Avant chaque entretien, la non opposition du participant était recueillie à l'oral, et une information claire orale et écrite était donnée à chaque participant concernant le traitement des données recueillies, le droit et les modalités de rétractation de l'étude, la possibilité d'être informé des résultats de l'enquête, et les coordonnées des personnes ressources de l'étude (Annexe 3).

## Recueil de données

---

Les entretiens en présentiel étaient enregistrés par audio via un dictaphone après accord écrit des participants ; dans le cas où un entretien n'aurait pu être réalisé qu'en distanciel du fait des disponibilités de l'investigateur et du participant, une visio à l'aide de la plateforme Teams, via Office 365 lié au compte universitaire de l'investigateur principal aurait été proposée et enregistrée après consentement écrit.

Les entretiens en présentiel devaient se dérouler dans un lieu neutre, calme, non intime des participants. Il en aurait été de même si des entretiens étaient réalisés en visio.

Les données étaient collectées sous forme d'entretiens semi dirigés selon un script susceptible d'être modifié au fur et à mesure (Annexe 1), menés par l'investigateur principal.

Ce guide d'entretien avait été au préalable testé avec un médecin généraliste : l'entretien réalisé a été conservé mais non retranscrit ni analysé.

Les entretiens étaient retranscrits mot à mot sur le logiciel *Microsoft Word* dans la semaine suivant leur réalisation puis envoyés par mail au participant afin de valider les dires puis analysés avant la réalisation de l'entretien suivant.

Chaque entretien était muni d'un pseudonyme (MG1, MG2...), la table de concordance entre le participant et les entretiens était conservée exclusivement par l'investigateur principal. Les données personnelles des participants recueillies, l'âge, le sexe, le mode et le lieu d'exercice, l'adresse mail, le numéro de téléphone et l'adresse du cabinet étaient stockées sur une base de données (*Microsoft Excel*) sécurisée par mot de passe individuel et créée exclusivement pour l'étude selon le respect des bonnes pratiques.

Un journal de bord était également tenu par l'investigateur principal, dans lequel étaient retracés les évolutions du guide d'entretien, les questionnements et hypothèses apparaissant au fur et à mesure, les choix de recrutement des participants en fonction des caractéristiques recherchées. Il était également complété par l'investigateur lors de chaque entretien, et comprenait seulement le pseudonyme

sans aucune information permettant d'identifier les personnes interrogées : lors des entretiens les données de communication non verbale et le ressenti de l'investigateur principal y étaient retracés.

Les données des participants ainsi que celles du participant à l'entretien test seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche ou, en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche. Par la suite l'ensemble des données sera détruit.

### **Analyse des données**

---

L'analyse, réalisée au fur et à mesure des entretiens selon la phénoménologie, portait sur les retranscriptions des entretiens (verbatim), les notes de l'investigateur principal concernant son ressenti et les éléments de communication non verbale. Un codage primaire était réalisé.

Le codage était effectué par triangulation avec un autre étudiant de 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale pour au moins deux tiers des entretiens et le partage des informations se faisait via une clé USB dédiée.

Le codage était effectué manuellement, par étiquetage puis catégorisation des données.

### **Démarches éthiques et réglementaires**

---

Les auteurs ne présentent aucun conflit d'intérêt.

Le fait d'interroger des professionnels de santé sur leurs représentations ou leurs pratiques de soin, sans risque identifié dans cette étude pour les participants, n'impliquait pas d'obtenir l'avis d'un comité d'éthique ou d'un comité de protection des personnes.

## RESULTATS

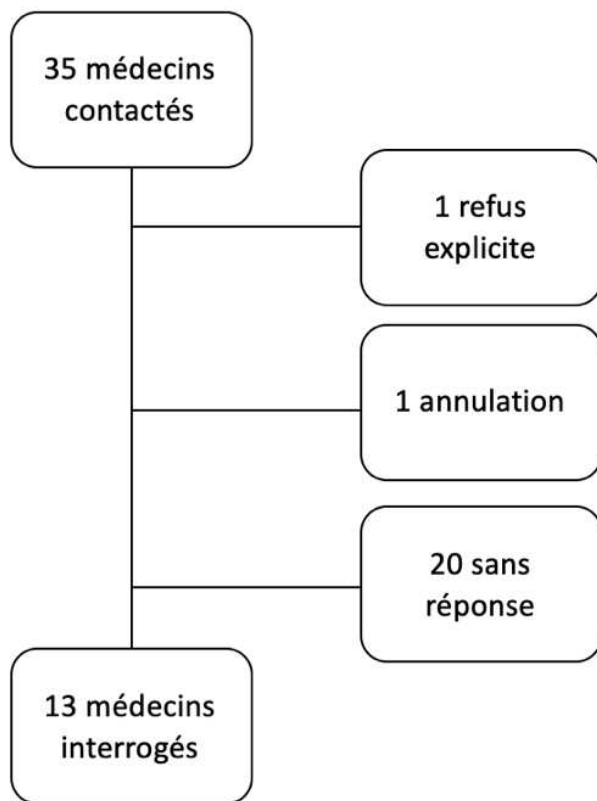
---

### Description de la population étudiée

---

Trente-cinq médecins ont été contactés par téléphone pour participer à l'étude. Parmi eux, un a refusé d'être interrogé. Un médecin a annulé l'entretien prévu. Vingt n'ont pas donné suite aux messages laissés sur leur répondeur ou à leurs secrétaires. Ainsi treize médecins ont accepté de participer à l'étude.

La figure 1 représente cette répartition.



*Figure 1 : carte de flux de la participation des médecins sollicités*

Le tableau 1 résume les caractéristiques des praticiens interrogés pour cette étude.

Code	Age (années)	Sexe	Département	Mode	Cabinet	MSU	Durée entretien
MG1	61	M	Nord	Semi-rural	MSP	Oui	7'56''
MG2	63	M	Nord	Semi-rural	MSP	Oui	28'53''
MG3	53	M	Pas-de-Calais	Rural	Maison personnelle	Oui	9'17''
MG4	41	M	Nord	Urbain	Cabinet de groupe	Non	13'00''
MG5	59	F	Pas-de-Calais	Semi-rural	Cabinet de groupe	Oui	14'30''
MG6	35	F	Nord	Urbain	Cabinet de groupe	Non	10'10''
MG7	65	M	Pas-de-Calais	Urbain	Maison personnelle	Non	16'33''
MG8	51	F	Nord	Rural	Cabinet de groupe	Non	11'39''
MG9	33	F	Pas-de-Calais	Rural	Cabinet de groupe	Non	13'08''
MG10	52	F	Pas-de-Calais	Semi-rural	MSP	Oui	15'07''
MG11	39	F	Nord	Semi-rural	Cabinet de groupe	Non	17'36''
MG12	40	F	Nord	Urbain	Cabinet seul	Oui	22'25''
MG13	32	M	Nord	Urbain	Cabinet seul	Non	19'33''

*Tableau 1 : caractéristiques des participants. M : masculin, F : féminin, MSP : maison de santé pluri-professionnelle, MSU : maitre de stage universitaire*

Les médecins interrogés étaient âgés en moyenne de 48 ans.

Tous ont pu faire part d'une demande émanant d'un proche même sans avoir été prévenu du sujet au préalable. Il n'y a donc pas eu de non inclusion par non confrontation au phénomène.

La suffisance des données a été obtenue au bout de 13 entretiens.

Ceux-ci se sont tous déroulés en présentiel et au cabinet du médecin interrogé.

Ils ont été réalisés du 14 juin 2024 au 08 avril 2025.

La durée moyenne d'enregistrement avec le dictaphone était de 15 minutes 22 secondes, le plus court durant 7 minutes 56 secondes et le plus long 28 minutes 53 secondes.

## **Des demandes qui reflètent l'image que la famille a de son parent médecin généraliste**

---

### **I. Une personne proche avec qui on est souvent en contact, facile à joindre par des canaux habituels**

Les membres de la famille ayant sollicité leur parent médecin sont le plus souvent des parents au premier degré.

MG1 et MG7 : « ma fille »

MG4 : « mon frère »

MG6 : « mon père »

MG13 : « mon frangin »

Les autres proches ayant contacté le médecin sont issus de sa belle-famille.

MG2 et MG3 : « ma belle-mère »

MG4 : « mon beau-frère »

MG8 : « ma belle-fille »

Pour les médecins plus âgés, il s'agissait aussi volontiers de demandes de soins pour leurs petits-enfants.

MG2 : « ils ont amené ma petite fille »

MG7 : « ma fille qui a demandé à ce que j'enlève deux points de suture à son 3<sup>ème</sup> garçon »



L'éloignement géographique ne semblait pas être un frein pour solliciter nos participants.

MG2 : « ma fille habitant Lyon »

MG3 : « ma belle-mère qui habite en Vendée »

MG7 : « ma fille qui habite dans le milieu de la France »

MG12 : « mon cousin [...] et sa femme [...] habitaient à Paris »

La plupart de nos interrogés avaient des expériences récentes à raconter.

MG3 : « pas plus tard que hier soir »

MG6 : « pas plus tard que ce week-end »

MG10 : « c'était la semaine dernière »

MG11 : « c'était ce matin »

Ces expériences récentes étaient dues à une sollicitation récurrente pour la plupart des interrogés.

MG5 et MG7 : « ce n'était pas la première fois »

MG10 : « ça arrive très souvent »

MG11 : « c'est quotidiennement qu'on me demande »

Mais restaient rares pour d'autres participants.

MG6 : « c'est plutôt exceptionnel »

MG13 : « j'ai rarement [...] de demandes comme ça »

Les moyens utilisés par les parents pour joindre le médecin de la famille sont ceux habituellement utilisés pour toutes les communications familiales. Ainsi, les demandes peuvent être écrites, par téléphone personnel ou réseaux sociaux.

MG2 : « une photo par MMS »

MG6 : « WhatsApp »

MG8 : « par Snap »

MG13 : « un message sur mon téléphone »

Ou de vive voix, par téléphone ou au cours d'un moment familial.

MG4 : « il m'a appelé »

MG7 : « ma fille qui a téléphoné »

MG9 : « pendant un repas [...] c'était à l'oral »

MG11 : « on est en train de manger dans une réunion de famille, [...] j'ai déjà eu des appels un dimanche »

## **II. Une image positive du parent médecin, disponible et compétent**

Les médecins interrogés expliquent qu'en premier lieu, le côté pratique et facile d'obtention d'une réponse est une raison majeure pour laquelle ils sont sollicités par leurs proches.

MG7 : « c'est tellement pratique d'avoir un médecin dans sa famille »

MG9 : « ça arrange »

En effet, en recevant un appel d'un membre de la famille proche, ils sont susceptibles de répondre à tout moment.

MG2 : « que c'est le week-end, que c'est le soir »

MG7 : « pendant les vacances »

MG10 : « je fais ça le midi entre deux »

MG13 : « c'était en heures ouvrées de la semaine »

Les réponses des médecins prennent divers aspects allant du conseil écrit via le même canal que la sollicitation à l'ordonnance transmise de manière sécurisée ou non, et jusqu'à demander au proche de venir à son domicile.

MG5 : « je lui envoie par mon mail privé »

MG6 : « j'ai répondu sur WhatsApp »

MG8 : « il est venu à la maison pour que je regarde » ; « je lui ai envoyé par mail [...] non sécurisé »

MG11 : « je n'ai répondu que par SMS »

MG13 : « je lui ai prescrit son traitement sur Doctolib »

Les médecins évoquent souvent leur disponibilité comme motif de recours. Certains proches se tournent spontanément vers leur parent-médecin lorsqu'un rendez-vous avec un autre praticien semble difficile à obtenir.

MG2 : « je suis plus disponible »

MG5 et MG9 : « il/elle n'avait plus de médecin traitant »

MG8 : « il n'avait pas de rendez-vous avec son médecin traitant »

MG13 : « il n'a pas d'autre médecin que moi »

Le médecin s'adapte et se rend disponible, pour répondre rapidement aux sollicitations de ses proches, les priorisant parfois par rapport à des patients ordinaires.

MG2 : « ils ont amené ma petite fille entre deux consultations pour que je regarde »

MG4 : « on ne peut pas passer 2h avec chaque patient »

Parfois même, le fait d'être dans un cadre informel, par exemple à domicile ou en dehors des horaires de travail, permet d'accorder plus de temps à la requête.

MG4 : il est venu le soir à la maison pour discuter [...], c'était plus informel malgré tout et donc oui ça prend du temps »

MG11 : « je n'ai pas pu redormir pendant 1h, j'étais avec des SMS »

Le discours du praticien conforte ses proches dans cette image de disponibilité permanente, même quand sa compétence pourrait être dépassée.

MG11 : « je lui ai proposé que je pouvais les voir mais que c'était mieux d'appeler le pédiatre »

Lorsque le soignant a répondu à la requête de son proche, il reste à disposition pour une éventuelle suite à la prise en charge. Dans ce sens, les médecins autorisaient leurs proches à les rappeler si nécessaire.

MG11 : « pour l'instant j'attends de voir »

MG12 : « j'ai surtout dit "si ça ne va pas mieux, tu me rappelles" »

MG13 : « s'il y a le moindre souci on se revoit »

Les soignants ont exprimé le ressenti de leur proche quant aux demandes informelles. Il existe entre les deux protagonistes une relation de confiance.

MG2 : « ils me font confiance »

MG4 : « d'un seul coup, il s'est mis à déballer sa vie en gros »

Les proches louent la compétence de leur parent médecin.

MG2 : « elle estime que ma compétence peut lui être utile » ; « je suis passé pour un héros auprès de tout le monde »

MG7 : « elle savait que j'étais susceptible de le faire »

Enfin, le médecin dans la famille a un rôle dans la gestion des inquiétudes, émotions plus volontiers exprimées dans le cercle intime familial.

MG2 : « elle était rassurée »

MG10 : « il était inquiet »

MG11 : « elle panique »

MG12 : « elle angoissait, [...] elle était très très angoissée. [...] Je l'ai surtout rassurée »

Ce sentiment positif de rendre service est volontiers partagé par les médecins, exprimant la satisfaction d'avoir été utiles pour leur proche.

MG2 : « j'ai l'impression d'apporter une aide »

MG3 : « c'est un service rendu »

MG10 : « je suis contente de les dépanner »

MG12 : « j'étais contente de l'avoir rassurée »

### **III. Un médecin, oui, mais différent du médecin traitant et des autres médecins en général**

Les motifs de sollicitation étaient diversifiés, mais il s'agissait tout de même souvent de demandes médicales.

Certains proches avaient besoin de conseil.

MG2 citant son proche : « qu'est-ce que t'en penses ? »

MG3 : « c'était plus un conseil qu'une consultation »

Il pouvait s'agir d'une demande de prescription d'examen complémentaire ou d'un soin paramédical.

MG1 : « une ordonnance de kiné »

MG8 : « une ordonnance pour une prise de sang »

D'autres demandaient un renouvellement de prescription médicamenteuse.

MG5 : « un renouvellement de traitement antihypertenseur »

MG6 : « un renouvellement de traitement antidépresseur »

Les praticiens préfèrent répondre à la sollicitation de leur proche afin que celui-ci poursuive un traitement important et évite de mettre sa santé en danger.

MG5 : « plutôt que de rester sans antihypertenseur, c'était mieux, [...] je préfère qu'il ait son traitement »

MG6 : « un traitement qui ne valait mieux pas stopper »

Enfin pour certains il s'agissait d'un geste technique.

MG2 : « je lui ai remis la pronation douloureuse en place »

MG7 : « j'ai eu à suturer ma première fille »

Toutefois, les demandeurs ne semblaient pas toujours avoir envisagé de consulter un autre médecin pour ces requêtes.

MG2 : « elle n'a pas dû passer dans un service d'urgence, [...] ça les arrangeait que ce soit moi »

La plupart du temps, le médecin a répondu à des demandes de proches qui ne font pas partie de sa patientèle.

MG2 : « l'ensemble des consultations familiales qu'on peut faire ne correspond pas à des gens avec qui on a signé un contrat de médecin traitant »

MG8 : « non ce n'est pas moi, elle a son médecin traitant »

MG12 : « tout le monde fait appel à moi quand il y a un problème, mais ils ne sont pas déclarés dans ma patientèle »

Les proches semblaient sous-estimer le rôle médical de leur parent médecin dans la réponse apportée.

MG5 : « on a l'impression d'être des sous fifres »

MG8 : « elle n'allait pas aller voir son médecin traitant "que pour ça" »

MG12 : « ils ne se rendent pas compte de notre travail, notre responsabilité derrière chaque prescription. [...] On a quand même notre part de responsabilité. [...] Quand on dépanne quelqu'un, il faut assumer la responsabilité. [...] Je lui ai dit "c'est illégal, je ne le ferai pas" »

En effet, plusieurs éléments indispensables à une consultation formelle manquent dans ce type de relation de soin.



Par exemple, avec leur parent médecin, l'examen clinique ne semble pas toujours nécessaire au demandeur, contrairement au praticien.

MG11 : « je ne sais pas, je n'ai pas vu l'enfant »

MG13 : « vu ce qu'il me racontait, ça pouvait correspondre à une gastrite. Sous réserve que je ne peux pas l'examiner correctement »

La communication peut être différente d'avec le médecin traitant pour les proches qui en ont un.

MG4 : « il n'a pas eu tous les éléments de langage qu'il a eus le lendemain auprès du médecin de son cabinet. Il n'est jamais rentré dans ces détails avec moi, est-ce que finalement ça l'a freiné ? »

MG12 : « quand ce sont des amis, il y a des choses que l'on n'ose pas dire »

Enfin, très peu de praticiens ont soulevé la notion de la tarification : les médecins ne font pas payer leur proche.

MG2 : « on n'est pas payé. [...] C'est autant de consultations qui ne sont pas remboursées »

MG12 : « je n'ai pas facturé, c'est quelqu'un de ma famille. [...] Il n'a pas encore de Sécurité Sociale et de mutuelle »

## La souffrance d'être médecin de ses proches

---

### I. Des demandes faciles à traiter mais dont la récurrence finit par épuiser les praticiens

La plupart des médecins n'ont pas accordé beaucoup de temps à la demande informelle.

MG1 : « c'est toujours rapide »

MG3 : « c'était assez rapide »

MG9 : « le temps de la discussion au final, 3 minutes on va dire »

Mais certains y consacrent autant de temps qu'avec n'importe quel patient.

MG2 : « je n'y consacre pas moins de temps »

MG10 : « c'est prenant [...] 10-15 minutes »

Plusieurs praticiens ne sont pas sentis en difficulté au moment de traiter la demande de leur proche qu'ils ont jugée facile à gérer.

MG3 : « simplement pour me demander si [...], j'ai répondu simplement »

MG7 : « ça n'engage pas les parties supérieures de mon cortex »

MG9 : « ce n'était pas bien compliqué »

MG13 : « ça ne m'a pas fatigué »

Le ressenti du médecin sur la demande informelle était positif ou indifférent s'il s'agissait d'une requête simple.

MG1 : « si ce n'est rien, ça va »

MG8 : « quand ce n'est qu'une prise de sang, il n'y a pas de soucis. [...] Ça dépend de quelle demande »

MG9 : « c'était juste ça. [...] Ce n'était pas bien compliqué »

Répondre à la sollicitation familiale ne pose généralement pas de problème quand elle survient pendant l'exercice du médecin : elle est même parfois anticipée et programmée dans le cadre professionnel.

MG3 : « pendant les heures de travail »

MG4 : « on avait prévu normalement de se voir au cabinet »

MG8 : « j'étais ici au cabinet »

Pour faire face aux requêtes de leurs proches pouvant survenir n'importe quand, certains praticiens les devancent et emmènent leur matériel avec eux.

MG7 : « prendre mon matériel »

MG9 : « j'ai toujours des ordonnances avec moi »

Un praticien bloque des créneaux de consultation sur son agenda afin de répondre à des requêtes de dernière minute.

MG2 : « je débloque le dernier créneau qui n'était pas pris »

Mais les demandes peuvent aussi se manifester en dehors des heures de travail du médecin. Certains sont sollicités lors de moments de détente.

MG2 : « ça te tombe dessus quand tu as envie de te reposer »

MG5 : « très souvent, ça arrive en dehors des heures où je suis au cabinet »

Les médecins disent ne pas forcément avoir le choix que d'accepter certaines requêtes devant la pression du demandeur.

MG4 : « ça ne devenait pas possible de faire autrement »

MG5 : « on est un peu coincé »

MG6 : « j'étais un peu bloquée »

Ils expriment un sentiment d'obligation d'accéder à une demande informelle si elle émane d'un proche.

MG1 : « c'est pour dépanner ma famille proche »

MG5 : « ce n'est pas trop gênant, pour certaines personnes si, mais là bon, c'est mon frère »

MG7 : « ça peut être variable selon l'individu qui demande »

Ce manque de liberté s'explique aussi par l'exigence de réponses immédiates de la part de la famille.

MG4 : « il voulait que ce soit le jour-même »

L'ensemble des médecins interrogés a tout de même accepté de répondre à la requête de leur proche. Pour certains un effort pour y parvenir semblait nécessaire.

MG1 : « mais je l'ai fait »

MG2 : « j'ai fini par prendre sur moi pour le faire »

MG5 : « je lui ai fait quand même »

Certains médecins remarquent que les demandes informelles s'intensifient avec le temps.

MG2 : « c'est de pire en pire. [...] Il y a 20 ans, on était moins sollicité pour prendre en charge des gens de notre famille »

MG5 : « c'est de plus en plus compliqué. [...] Ça n'existait quand même pas beaucoup il y a 10 ou 15 ans, et il y a 20 ans encore moins »

Un praticien a évoqué la notion du coût de la requête en elle-même, qui n'engendre aucun frais pour le demandeur désormais. Cela joue peut-être un rôle dans les sollicitations qui deviennent plus fréquentes.

MG5 : « il y a 20 ans, tu payais toutes tes communications ; c'est illimité maintenant »

Parfois les demandes informelles sont moins bien vécues par les médecins et beaucoup expriment leur mécontentement.

MG1 : « j'ai râlé »

MG5 : « ça m'a passablement agacée »

MG8 : « je n'aime pas qu'ils me demandent des choses professionnelles »

MG10 : « ça m'énerve »

MG11 : « c'est gavant »

Les médecins deviennent critiques sur ces demandes. On retrouve chez certains soignants un sentiment d'être exploités par leurs proches.

MG5 : « on est corvéable à merci par nos familles »

MG11 : « j'ai l'impression qu'ils ne peuvent pas s'empêcher de me contacter. [...] Par contre ce serait un patient qui m'aurait envoyé un message à 5h du matin, j'aurais pété un câble »

MG12 : « c'était comme un sacerdoce [...] et les gens ils en profitent »

Certains évoquent une charge de travail importante parfois alimentée par les demandes énergivores de leurs proches.

MG1 : « il faut y penser, à l'avoir sur son téléphone, pas sur l'écran. Arriver, regarder son téléphone, le SMS, [...] penser à aller sur l'ordi »

Pour y faire face, un praticien trouve important de pouvoir déléguer certaines tâches.

MG5 : « l'importance d'une secrétaire, ça permet de passer la main »

Il devient indispensable de se préserver de ces demandes abusives par leur récurrence. Un médecin avoue être en cours d'apprentissage pour refuser des demandes informelles.

MG5 : « maintenant on apprend aussi à le faire »

Enfin, les praticiens estiment que la nouvelle génération de médecins a plus d'aisance à refuser des demandes informelles. Peut-être la conséquence que les jeunes voire les futurs médecins sont déjà imprégnés de ces requêtes.

MG5 : « vous savez peut-être mieux le faire que nous »

MG12 : « je pense qu'ils [les internes] sont peut-être mieux préparés »

Parfois, le refus ne semblait pas loin... et était envisagé pour les prochaines sollicitations.

MG5 : « je ne le ferai plus »

MG6 : « généralement je mets l'interdit »

Et finalement même le fait de devoir refuser les multiples sollicitations peut devenir épuisant.

MG2 : « j'ai passé ma vie à refuser de soigner des gens de ma famille »

## **II. Quand la subjectivité, le risque d'erreur et l'incertitude deviennent source d'angoisse.**

Certains praticiens ressentent du stress voire de l'inquiétude quand ils soignent un proche.

MG2 : « il y a un côté stress »

MG4 : « ça restait assez inquiétant »

MG10 : « j'ai un peu peur »

MG11 : « c'est trop stressant pour moi »

Quelques praticiens expliquent la difficulté de soigner un membre de leur famille à cause des sentiments qu'ils ont envers lui. Il existe alors un risque de sous ou de sur diagnostic.

MG3 : « quand t'as de l'affect, c'est très difficile de soigner les tiens »

MG9 : « ce serait biaisé : soit je vais trop vite m'alarmer soit pas assez »

MG11 : « l'affect, il est là donc ce n'est pas évident [...], peur du mauvais diagnostic [...], j'ai peur de passer à côté d'un truc grave »

Les médecins refusent parfois de soigner leurs proches car ils les considèrent plus précieux que les patients non membres de la famille.

MG3 : « patient "cristal", t'as toujours peur de le casser »

MG11 : « "vous êtes ce que j'ai de plus cher" »

Répondre à la demande d'un proche n'a pas la même tonalité en termes d'objectivité qu'avec n'importe quel patient. La plupart des praticiens le constatent.

MG4 : « ça fausse même à mon sens certains éléments diagnostiques parce qu'on connaît trop la personne »

MG6 : « il y a un biais total, aucune objectivité »

MG9 : « je ne suis pas assez objective pour les proches »

MG12 : « j'avais tendance de manière non objective à rationaliser les choses, ce que je n'aurais pas fait avec un autre patient »

Un médecin estime que la législation permet de rester objectif.

MG12 : « la seule chose à laquelle on peut se référer c'est ce qui est légal, parce que ça ne peut pas être interprété de manière subjective »

Un praticien essaie de rester neutre avec ses proches, conscient du risque d'erreur.

MG13 : « j'arrive à mettre l'affect un peu à côté pendant la consultation et à garder une espèce de logique froide et d'objectivité. [...] Une perte de chance, [...] je risque de me planter »

Beaucoup de soignants évoquent comme lui la perte de chance pour leur proche. La consultation informelle peut ne pas engager suffisamment de ressources pour répondre à la requête.

MG2 : « le vrai danger pour le médecin généraliste c'est [...] de prendre des décisions un peu au rabais parce qu'on n'est pas payé [...] et là on risque de ne pas rendre service et de faire des conneries »

MG3 : « la politique de l'autruche de dire "oh ce n'est pas grave, on ne va pas faire les examens" »

Enfin de l'incertitude sur le diagnostic et donc la même perte de chance est exprimée par les médecins lorsqu'ils donnent un avis sans pouvoir examiner leur proche.



MG8 : « pour l'examiner, tu ne peux pas faire ça à l'aveugle »

MG12 : « c'est surtout les mettre en danger avec une perte de chance parce qu'on n'examine pas »

Et parfois le risque d'erreur devient réalité. En se tenant informés de la suite des événements, quelques praticiens ont su que le diagnostic qu'ils avaient posé n'était pas le bon.

MG4 : « le lendemain, il a été hospitalisé »

Une erreur diagnostique peut avoir des conséquences personnelles. L'exemple cité ci-après est léger et traité avec humour mais illustre cette notion. Le médecin en question avait envisagé un autre diagnostic et n'avait donc pas pris les mesures adéquates.

MG2 : « on espère simplement qu'elle n'a pas ramené les punaises de lit à la maison »

Cette incertitude amène volontiers les médecins à s'interroger sur leurs prises en charge et leurs pratiques.

MG4 : « "est-ce qu'on avait bien fait", "je le rappellerais peut-être" »

MG8 : « tu te poses toujours des questions »

MG12 : « il faut se remettre en question en tant que médecin, c'est comme dans tout métier, on apprend de nos erreurs »

Et certains ont même dû avoir recours à un psychologue pour gérer l'angoisse engendrée par certaines demandes informelles.

MG11 : « je suis suivie par un psychologue »

MG12 : « je suis en train de faire un travail avec des collègues psy pour apprendre à gérer »

### **III. Une position professionnelle contrastant avec une souffrance intérieure devant la pudeur, la douleur et les mauvaises nouvelles**

Parfois, de la gêne est exprimée par les médecins.

MG4 : « c'est gênant »

MG12 : « j'étais mal à l'aise »

Pour soigner un proche, certains médecins rappellent qu'il faut savoir et pouvoir l'examiner et donc parfois se confronter à son intimité voire à sa nudité. Certains n'imaginent pas cette éventualité.

MG3 : « je ne me vois pas faire un frottis à ma fille. [...] Je ne suis pas le gynécologue de ma femme »

MG8 : « je n'ai pas à l'examiner »

D'autres expriment cette réticence, avec des gestes qui hors cadre médical pourraient être interdits, incestueux notamment avec leurs parents.

MG2 : « il faut s'autoriser à faire comme geste thérapeutique n'importe lequel des gestes qu'on nous a appris. [...] J'ai regardé la poitrine de ma mère »

MG3 : « "tu peux soigner ton père si tu te sens capable de lui faire un toucher rectal" »

En acceptant de répondre aux demandes, quelques praticiens ont vécu des situations traumatisantes en soignant des membres de leur famille proche.

MG2 : « on a dégagé le fécalome à la main. Ce n'est pas du tout un truc que j'avais anticipé chez mes parents » ; « je lui ai trouvé un cancer du sein »

MG11 : « j'ai soigné mes grands-parents jusqu'au bout et ça c'était affreux pour moi. Mon grand-père, c'est moi qui ai fait son certificat de décès [...] j'en ai gardé un très gros traumatisme »

#### **IV. Choix partagé d'être ou non médecin traitant dans sa famille, pour une relation saine et un exercice épanoui**

Plusieurs praticiens apprécient leur profession et ont leur métier à cœur.

MG3 : « métier qui me passionne »

MG9 : « ça se passe très très bien [...] je suis vraiment super heureuse »

Mais ils reconnaissent ne pas toujours être épanouis dans leur profession.

MG2 : « j'ai la chance de ne pas être passionné par la médecine [...] c'est quand même un métier intéressant »

MG9 : « pourtant je n'ai pas l'impression que ce soit le cas de tout le monde [d'être heureux]

Les participants avaient du mal à imaginer comment procèdent leurs confrères pour gérer ce type de demande de soin.

MG2 : « il y a peut-être des médecins qui ont l'impression de faire ça par-dessus la jambe »

MG7 : « on n'est pas tous pareils, on ne fonctionne pas tous de la même façon »

MG13 : « je n'en sais rien pour les autres »

Si le soignant cherche à rester professionnel, parfois en réalisant des gestes techniques chez ses proches, c'est parce qu'il cherche à effectuer son métier correctement même avec des membres de sa famille.

MG2 : « je n'ai pas envie de brader mon métier, [...] si je fais quelque chose, j'essaie de le faire correctement »

MG12 : « je n'aime pas faire de la médecine pas carrée »

En effet, en soignant des proches, le médecin essaie de rester systématique et professionnel qu'il soit ou non le médecin traitant.

MG2 : « je me donne autant de moyens, [...] je ne me comporte pas différemment »

MG3 : « quand t'es médecin, t'as un uniforme »

MG13 : « comme je fais avec mes patients »

En revanche, du côté de la famille, il est difficile de se comporter et de s'exprimer comme avec n'importe quel médecin, alors même qu'il s'attend à pouvoir recueillir toutes les informations comme dans une relation de soin classique.

MG12 : « elle m'a dit "je veux changer de médecin traitant parce qu'il y a des choses que je ne peux pas te dire" »

MG13 : « il ne faut pas qu'il y ait de restriction dans les informations qu'ils puissent me donner pendant la consult' »

Le médecin soignant ses proches est tiraillé entre rester professionnel d'un côté et être membre de la famille du patient de l'autre.

MG3 : « on a d'autres missions à jouer pour nos proches »

Certains praticiens sont ou estiment possible d'être les médecins de leurs proches.

MG2 : « je crois quand même qu'il y a moyen d'être médecin d'un membre de notre famille »

MG3 : « j'ai été son médecin traitant jusqu'à ses 18 ans »

MG9 : « je suis son médecin traitant [ma sœur] »

MG13 : « il y en a un certain nombre d'entre eux [mes proches] que je suis en tant que médecin traitant »

D'autres médecins refusent d'être le médecin traitant d'un membre de leur famille. Un praticien nuance son propos par rapport au paragraphe précédent.

MG3 : « je ne veux pas avoir un membre de ma famille en patientèle »

MG6 : « je refuse catégoriquement, [...] je préfère dissocier les deux »

MG11 : « je ne suis pas médecin traitant de mes enfants »

Certains médecins ont expliqué à leurs proches qu'ils ne voulaient pas les soigner. Pour les aider à répondre à leurs requêtes, le soignant les réoriente vers un confrère afin d'assurer un suivi.

MG2 : « je me suis arrangé pour que ma famille ait tous leur médecin »

MG5 : « il fallait qu'il ait un contrôle et un suivi par un médecin généraliste, [...] "il faut que tu trouves un médecin traitant parce que je ne peux pas faire ça tout le temps" »

MG10 : « j'ai même proposé à mon mari que je préférerais qu'il voie quelqu'un d'autre »

MG13 : « si ça avait été encore plus grave que ça, j'aurais dit "prends un rendez-vous avec un médecin proche de chez toi" »

Les médecins rappellent à leurs proches le rôle du médecin traitant, et qu'il leur faut un suivi régulier, sans pour autant être celui qu'il l'assurera.

MG5 mimant de s'adresser à son proche : « il faut quand même un suivi biologique, vérifier ta fonction rénale »

MG8 : « si j'ai un problème, je lui dis d'aller voir son médecin traitant [...] après je ne m'en occupe plus »

MG10 : « je suis là pour dépanner mais pas pour le suivi »

Les familles font preuve de compréhension et quand c'est possible, font l'effort de chercher un autre praticien.

MG5 : « il m'a dit la semaine dernière qu'il avait trouvé un médecin généraliste »

MG11 : « ils ont pris un pédiatre »

Malgré cela, les soignants suivent ce que font leurs proches, soulevant un paradoxe : ne pas vouloir assurer leur suivi mais en être informé.

MG8 : « j'écoute ce qu'ils font »

MG11 : « si on les confie à un autre médecin, on ne peut pas s'empêcher de vérifier ce qu'il a fait, c'est paradoxal »

Et ce, parce que médecins traitants ou pas, les généralistes seront toujours amenés à prendre en charge des membres de leur famille à un moment de leur vie en cas de difficulté pour leur proche d'accéder aux soins, phénomène qui devient de plus en plus fréquent.

MG4 : « je pense que le paradigme a changé. [...] Des gens qui bossaient 60h [...], aujourd'hui ça n'est pas du tout la même chose »

MG7 : « on a de moins en moins de vocations [...], ça ne va pas aller en s'améliorant »

La désertification médicale est un fait, et les ressources numériques qui se développent pour y pallier ne sont pas satisfaisantes pour nos participants.

MG8 et MG12 : « la téléconsultation, ce n'est pas de la médecine »

MG7 : « ça n'existera plus les soins comme ça, la différenciation entre les individus quand on sera remplacé par l'intelligence artificielle »

Finalement, soigner sa famille n'est plus vraiment un choix, mais une nécessité.

MG2 : « face au manque de médecins, je crois que la famille a de la chance de nous avoir »

MG7 : « vu les contingences actuelles, je deviens mon propre médecin traitant, le médecin traitant de mon épouse »

## Les stratégies mises en œuvre pour soigner ses proches

---

### I. La dichotomie et des rôles différents à expliquer aux proches

Les participants estiment qu'il ne faut pas mélanger le professionnel avec le personnel.

MG3 : « il faut savoir faire la séparation entre le personnel et le professionnel et on doit faire cette séparation à mon sens »

Qu'ils soient ou non le médecin traitant d'un membre de la famille, ils distinguent parfaitement les rôles qu'ils ont envie de jouer auprès de lui, dans quel type de relation, et dans quel cadre.

MG2 : « j'essaie de retrouver tout de suite une relation normale »

MG13 : « j'insiste à chaque fois pour les voir, les examiner et répondre à leurs questions de manière formelle, [...] ils devaient s'engager à se comporter avec moi en consultation comme ils se comporteraient avec n'importe quel autre médecin »

Les médecins expliquent à leurs proches qu'ils accordent de l'importance à distinguer le professionnel du personnel.

MG2 : « j'ai aussi aidé les gens à faire cette dichotomie »

MG9 : « je leur ai dit clairement que j'avais une vie personnelle qui comptait »

MG13 : « je leur ai expliqué que je faisais vraiment la différence entre les moments passés en famille [...] et les moments où je suis leur médecin traitant »

Les proches du médecin savent qu'il existe des règles à respecter pour le contacter.

MG7 : « il y a des règles »

MG12 : « il sait que je suis carrée »

MG13 : « il fallait qu'on suive ces règles-là »

Ainsi, pour faire face aux demandes médicales de membres de leur famille, les praticiens exigent de plus en plus de passer par les canaux de communication professionnels.

MG1 mimant de s'adresser à son proche : « "tu m'envoies un mail et je le ferai" » ; « il fallait m'envoyer des mails, pas des SMS »

MG12 : « je leur impose maintenant de prendre rendez-vous sur la plateforme »

En effet, les praticiens ont des processus de fonctionnement du cabinet qui leur sont propres et les aident dans leurs prises en charge.

MG1 : « quand c'est sur la boîte mail du boulot, c'est tout simple. Tant que ce n'est pas traité, ce n'est pas jeté. [...] J'ai fait copier-coller [du SMS] et me suis envoyé un mail »

La plupart des soignants dérogent parfois à leur mode de fonctionnement pour accéder à la demande d'un membre de leur famille.

MG1 : « en vacances [...] c'est pour dépanner ma famille proche »

MG2 : « en dehors du cabinet, ça doit rester relativement exceptionnel »

MG5 : « je mets un petit bémol pour certains membres de ma famille »

MG13 : « j'ai le frangin qui exagère une fois de temps en temps »

Un médecin raconte que, si exceptionnellement un proche le sollicite, c'est pour une requête importante.

MG4 : « si on m'appelle, c'est qu'il y a un gros problème »



## **II. Le bon soin, au bon moment et au bon endroit**

Conscients de leur subjectivité dans la relation de soin avec les membres de leur famille, et de leurs propres difficultés face aux douleurs de leurs proches, les médecins n'hésitent pas à faire appel aux confrères, afin d'apporter le soin le plus approprié.

Pour faire face aux demandes informelles et rester objectif, les soignants s'appuient sur des spécialistes.

MG2 : « si je ne sais pas, je demande un avis »

MG3 : « si c'est un peu pointu, je passe la main »

MG9 : « [mes enfants] ont un pédiatre »

MG10 : « j'envoie facilement au spécialiste »

Un médecin expose les recommandations à son proche afin d'optimiser la prise en charge.

MG11 : « je lui dis "ben écoute les recos, enfant de moins de 3 mois, c'est urgences" »

Un autre, se trouvant à proximité de plusieurs services d'urgence y adresse facilement ses proches pour réaliser les actes techniques.

MG7 : « je suis à équidistance de trois hôpitaux publics [...] donc des sutures je n'en fais pas »

Mais quand ils acceptent de réaliser eux-mêmes la réponse médicale, ils s'assurent d'en garantir la qualité.

Répondre à une demande hors du cabinet médical ne permet pas au médecin d'être dans les meilleures conditions.

MG4 : « j'avais les enfants qui gueulaient à côté »

MG13 : « on n'est pas en cadre formel, j'étais en train de faire autre chose, je n'ai pas forcément envie qu'on se relance dans une consultation, là au milieu de la rue »

L'idée complémentaire est que le médecin préfère travailler dans un environnement neutre : son cabinet. Un soignant va jusqu'à sacrifier son lieu de travail.

MG1 : « c'est juste histoire d'être dans un contexte médical complet »

MG2 : « c'est le lieu de la transmission, du savoir et des compétences [...] je veux donner un avis dans mon contexte professionnel »

Le praticien retrouve ainsi plus facilement son processus de fonctionnement habituel.

MG5 : « on fait les choses correctement en consultation »

Ainsi, sans refuser directement de répondre à la demande de soin de leur famille, plusieurs praticiens y mettent la condition que ce soit dans leur cabinet.

MG5 mimant de s'adresser à son proche : « "tu viens au cabinet" »

MG10 : « je dis "il faut prendre rendez-vous au cabinet" »

Si certains médecins préfèrent que leurs proches passent au cabinet, c'est aussi parce qu'ils y ont davantage de matériel pour pouvoir répondre à la demande.

MG1 : « au cabinet j'ai tout »

MG2 mimant de s'adresser à son proche : « "j'ai mes outils qui sont ici, tu passes au cabinet" »

MG7 : « je n'ai plus de matériel [avec moi] : la date était dépassée »

Enfin, certains proches savent qu'il ne faut pas déranger leur proche médecin pendant qu'il travaille.

MG4 : « la famille sait très bien qu'ils ne vont pas m'appeler pendant que je travaille »

MG8 : « ils ne viennent pas me voir »

### **III. Le respect de la déontologie, complexe pour des consultations informelles avec des proches**

La communication avec son patient est importante. Pour les médecins interrogés, le fait de soigner un proche ne déroge pas à la règle. Ils informent donc leur proche des soins apportés et des démarches entreprises.

MG2 : « je dis "je vais quand même t'examiner de la tête aux pieds" »

MG5 mimant de s'adresser à son proche : « "je veux bien être ton médecin traitant". [...] "On fait une déclaration de médecin traitant" »

MG10 : « je suis très consciencieuse en expliquant bien » ; « j'explique bien... »

Cependant certaines préconisations ou hypothèses diagnostiques sont difficiles à dire pour le praticien, et le respect de l'obligation d'information aussi.

MG3 : « je ne veux pas être l'envoyé de la mauvaise nouvelle »

MG8 : « je n'aime pas dire "il faut que tu fasses ça", ça fait un peu inquisiteur »

MG11 : « je me dis "j'espère que ce n'est pas une pyélo" [...] mais je ne lui ai pas dit. [...] Peur de l'inquiéter encore plus »

Une consultation informelle peut aussi poser le souci de la confidentialité et du secret professionnel. Certains praticiens refusent de répondre à la requête en présence d'autres personnes.

MG1 : « pas quand il y a du monde »

MG4 : « son père est parti dans une autre pièce [...], donc on était quand même seuls »

Mais parfois la consultation s'effectue en public avec plus ou moins de discrétion, au cours d'un repas de famille par exemple.

MG9 : « on ne nous écoutait pas, elle m'en parlé vraiment juste entre nous, un peu discrètement »

Ainsi, soigner sa famille impose le respect du secret professionnel, même en consultation informelle.

MG4 : « ça pose le problème de tout le secret médical parce qu'on est obligé de le garder »

Secret professionnel signifie également sécurisation des données personnelles de santé, non garantie quand le médecin envoie sa réponse médicale sur des canaux de communication privés ou réseaux sociaux. Certains praticiens répondent aussi aux sollicitations dans leur cadre professionnel habituel pour ce motif.

MG1 : « j'ai fait l'ordonnance sur l'ordi et l'ai mise sur Doctolib, [...] c'est sécurisé »

Outre les prescriptions, certains praticiens vont conserver une trace de la consultation informelle, et ont pour ce faire un dossier médical pour les membres de la famille qui les sollicitent.

MG1 : « elle est tracée »

MG8 : « la demande est dans son dossier, [...] il y a une traçabilité »

MG9 : « en général je le note quand même »

MG13 : « dans l'ordre de 90% je garde une trace »

Les deux dernières citations suggèrent que chaque consultation informelle n'est pas toujours tracée. Certains médecins l'avouent et se remettent en question pour les prochaines sollicitations.

MG3 : « cette consultation n'a pas été tracée »

MG11 : « je ne note rien »

MG12 : « c'est vrai que je ne me suis jamais posé la question [...] et je pense que je vais essayer de le faire maintenant »

Parfois, une nuance apparaît selon que le proche est venu au cabinet ou non.

MG2 : « il y a une traçabilité puisqu'elle a été amenée au cabinet »

MG8 en montrant le cabinet : « quand ils viennent ici en consultation, là oui, quand c'est chez moi, je ne laisse aucune trace »

Enfin une autre nuance existe selon le motif.

MG9 : « après c'est sûr que pour les chaussettes de contention... pour un motif comme ça, voilà »

MG13 : « quand c'est minime et que je juge que ce n'est pas très important pour le suivi de leur dossier médical, non »

#### **IV. Protéger sa vie de famille : la juste distance cabinet-domicile et les transitions entre vie personnelle et vie professionnelle**

Plusieurs praticiens ont expliqué qu'ils ne voulaient pas avoir trop de distance entre leur habitation et leur lieu d'exercice pour se sentir épanouis.

MG2 : « il ne fallait pas qu'il y ait une distance géographique trop importante entre mon lieu de travail et ma maison. [...] "Je vais partir habiter à une demi-heure" aurait été sévère parce qu'au quotidien je n'avais pas envie de vivre ça »

MG11 : « c'était insupportable la route »

Cette distance géographique ne doit pas être trop courte pour éviter que les patients sachent où le médecin habite.

MG2 : « j'ai connu le lieu d'habitation et le cabinet médical dans ou à côté de la maison, c'est très pénible »

MG8 : « quand les patients savent où t'habites, c'est gênant »

En effet, non seulement les proches, mais aussi les patients non membres de la famille peuvent se montrer envahissants avec des demandes médicales abusives, dans la rue, ou même directement à leur domicile.

MG2 : « t'as beaucoup de médecins qui ne veulent pas être médecins dans leur village parce qu'ils ne veulent pas rencontrer les patients » ; « les gens disent "ben pas ici docteur ! – justement prenez rendez-vous" »

MG8 : « j'ai des fois des échos du Dr ... avec des gens qui appellent ou qui sonnent chez elle le dimanche »

MG10 : « c'est vrai que je ne voulais pas m'installer dans la ville même. [...] Les gens rentraient facilement dans le jardin, ça faisait drôle »

Comme toujours, le quotidien du médecin peut être remanié et il doit s'adapter pour éviter d'être dérangé à son domicile.

MG10 : « la nuit on coupe la visio pour ne pas être embêté et pour me sentir chez moi »

A contrario, un médecin est très heureux d'avoir son cabinet au sein de sa maison personnelle.

MG3 : « ça ne m'a jamais posé problème, c'est même amusant »

Le choix du lieu d'installation du cabinet et du domicile est souvent guidé par le désir de préserver une vie familiale. Pour y parvenir, les praticiens se sont rapprochés de leur famille.

MG9 : « on a déménagé et on s'est rapproché de notre famille »

MG13 : « je me suis rapproché de ma famille »

Les médecins voulaient aussi voir leurs enfants grandir et accordaient une grande importance au temps passé avec eux.

MG2 : « je rentrais le midi manger chez moi quand mes enfants rentraient de l'école, éventuellement prendre le goûter avec eux [...] t'as l'impression d'avoir une vie de famille »

MG4 : « quand les enfants font leur crise d'adolescence [...], on ne les a jamais vus, on ne les connaît pas, ce n'était pas notre but »

MG9 : « je vais chercher mes enfants, j'ai mon mercredi, et la plupart de mes week-end sauf quand je suis de garde et toutes les vacances scolaires »



Un médecin a l'impression de ne pas avoir cette possibilité et indique également que son travail peut retentir directement sur sa vie de famille, avec un ressenti très négatif.

MG11 : « tu n'as pas l'impression d'être présente pour tes enfants. [...] Mon conjoint le voit quand j'ai passé une mauvaise journée, il dit que je suis exécration »

Les vies professionnelle et personnelle s'entremêlent, d'autant plus pour les soignants dont le cabinet se situe dans leur maison ou tout près.

MG2 : « ne pas pouvoir faire tout le temps cette dichotomie entre vie privée et vie professionnelle surtout quand on est médecin dans son village »

MG7 : « je passe de la vie familiale à la vie professionnelle en un quart de seconde, [...] on fonctionne tous avec une intimité qui intervient dans le professionnel »

MG10 : « je croise des gens en faisant les courses »

MG11 : « ça empiète forcément sur ta vie privée »

Pour pallier à cela, les praticiens utilisent divers moyens pour distinguer les vies professionnelles et personnelles.

MG3 : « je pense qu'il faut savoir faire la séparation entre le personnel et le professionnel, il faut un sas »

MG9 : « c'est un peu le sas de décompression la voiture, la route. [...] J'ai réussi à organiser mon planning »

MG10 : « je vais directement au sport donc ça permet de bien couper »

MG11 : « ça m'arrive de mettre la musique à fond, une musique que j'aime bien, à fond, ça me détend un petit peu »

Enfin les médecins rappellent qu'avant d'être des soignants, ils sont des hommes ou des femmes avec une vie familiale, des citoyens ayant une vie sociale.

MG2 : « je fais mes courses au Leclerc, je fais du théâtre, je vais à la messe le dimanche, je fais de la course à pied, je fais partie de la vie associative, je suis au bureau de vote... »

MG7 : « le médecin est un humain, on est tous des hommes »

MG13 : « dans la rue sans ma blouse, sans mon masque, en fait je me rends compte qu'il y en a très peu qui arrivent à me reconnaître »

Et notre dernier participant résume en quelques mots le besoin exprimé par tous, que ce soit vis-à-vis de leur famille comme de leurs autres patients.

MG13 : « me laisser en dehors de mes heures de travail, ne pas travailler tout simplement »

Au total, si les médecins sont parfois satisfaits de soigner les membres de leur famille, de multiples facteurs amènent chez la totalité de nos participants un ressenti plutôt négatif, ce qui est synthétisé dans la figure 2.



*Figure 2 : Ressenti global des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais lors d'une demande informelle de la part d'un membre de leur famille*

## DISCUSSION

---

### Résultat principal

---

Les médecins généralistes installés dans le Nord et le Pas-de-Calais qui ont une consultation informelle avec un de leurs proches ont un ressenti mitigé de ce type de relation de soin : si quelques-uns expriment une relative satisfaction, tous expliquent leurs difficultés, liées à de multiples facteurs.

Les proches ont une image flatteuse de leur parent médecin qui est facile à joindre et disponible avec des moyens de communications « classiques » non sécurisés. L'absence d'examen, de tarification et une communication parfois incomplète rendent la consultation d'autant plus informelle. Avoir un médecin dans la famille est jugé pratique car sa capacité d'adaptation et la réponse apportée rendent service et permettent de gérer les émotions du proche inquiet pour sa santé. La famille a confiance en son parent médecin qu'elle estime compétent, et le sollicite de plus en plus, parfois sans envisager de consulter un autre praticien.

La plupart des demandes sont jugées par les participants comme simples à gérer ponctuellement : ils y consacrent peu de temps et anticipent parfois ces sollicitations. Quelques médecins décrivent une satisfaction voire de la fierté d'avoir aidé et rendu service à leur proche. Mais ces demandes récurrentes finissent par épuiser, et refuser est également difficile.

L'agacement pour les demandes abusives, l'inquiétude et la souffrance pour les cas plus complexes, finissent souvent par prendre le dessus, et nos participants expriment tous un ressenti négatif au sujet de ces demandes. Les soignants se sentent en difficulté ou mal à l'aise car doivent parfois se confronter à l'intimité ou à la nudité de leur proche pour qui ils ont de l'affect. Le manque d'objectivité est également mis en avant.

Des stratégies sont alors mises en œuvre : rester professionnel, s'appuyer sur le cadre légal et déontologique, et dans le cas où la sollicitation est jugée complexe ou s'ils ont un doute, adresser leur proche vers un confrère.

Ces demandes ont des conséquences sur les vies professionnelle et personnelle du médecin, ces deux aspects s'entremêlent et il devient parfois difficile d'en faire la distinction. Expliquer cette dichotomie à ses proches est nécessaire car l'incertitude et la perte de chance peuvent entraîner le risque de prendre des décisions médicales ayant des répercussions personnelles, psychologiques et familiales. Certains soignants ont besoin d'un « sas ». D'autres refusent d'être le médecin traitant de leurs proches mais ce choix tend à disparaître du fait de la désertification médicale : soigner un membre de sa famille devient une nécessité.

### I. Les limites

Malgré la volonté de couvrir au maximum les deux départements, certaines zones n'ont pas été représentées avec un refus explicite, un entretien annulé et vingt médecins n'ayant pas donné suite à une sollicitation pour participer. Pour le département du Nord, les médecins du Cambrésis, de l'Avesnois et de la partie nord n'ont pas été interrogés. Dans le département du Pas-de-Calais, il en est de même pour la côte d'Opale et le Ternois.

Les entretiens réalisés étaient de courte durée. Avec une moyenne à un peu plus d'un quart d'heure et un maximum à moins d'une demi-heure, les médecins ont peut-être oublié ou omis volontairement d'exprimer d'autres situations ou ressentis. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer la brièveté des entretiens. Sur un sujet fréquent et pouvant être banalisé, certains praticiens ont peut-être voulu, en tout cas inconsciemment, consacrer autant de temps qu'avec leur proche. Dans les entretiens plus longs apparaissent des souvenirs pénibles voire traumatisants pouvant éprouver émotionnellement les participants et ainsi écourter l'entretien.

Il aurait pu être intéressant de trianguler les méthodes de recueil, par exemple avec un focus groupe ou en interrogeant les familles. Ces options n'ont pas été retenues car complexes à mettre en œuvre par les contraintes géographiques. En effet, interroger les participants en présentiel s'est révélé important au fil des entretiens pour la communication non verbale de ces sujets à fort impact émotionnel.

Pour l'analyse des verbatims, nous avons procédé manuellement et utilisé un tableau avec le logiciel *Microsoft Word* plutôt qu'un logiciel dédié. En réalisant cela, nous avons peut-être manqué de rigueur méthodologique avec une subjectivité des résultats, limitée par la triangulation du codage pour deux-tiers des entretiens avec une autre interne de médecine générale ayant un regard extérieur sur l'analyse des verbatims.

## **II. Les forces**

Le sujet abordé nous a paru original à étudier. Certes soigner ses proches est très étudié dans les thèses de médecine mais il est difficile de trouver des publications dans la littérature sur ce sujet. De plus, nous avons axé notre travail davantage sur la communication plutôt que sur le fait de pouvoir ou savoir soigner des membres de sa famille.

Le choix de la méthode avec une approche qualitative phénoménologique apporte une grande liberté d'expression des participants, dans un climat de confiance permettant la libération des sentiments. La qualité du guide d'entretien avait été prouvée par un entretien test. N'ayant pas réalisé d'entretiens dans certains territoires du Nord et du Pas-de-Calais, nous avons cherché et obtenu une hétérogénéité des médecins interrogés selon leur âge, leur sexe, le fait d'être maître de stage universitaire ou non, leur mode d'exercice et le type de cabinet.

Enfin, la fiabilité des verbatims était assurée par la relecture des participants : chaque entretien retranscrit était envoyé par mail au médecin interrogé et tous ont confirmé par retour de courriel les propos rapportés.

### **I. Un flou juridique en France entraînant une ambivalence des médecins sur le fait de soigner leur famille**

Nous avons conclu à des disparités de ressentis avec des médecins mis en difficulté pour une demande complexe ou pour laquelle l'objectivité est mise en péril, et d'autres satisfaits de répondre à la demande de leurs proches. Ces mêmes résultats étaient observés chez des médecins généralistes en 2017 par Lefranc à Amiens (10). Ce clivage peut d'ailleurs être retrouvé chez un même praticien, tantôt frustré, tantôt à l'aise selon la demande.

Il est complexe pour les médecins français de se positionner. Nous avons déjà évoqué le peu de littérature publiée sur le sujet, mais il faut aussi rappeler le flou législatif sur ces consultations informelles et sur le fait de soigner sa famille.

Dans notre travail, la plupart des échanges entre les proches et le parent médecin ont eu lieu à distance et sans frais d'où l'expression « consultation informelle » utilisée dans notre étude car ne répondant pas aux deux caractéristiques principales de la formalité de l'entrevue selon Eastwood : l'examen clinique et le règlement d'honoraires (2).

Aux États-Unis, le terme de consultation informelle n'est cependant pas reconnu par les instances juridiques (12). Selon une étude de 2003, les tribunaux américains ne reconnaissent pas non plus la relation médecin-patient lors d'une consultation informelle et donc il ne peut jamais exister de faute professionnelle envers le praticien. Ainsi le médecin ne saurait engager sa responsabilité pénale mais continue malgré tout d'engager sa responsabilité éthique en répondant aux demandes informelles des patients (24). Ainsi tout contentieux engage uniquement la responsabilité civile des médecins américains et se règle avec des indemnisations.

Cependant et comme nous l'avons souligné dans l'introduction, en France le praticien engage ses responsabilités civile, pénale et disciplinaire lors d'une téléconsultation (17), (18), (19). Certains médecins interrogés dans notre enquête l'avaient d'ailleurs rappelé.



Dans notre étude, la majorité des échanges ont eu lieu par messagerie personnelle ce qui va dans le sens du travail mené en 2023 par Ajoodha dans le Nord et le Pas-de-Calais (21). Il était effectivement retrouvé que la plupart des médecins communiquaient avec leurs patients par messageries non sécurisées. Le corollaire, utiliser une messagerie sécurisée avec ses patients n'est donc pas un réflexe. Dans notre étude, seuls deux médecins ont utilisé la messagerie sécurisée de Doctolib pour répondre à leur proche. Les médecins généralistes utilisent donc plus souvent leur messagerie classique que leur messagerie sécurisée pour communiquer avec les patients, membres de la famille ou non.

S'interroger sur les risques encourus, indépendamment de toute considération sur la vie personnelle et familiale, peut aider à la prise de décision de soigner ou non par les canaux de communications non sécurisés. Si la téléconsultation est encadrée, quid de la consultation réalisée par téléphone, SMS, réseau social ou mail non sécurisé ? Répond-elle au terme de consultation informelle non reconnue comme consultation, auquel cas il ne pourrait exister de poursuites en cas de faute ; ou est-elle au même plan qu'une téléconsultation avec le cadre légal qui l'entoure ?

Afin de garder une certaine objectivité et de se rapprocher du cadre légal français, le praticien peut garder une trace systématique de ses échanges dans le dossier médical de son parent-patient, en précisant le canal de communication utilisé, par exemple « par téléphone », « contacté par SMS/date ». Il peut sécuriser l'envoi des ordonnances via la messagerie sécurisée ou en garder une note personnelle si la consultation était hors du cabinet avec remise d'ordonnance rédigée manuellement et non copiée pour le dossier. Enfin, il peut dans son logiciel facturer en acte gratuit s'il souhaite ne pas faire régler son proche, ou faire le tiers payant total si son logiciel le lui permet, tout en prévenant son proche du fonctionnement de ce dispositif et de la part forfaitaire. Ces démarches peuvent toutefois être chronophages si la situation est récurrente.

Le ressenti des praticiens du Nord et du Pas-de-Calais à propos des demandes de leur famille étant plutôt négatif, il serait intéressant d'obtenir celui des proches qui sollicitent leur parent médecin dans ces deux mêmes départements. Cela viendrait compléter le travail mené à ce sujet en 2014 en Picardie dans lequel les termes de rapidité, disponibilité et gratuité étaient plébiscités par les proches d'un médecin (23).

Forts d'une connaissance sur les motivations à les solliciter et leurs choix dans les moyens de communications utilisés, leurs croyances vis-à-vis de la sécurisation des données et de la responsabilité médicale, et leurs attentes, les praticiens pourraient affirmer leur positionnement dans ce type de relation de soin.

## **II. Soigner ses proches est inévitable : savoir accepter ou orienter vers un confrère**

Les treize praticiens interrogés ont tous pu faire part de leurs ressentis car ils avaient déjà été confrontés à une demande émanant d'un membre de leur famille. Cela rejoint le constat de Peltz-Aïm en 2012 à Paris auprès de médecins généralistes (4). Ainsi être sollicité par un proche lorsque l'on est omnipraticien semble inéluctable.

Accepter de soigner dépend probablement de la demande émise par le proche. Dans les ressentis positifs, nous avons retrouvé le fait de gérer un problème bénin ou encore la satisfaction de rendre service à son proche. Cela est également retrouvé dans un travail de Manasterski en 2013 en Meurthe et Moselle auprès de médecins généralistes (25).

Le travail qualitatif effectué dans le Nord et le Pas-de-Calais en 2024 auprès des internes en médecine générale corrobore l'idée de répondre à une demande brève et ponctuelle tout en éprouvant une réticence en cas de demande complexe (22).

La difficulté à répondre aux demandes des membres de la famille vient aussi du fait que le code de déontologie français ne propose pas de positionnement clair. Aucune législation n'empêche de soigner un parent, mais aucune recommandation ne le déconseille. Pour nous aider à nous positionner, nous pouvons nous appuyer sur le code de déontologie américain qui recommande aux praticiens de soigner leurs proches uniquement pour des actes bénins, s'ils sont isolés sans autre médecin ou dans l'urgence. En revanche, rédiger des ordonnances non urgentes ne devrait pas être du ressort du parent médecin (26). Cela est rappelé dans une étude américaine de 2014 (27).

Dans notre enquête, les praticiens essaient de rester professionnels et d'engager la même expertise que pour tout autre patient en l'adressant par exemple à un spécialiste. Cela souligne l'avis de Lee J Johnson dans son article de 2007, ainsi que celui d'Edward Krall en 2008 (7), (28).

Ainsi, un médecin qui ne souhaite pas soigner ou examiner un membre de sa famille ou dont la demande dépasse sa compétence ne saurait le laisser dans l'impasse. Le praticien utilisera des ressources de son carnet d'adresses afin que son proche puisse bénéficier de soins et ainsi être pris en charge de manière optimale.

### **III. Apprendre à être un parent médecin : un savoir-être pour se préserver**

Outre les moyens à mettre en œuvre pour répondre à la demande médicale, la nécessité de recourir à l'avis d'un confrère peut aussi être liée au manque d'objectivité exprimé par certains médecins qui soignent un proche, ce qui coïncide avec la revue de la littérature de 2019 effectuée par Mietka (9). Nos praticiens semblent considérer qu'une consultation classique à leur cabinet permet de garantir une certaine part d'objectivité, et insistent sur l'importance de l'examen clinique, toujours possible au cabinet, peu réalisé lors des consultations informelles, avec risque de perte de chance si négligé. Imposer une prise de rendez-vous en présentiel au cabinet permet aussi d'éduquer le proche au caractère médical et non anodin de ses demandes, et pourquoi pas de diminuer les sollicitations ?

Certains des soignants interrogés passaient davantage de temps avec leur proche pour répondre à sa requête. Dans une étude de 2019 menée en Normandie, il était retrouvé que la consultation pouvait prendre plus de temps du fait d'une attention plus particulière de ne pas omettre d'informations (29). Les médecins interrogés semblent aussi faire part de demandes répétées, parfois nombreuses et volontiers hors de leur temps de travail. En intervenant au travail ou même lors de moments de détente, les praticiens pourraient manquer de temps de repos. Une interruption de tâches ou un médecin fatigué retentirait peut-être sur la qualité des soins dispensés aux patients en général. Ainsi, soigner un membre de sa famille peut être dangereux

pour les patients, mais aussi pour la santé mentale du médecin en retentissant sur ses vies professionnelle et personnelle.

D'ailleurs, dans les ressentis négatifs, deux soignantes de notre étude avaient recours à un psychologue pour faire face à des situations complexes ayant un impact sur leur vie personnelle. Ceci illustre le constat que les femmes médecins généralistes, d'autant qu'elles exercent en libéral, ont une moins bonne qualité de vie que les autres catégories socioprofessionnelles (30). Cela est important à prendre en compte dans une profession qui se féminise. Ainsi, le tiraillement entre vies professionnelle et personnelle est associé à un risque accru d'épuisement émotionnel (31). De plus, dans une étude de 2007 menée en Ile-de-France par Mouries auprès de médecins libéraux, ceux menacés de burnout avouaient que leur vie familiale était parasitée par le travail (32). Dans un contexte de désertification médicale, peut-on se permettre de risquer la santé mentale de son parent médecin ? Et pour le praticien, a-t-il conscience de risque encouru au long cours ?

Dans un article publié en 2001, une infirmière lilloise explique que la souffrance d'un soignant vis-à-vis d'un proche peut se retrouver exacerbée. D'une part, le praticien, avec ses connaissances et compréhension des pathologies, peut plus facilement s'inquiéter pour son proche. D'autre part, le médecin manque de soutien psychologique dans de tels contextes par rapport aux autres proches-aidants (33).

Tous les praticiens de notre étude ont répondu à la demande de leur proche ce qui contraste avec l'étude de Marin auprès des internes en médecine générale à Paris-Diderot. En effet, la majorité d'entre eux avaient refusé d'intervenir et certains ne répondaient tout simplement pas à la demande (6). Ces refus étaient motivés par l'envie de ne pas interférer avec le médecin traitant et le souhait de faire au plus vite la distinction entre vies professionnelle et personnelle. Deux de nos praticiens pensaient que les jeunes médecins ou internes réussissaient plus facilement à refuser de soigner leurs proches. Cela rejoint l'idée que les jeunes générations privilégient aussi leur vie de famille dans un souci d'équilibre avec la vie professionnelle (34).

Ayant déjà été confronté à des demandes de mes proches, il a été intéressant personnellement d'obtenir les avis de plusieurs médecins aux profils différents. Ainsi, leurs réponses apportent des idées pour faire face à ses sollicitations : définir les règles, le cadre, partager des témoignages de professionnels. Lors de notre formation universitaire, nous avons notamment bénéficié d'ateliers de mise en situation. Apprendre à gérer une urgence hors du cadre médical, apprendre à annoncer une mauvaise nouvelle... Autant d'enseignements qui nous ont inculqué les solutions à mettre en application si besoin. En revanche, nous n'avons pas appris à faire face à la demande d'un proche et il pourrait être intéressant d'introduire une formation de ce genre avec par exemple une meilleure maîtrise en communication pour accepter ou refuser d'être le médecin de son proche, sous forme de simulation ou de groupes de pairs.

## CONCLUSION

---

Ce travail permet de prendre conscience d'une réalité : tout médecin est un jour ou l'autre confronté à une demande d'un proche et doit s'y préparer.

Allant de la plus simple à la plus complexe, elle est globalement mal vécue par le praticien. Soucieux de rester professionnel, il peut manquer de moyens et d'objectivité pour y répondre aussi bien qu'il le souhaite, et cette sollicitation peut intervenir sur des moments personnels ou de détente, entraînant un risque d'épuisement professionnel si récurrent. Même s'il peut en tirer une impression positive, le médecin préfère souvent avoir une relation familiale et non soignante avec son proche. Il peut mettre en place un cadre formel à respecter s'il décide de devenir le médecin traitant ou alors expliquer son refus et réorienter vers un confrère.

Dans un monde de plus en plus connecté et face à la désertification médicale, il semble inéluctable que les proches d'un médecin se tournent vers lui pour obtenir son expertise. Intégrer cette tendance dans la formation et l'enseignement universitaire devient nécessaire pour apprendre à gérer de telles situations pouvant avoir des conséquences psychologiques ou familiales parfois graves.

Ce travail m'aura permis d'avoir des avis et des pistes pour la gestion des demandes familiales auxquelles je pourrais être confronté dans ma future pratique.

Ces idées pourraient également servir aux étudiants, internes, médecins et professionnels du domaine médical pour réagir à ces sollicitations.

Les membres de la famille d'un médecin qui liront ce travail pourront se rendre compte qu'une requête, aussi anodine semble-t-elle, s'inscrit dans un contexte global. Leur parent médecin reste un humain avec ses forces et ses faiblesses, un membre de leur famille pouvant profiter avec ou sans eux de moments de détente et de repos, et qu'il faut « laisser, en dehors des [ses] heures de travail, ne pas travailler, tout simplement » (MG13).

## **LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES**

---

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Figure 1 : Carte de flux de la participation des médecins sollicités

Figure 2 : Ressenti global des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais lors d'une demande informelle de la part d'un membre de leur famille

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Le serment d'Hippocrate. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
2. 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.
3. 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.
4. Peltz-Aïm J. Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches ? : Enquête qualitative auprès de 22 médecins exerçant en région parisienne [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine ; 2012.
5. Castéra 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]. [Toulouse]. Faculté des sciences médicales Rangueil (...-2017, France]: Université Paul Sabatier ; 2005.
6. Marin LM. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Makovec T, Galam E. Positionnement des internes de médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches. Université Paris Diderot. Médecine; 2019.
7. Johnson LJ. Malpractice consult. Should you give informal medical advice? Med Econ. 6 avr 2007;84(7):36.
8. Farrell TW, Ozbolt JA, Silvia J, George P. Caring for Colleagues, VIPs, Friends, and Family Members. Am Fam Physician. 1 juin 2013;87(11):793-5.
9. Mietka AD. Le médecin peut-il soigner ses proches ? Revue de la littérature à ce sujet. Université de Picardie Jules Verne ; 16 oct 2019;77.



10. Lefranc AC. Le médecin généraliste face à la santé de ses propres parents, père et mère : son positionnement, ses difficultés, son ressenti. Université de Picardie Jules Verne ; 2017.
11. Reagan B, Reagan P, Sinclair A. « Common sense and a thick hide ». Physicians providing care to their own family members. Arch Fam Med. juill 1994;3(7):599-604.
12. Olick RS, Bergus GR. Malpractice liability for informal consultations. Fam Med. 2003;35(7):476-81.
13. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/trois-medecins-generalistes-sur-quatre-ont-mis-en-place-la-teleconsultation-depuis-le-debut-de-l-epidemie-de-Covid-19>
14. Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent en 2021 des patients des grands pôles urbains | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/sept-teleconsultations-de-medecine-generale-sur-dix-concernent-en-2021-des-patients-des-grands-poles-urbains>
15. Gattuso C. Le numérique fait bouger les lignes de la téléconsultation : résultats d'enquête. Medscape. 4 octobre 2023.
16. La téléconsultation [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation>
17. Article 1240 - Code civil - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032041571](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032041571)
18. Article 226-13 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006417945](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417945)

19. Article L4123-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000034058883](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034058883)
20. Haute Autorité de Santé - Lieux et conditions d'environnement pour la réalisation d'une téléconsultation ou d'un télésoin – Recommandations [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3445779/fr/lieux-et-conditions-d-environnement-pour-la-realisation-d-une-teleconsultation-ou-d-un-telesoin-recommandations](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3445779/fr/lieux-et-conditions-d-environnement-pour-la-realisation-d-une-teleconsultation-ou-d-un-telesoin-recommandations)
21. Ajoodha A. Usage des moyens de communication numérique des médecins généralistes: étude quantitative menée auprès des médecins généralistes installés dans le Nord-Pas-de-Calais [Internet] [Thèse d'exercice]. [2022-....., France]: Université de Lille; 2023. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/RESTREINT/Th\\_Medecine/2023/2023ULILM006.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/RESTREINT/Th_Medecine/2023/2023ULILM006.pdf)
22. Chraa R. Ressenti et attitude des internes en médecine générale du Nord-Pas-de-Calais à la demande de soins de leurs proches ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [2022-....., France]: Université de Lille; 2024. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2024/2024ULILM105.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2024/2024ULILM105.pdf)
23. 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]. [1968-....., France]: Université de Picardie Jules Verne ; 2014.
24. Bovi AM, Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association. Ethical guidelines for use of electronic mail between patients and physicians. Am J Bioeth AJOB. 2003;3(3):W-IF2.
25. Manasterski F. Etude 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. Université de Bordeaux ; 2013.
26. Affairs AC on E and J. AMA Code of Medical Ethics' Opinion on Physicians Treating Family Members. AMA J Ethics. 1 mai 2012;14(5):396-7.

27. Gold KJ, Goldman EB, Kamil LH, Walton S, Burdette TG, Moseley KL. No Appointment Necessary? Ethical Challenges in Treating Friends and Family. *N Engl J Med*. 25 sept 2014;371(13):1254-8.
28. Krall EJ. Doctors Who Doctor Self, Family, and Colleagues. *Wis Med J*. 2008;107(6).
29. Bellamy V. Ressenti des médecins généralistes de Haute-Normandie soignant la famille de confrères : des consultations différentes ? [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de Rouen ; 2019.
30. Mathonnat MD, Filloux I, Tanguy G, Eschalié B, Pereira B, Vorilhon P. Qualité de vie des femmes médecins généralistes en Auvergne. *Presse Médicale*. 1 oct 2013;42(10):e377-84.
31. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi JC, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique*. 1 oct 2009;21(4):355-64.
32. Mouries DR. l'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives, Union Régionale Médecins Libéraux Franciliens ; 2007.
33. Daele SV. La problématique d'être soignant et parent d'un malade. *InfoKara*. 2001;16(4):17-20.
34. Martin A, Trombert-Paviot B. Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle ? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire. *Médecine*. 1 févr 2008;4(2):89-93.

## ANNEXES

---

### Annexe 1 : guide d'entretien

---

Guide d'entretien (version n° 1.0 du 05/03/2024)

Êtes-vous d'accord pour participer à cette enquête ?

Êtes-vous prêt pour démarrer l'entretien ?

1) Pouvez-vous vous présenter brièvement ?

Mon travail de recherche porte sur le « ressenti des médecins généralistes exerçant en cabinet libéral dans le Nord et le Pas-de-Calais sur des consultations informelles réalisées via des canaux personnels à la demande d'un membre de leur famille »

Avant de démarrer l'entretien, j'entends par « consultation informelle », les consultations réalisées par des moyens de communication personnels tels que les SMS/MMS, les réseaux sociaux (WhatsApp, Messenger...), mail personnel...

2) Pourriez-vous me raconter votre dernière consultation informelle avec un membre de votre famille ?

Relances : ressenti (bien-être [subjectivité ? +/- conflits ?], responsabilité, temps accordé [parfois en dehors des heures de travail]), outil de communication utilisé, sécurisation, traçabilité

3) Pour finir, que pouvez-vous me dire sur le lien entre vie professionnelle/vie personnelle en tant que médecin généraliste ?

## Annexe 2 : grille COREQ

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	1 ; 72
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	N/A
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	72
Gender	4	Was the researcher male or female?	72
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	72
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	11
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	70
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	70
<b>Domain 2: Study design</b>			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	10
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	11
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	11
Sample size	12	How many participants were in the study?	14
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	14
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	12
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	12
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	15
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	12 ; 68
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	12
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	12
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	12
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	15
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	10
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	12
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	13
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	N/A
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	13
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	N/A
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	N/A
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	15 ; 16
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	51
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	52 ; 53
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	N/A

## Annexe 3 : information pour participation à une étude médicale

### Information pour participation à une étude médicale

Bonjour, je m'appelle Florian TIRODE et suis interne de médecine générale à la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé de Lille.

Dans le cadre de la thèse que je dois réaliser au cours de mes études je réalise un travail de recherche médicale non interventionnelle qualitative intitulée :

Ressenti des médecins généralistes libéraux du Nord et du Pas-de-Calais au sujet des consultations informelles à la demande d'un membre de leur famille.

Cette recherche dirigée par le Dr Camille OBERT-MARBY, a pour objectif d'explorer le ressenti des médecins généralistes libéraux du Nord et du Pas-de-Calais au sujet des consultations informelles à la demande d'un membre de leur famille. Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens, et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté. Pour ce faire, je vais donc réaliser un entretien qui sera enregistré via un dictaphone. Ce travail de thèse est conforme à la MR004.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat,
- Que vous bénéficiez si vous le souhaitez d'un délai de réflexion,
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions,
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, en me contactant,
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant, demander leur rectification ou leur effacement, en me contactant,



- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectué, et que vous pourrez être informé des résultats finaux de cette étude en me contactant,
- Que les données recueillies : âge, sexe, mode et lieu d'exercice, et retranscription de l'entretien seront traitées de manière confidentielle et anonyme par deux internes de médecine générale, dont moi-même,
- Qu'aucun transfert de donnée hors Union Européenne n'est prévu dans cette étude,
- Que les enregistrements seront détruits 2 ans après la publication ou jusqu'à la signature du rapport final de la recherche,
- Que ce travail a fait l'objet d'une déclaration auprès d'un comité d'éthique.

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur. Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière pseudonymisée. Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil de 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 et aux articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès de la personne qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par l'investigateur et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

**Investigateur principal :** Monsieur TIRODE Florian

Étudiant de 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale, Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé de l'Institut Catholique de Lille / Faculté de Médecine de Lille

Adresse :

Tel : / Adresse mail :

**Data Protection Officer :** Madame Anne BUYSSECHAERT

Data Protection Officer de l'Institut Catholique de Lille

Adresse :

Tel : / Mail :

Code participant :

Fait à : .....

Le : .....

Document fait en 2 exemplaires, dont un remis au participant



**AUTEUR : Nom : TIRODE Prénom : Florian**

**Date de soutenance : 24/09/2025**

**Titre de la thèse :** Ressenti des médecins généralistes libéraux du Nord et du Pas-de-Calais au sujet des consultations informelles à la demande d'un membre de leur famille.

**Thèse – Médecine – Lille 2025**

**Cadre de classement :** Médecine générale

**DES + FST ou option :** Médecine générale

**Mots-clés :** Médecine générale; Affect; Relations interpersonnelles; Envoi de messages textuels; Consultation à distance

**Résumé :**

Contexte : Les proches d'un médecin (amis, famille...) peuvent le solliciter afin d'obtenir un conseil, un renseignement, un diagnostic, une ordonnance, un certificat... A l'heure de la télémédecine et de la télé-expertise, dans une société hyper-connectée, aucune recherche ne s'est encore intéressée au vécu subjectif des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais sollicités par messagerie personnelle et non sécurisée (mail, SMS/MMS, réseaux sociaux...) pour la réalisation d'une consultation informelle demandée par un membre de leur famille.

Objectif : Comprendre et explorer le vécu des médecins généralistes exerçant dans le Nord ou le Pas-de-Calais sur des consultations informelles via des outils de communications non sécurisés effectuées à la demande d'un membre de leur famille, et ses conséquences sur leurs vies personnelle et professionnelle.

Méthode : Étude qualitative monocentrique sous forme d'entretiens individuels semi dirigés enregistrés par audio auprès de médecins généralistes exerçant en cabinet libéral dans le Nord et le Pas-de-Calais. Retranscription intégrale sur logiciel *Microsoft Word*. Analyse des verbatims et des données de communication non verbale au fur et à mesure selon la phénoménologie avec triangulation du codage. Arrêt des entretiens à suffisance des données.

Résultats : Treize médecins généralistes installés dans le Nord et le Pas-de-Calais ont participé en présentiel. Les demandes sont jugées simples à gérer et brèves mais épuisantes car récurrentes. Le ressenti positif est la satisfaction voire la fierté d'avoir aidé et rendu service à leur proche. Ces demandes provoquent également mal-être, stress voire angoisse et souffrance. Le manque d'objectivité et les éléments manquants d'une consultation classique comme un entretien approfondi ou l'examen clinique peuvent entraîner une perte de chance pour le proche demandeur.

Conclusion : Cadre formel à respecter, expliquer son refus de soigner en réorientant vers un confrère, et l'enseignement universitaire à ce sujet deviennent nécessaires pour apprendre à gérer de telles situations pouvant avoir des conséquences psychologiques ou familiales parfois graves.

**Composition du jury :**

**Présidente :** Madame le Professeur Florence RICHARD

**Assesseur :** Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS

**Directrice de thèse :** Madame le Docteur Camille OBERT-MARBY