

Étude originale

Tamara Makovec, Éric Galam

Université Paris Diderot, département de médecine générale, UFR de médecine, site Bichat, 16, rue Henri-Huchard, 75890 Paris cedex 18, France

egalam@hotmail.com

Tirés à part : É. Galam

Résumé

Le positionnement et les comportements des internes de médecine générale (IMG) par rapport aux problèmes de santé de leurs proches ne sont pas étudiés ni même discutés durant la formation médicale. Pourtant, cette question représente l'un des aspects de la maturation professionnelle spécifique à chacun, dans le cadre du curriculum caché du devenir médecin. Cette étude transversale mixte (quantitative et qualitative) auprès des IMG du département de médecine générale Paris Diderot a montré que presque tous les répondants avaient déjà été interpellés par un proche pour un problème de santé et avaient rencontré des difficultés pratiques et un vécu difficile.

• Mots clés

curriculum ; formation professionnelle.

Abstract. Positioning of the internal medicine in the face of the health problems of their loved ones. Study "DADDYSICK" on the hidden curriculum

The positioning and the behavior of the interns of general medicine (IMG) with regard to the health problems of their relatives are not studied nor even discussed during the medical training. Yet, this question represents one of the aspects of the professional maturation specific to each one, as part of the hidden curriculum of becoming a doctor. This mixed cross-sectional study (quantitative and qualitative) with general medicine interns from the Department of General Medicine Paris Diderot showed that almost all the respondents had already been questioned by a family member for a health problem and had encountered practical difficulties.

• Key words

curricula; vocational education.

DOI: 10.1684/med.2019.400

Positionnement des internes de médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches

Étude « DADDYSICK » sur le curriculum caché

Introduction

Comme toute personne, le médecin en activité ou en formation a des proches qui peuvent être touchés par des problèmes de santé vis-à-vis desquels il lui faut bien se positionner. Il peut les ignorer, s'y impliquer ou encore répondre aux sollicitations qui peuvent lui être faites [1]. Dans tous les cas, la relation entre le médecin et ses proches en est complexifiée. Elle est source de difficultés médicales ou éthiques [2] confirmées par deux méta-analyses [3, 4] et relevant alors d'une double contrainte [5]. La gestion de cette situation n'est pas strictement encadrée par des règles professionnelles [6].

En France [7], il n'y a pas d'obstacle médico-légal à soigner ses proches. Les textes encadrant la profession médicale donnent quelques règles sur la question mais elles ne sont pas absolues et peuvent être interprétées. Soigner ses proches n'est pas enseigné, ni même discuté ou simplement évoqué, comme si c'était évident ou sans intérêt. La gestion de cette situation fait partie du *hidden curriculum* [8-10] qui transforme une personne en un médecin par imprégnation progressive et implicite des normes culturelles du monde professionnel. Si plusieurs travaux ont été effectués [11, 12], rares sont ceux qui ont donné lieu à des recommandations pour guider le soignant dans son positionnement [13].

Les médecins en formation sont plus fragiles dans leur investissement professionnel et leurs comportements sont souvent moins affirmés que ceux des médecins confirmés. L'objectif de notre recherche [14] était de préciser la fréquence et les caractéristiques du positionnement des internes de médecine générale (IMG) face aux problèmes de santé de leurs proches.

Méthode

« DADDYSICK » est une étude transversale mixte auprès des IMG du département de médecine générale (DMG) de l'université Paris Diderot. Un questionnaire en ligne anonyme a été envoyé aux 576 internes inscrits au DMG, avec un envoi et deux relances sur une période de trois mois. Le questionnaire a été construit à partir des données de la littérature, puis testé auprès de trois internes. La première partie s'intéressait à la fréquence

des situations rencontrées et la seconde partie faisait préciser une situation choisie par le répondant. Les réponses ont été analysées de façon descriptive et statistique à l'aide du test du Chi². Neuf questions à réponse libre recherchaient les autres difficultés rencontrées par les internes. Étaient également demandés le retentissement pour leurs proches, pour eux-mêmes dans leur pratique professionnelle, et leurs recommandations pour un positionnement pertinent dans ces situations.

Dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès d'internes volontaires pour leur faire décrire leurs expériences, à partir d'un guide d'entretien construit en fonction des données de la littérature. Les entretiens ont été enregistrés et anonymisés. Ils ont été poursuivis jusqu'à saturation des données. Les questions à réponse libre et les entretiens ont été analysés par une méthode qualitative, par identification de notions, choix de verbatims et regroupement par thèmes.

Résultats

• Questionnaire

Au total, 173 questionnaires ont été complétés, soit un taux de participation de 35 %. La population était composée de 80 % ($n = 137$) de femmes modérément sur-représentées puisqu'elles représentent 73 % de la population de référence. Les IMG en premier semestre représentaient 20 % ($n = 35$) des participants, tandis que 30 % ($n = 51$) étaient en semestre supérieur. Le stage ambulatoire de niveau 1 (premier stage dans un cabinet de médecin généraliste) était terminé, non débuté ou en cours pour 56 % ($n = 97$), 33 % ($n = 57$) et 11 % ($n = 19$) des IMG, respectivement.

Fréquence des positionnements : 163 réponses

Parmi les IMG répondants, 99 % ($n = 162$) avaient déjà été sollicités par un proche pour un problème de santé,

dont 60 % ($n = 96$) plus de six fois. De plus, 79 % ($n = 128$) avaient déjà interrogé un de leurs proches sur sa santé, 65 % ($n = 106$) étaient déjà intervenus auprès des soignants de leurs proches, et 57 % ($n = 93$) s'étaient déjà positionnés comme soignants pour un proche. En revanche, 55 % ($n = 89$) avaient déjà refusé d'intervenir et 32 % ($n = 52$) avaient déjà refusé de répondre à une question d'ordre médical.

Situation approfondie

En ce qui concerne la situation approfondie, 40 % ($n = 64$) des internes ont choisi de parler d'une situation marquante et 60 % ($n = 97$) de la dernière situation vécue. Les situations étaient plus souvent aiguës que chroniques, graves que bénignes et complexes que simples. Cette tendance était plus importante quand la situation était marquante. Le proche concerné par la situation était, par ordre de fréquence décroissante : un parent, un membre de la famille par alliance, un frère ou une sœur, un ami, un grand-parent.

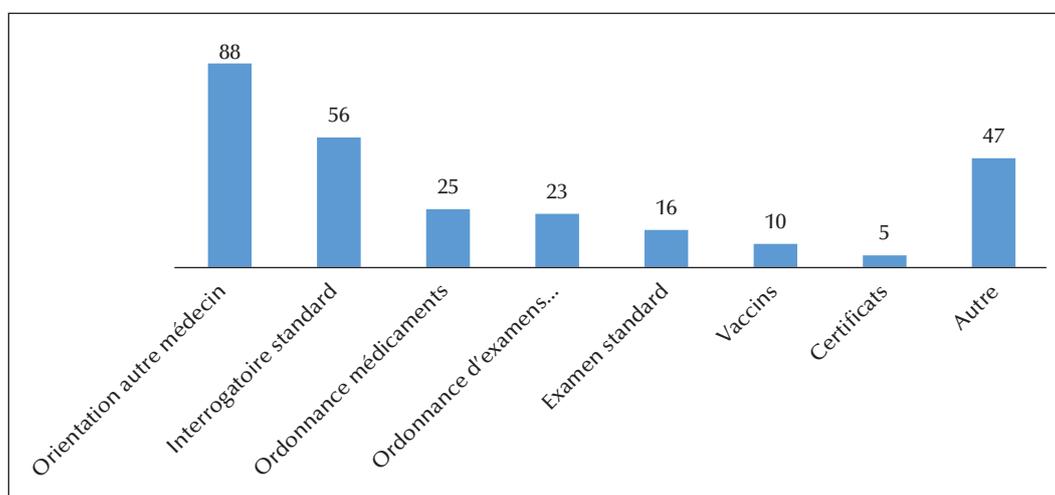
La situation concernait, par ordre de fréquence décroissante : le domaine infectieux, la cancérologie, le cardiopulmonaire, la gastroentérologie, la traumatologie, l'ORL, et, seulement après, l'urologie, la gynécologie et la pédiatrie.

Les actions les plus souvent réalisées étaient l'orientation, l'interrogatoire complet, et les ordonnances de médicaments, puis les ordonnances pour examens complémentaires et, seulement après, l'examen clinique. La majorité des répondants n'avaient pas fait d'ordonnances de médicaments (figure 1).

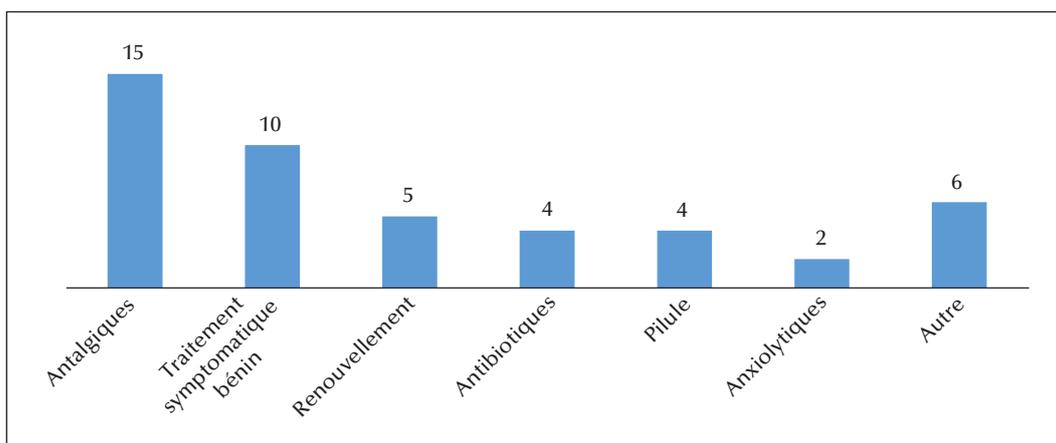
Les principaux médicaments prescrits étaient des antalgiques, des traitements symptomatiques et des renouvellements. En dernier venaient les antibiotiques et anxiolytiques (figure 2).

Soixante-sept pour cent des répondants avaient orienté leurs proches, vers l'hôpital et les médecins de ville, autant généralistes que spécialistes.

Des difficultés pratiques étaient exprimées par 91 % ($n = 162$) des internes, avec par ordre de fréquence :



• Figure 1. Actions effectuées.



• Figure 2. Prescriptions réalisées.

la pathologie elle-même, la réalisation de l'examen clinique, la réalisation de l'interrogatoire, le rapport au corps, la prescription, la réalisation de certificats.

Des difficultés dans le vécu de la situation étaient exprimées par 92 % ($n = 109$) des 118 répondants à cette question, avec par ordre de fréquence : le manque d'objectivité, le vécu affectif face à la peur de la maladie grave, l'obligation de réussite, la limite des compétences, l'intrication entre la vie privée et la vie professionnelle, la pudeur, le retentissement sur les relations avec l'entourage commun, l'opposition aux soignants, l'observance, le secret médical (figure 3).

Corrélations

Les internes n'ayant pas fait leur stage ambulatoire de niveau 1 rapportaient plus de situations bénignes ($p = 0,030$). Les internes ayant terminé leur stage ambulatoire de niveau 1 étaient plus souvent sollicités ($p = 0,004$), se positionnaient plus souvent comme soignants ($p = 0,016$) et refusaient plus fréquemment d'intervenir pour leur santé ($p = 0,042$), de façon significative. Ils faisaient plus souvent l'examen clinique standard ($p = 0,015$) et des ordonnances pour des examens complémentaires ($p = 0,043$). Ils rencontraient plus de difficultés avec la pudeur ($p = 0,033$).

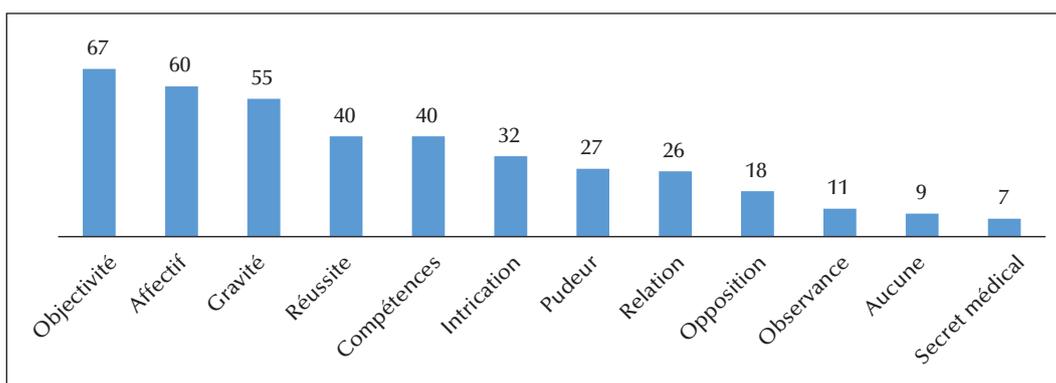
La proportion de femmes ayant rencontré des situations graves était plus importante ($p = 0,002$) et les femmes craignaient plus la gravité que les hommes ($p = 0,004$).

Questions à texte libre et entretiens semi-directifs

• Facteurs incitant à l'implication médicale de l'interne

Les facteurs liés à l'interne sont la polyvalence de la médecine générale et la transmission de modes de fonctionnement familiaux par les médecins de l'entourage. Les facteurs liés aux proches malades et à leur entourage sont la facilité d'accès aux soins (consultation, prescription), à l'information médicale, la disponibilité aux heures non ouvrées, la rapidité, la gratuité, la facilité de la navigation dans le système de soins et un traitement de faveur : « *Je suis un peu la consultation gratuite, la cerise sur le gâteau quoi.* »

La consultation informelle permet la confiance plus facile et rend les problèmes de santé moins réels. Les compétences de l'interne permettent d'avoir des explications médicales, la traduction du langage médical, un avis « d'expert » : « *Mais c'est quoi ça ? Pourquoi la perf ? Pourquoi l'oxygène ? Et c'est quoi la coro ? Et c'est*



• Figure 3. Difficultés ressenties.

quoi les stents ? Et c'est quoi le pontage ? Et est-ce qu'il va mourir ? ».

La relation existante donne confiance dans le proche-interne, qui connaît bien le malade et apporte soutien et réconfort. Le proche malade est plus honnête et observant ; il est rassuré et se sent en sécurité. L'ensemble peut aboutir à une prise en charge médicale plus adaptée, à la détection de complications, au dépistage et à la prévention, à la sensibilisation aux problèmes de santé. L'implication dépend aussi de la gravité de la situation médicale. La « bobologie » peut être prise en charge, mais il est difficile de s'impliquer dans la prise en charge d'une maladie potentiellement grave.

• Caractéristiques du patient-proche

L'interne s'adapte au profil du patient-proche (hypochondriaque, mauvais patient, pudique, non confiant en la médecine scientifique, hyper-sollicitant) et à son profil démographique (éloignement géographique, âge, relation).

• Positions adoptées par les internes face à la maladie de leurs proches

Certains internes restent en retrait pour favoriser leur place de proche plutôt que de soignant : « *Je ne suis pas étudiante en médecine, je suis sa petite-fille.* » D'autres ne soignent pas et n'interrogent pas leurs proches sur leur santé. D'autres surveillent, s'informent et gardent un œil sur la prise en charge. Certains dépistent. Enfin, certains soignent, réalisent un interrogatoire, un examen clinique, des ordonnances, des certificats et des soins.

• Échanges avec les soignants du proche

Les orientations vers des confrères sont très fréquentes : vers le médecin traitant, qui détient le dossier médical et connaît l'histoire médicale du patient, vers le spécialiste si nécessaire et vers l'hôpital en cas d'urgence ou pour une hospitalisation.

• Positions par rapport aux soignants du proche

Beaucoup d'internes font confiance au médecin soignant : ils renforcent ses positions, respectent et soutiennent son travail, n'interfèrent pas dans sa prise en charge. Certains font équipe avec le médecin soignant : ils accompagnent leur proche en consultation, font l'intermédiaire, complètent le travail du médecin. Des internes interviennent auprès du médecin soignant de leur proche. Il y a parfois des désaccords avec le médecin soignant sur ses décisions d'orientation et d'exploration, des critiques des compétences et du manque d'information, voire une mise à l'écart : « *Je l'ai renvoyé chez un autre rhumato qui au moins l'examinait.* »

• Difficultés rencontrées par l'interne

Il est difficile aux internes d'être crédibles en tant que médecins du fait de leur expérience courte, de leur marge

de manœuvre restreinte, et de leur réseau insuffisant : « *Ils préfèrent un autre avis, d'un "vrai docteur".* » Ils ont atteint les limites de leurs compétences médicales dans les domaines spécialisés ou en « bobologie », pour lesquels les sollicitations des proches mettent en lumière les lacunes : « *Je me sens testé à chaque fois.* » Ils ressentent un manque d'objectivité lié à des affects trop importants, aboutissant à une prise en charge différente de celle d'un patient standard, risquant d'être inadaptée : « *Tout s'est embrouillé dans ma tête... je ne savais plus quoi faire.* »

La prise de responsabilité est difficile à cause du sentiment d'obligation de réussite, de la peur de l'erreur médicale et du jugement des proches : « *Si je me trompais c'était d'autant plus grave que c'est mon meilleur ami.* » Ils sont confrontés à la discordance entre les positions de proche et d'interne et à la confusion des rôles par l'entourage, aboutissant à des proches non observants : « *J'ai vécu mon rôle de petite-fille en faisant ce qu'il voulait ; c'était en étant son médecin ; et c'était ma façon à moi d'être sa petite-fille.* »

Ils sont confrontés aux limites de l'information médicale : insuffisante, mal comprise, déformée et source d'inquiétude, et l'interne doit s'en contenter pour comprendre la situation. Entre l'envie de les protéger et le souhait de ne pas leur cacher la vérité, il est difficile d'informer les proches sans les inquiéter. En cas de désaccord avec les soignants de son proche, l'interne garde souvent ses réserves pour lui car il ne dispose pas de tous les éléments du dossier médical et préfère préserver la crédibilité des soignants : « *On ne peut pas décrédibiliser le médecin traitant qui de toute façon, lui, va continuer à les suivre tout le temps.* »

Être soi-même soignant pour ses proches est très difficile. C'est se confronter à la consultation informelle, dans un lieu et à un moment non adaptés, à l'interrogatoire limité avec rétention d'information, la gestion de l'intimité, la nécessité de débrouiller l'urgence, l'examen clinique incomplet, le retard diagnostique. Les internes participent aux soins en cas d'urgence ou pour dépanner. Ils n'ont pas d'ordonnancier propre, ils font des prescriptions de médicaments « simples », de renouvellements ou pour dépanner. Il leur arrive de faire des prescriptions symboliques, pour rendre réel un problème de santé et pousser le proche à consulter. Ils craignent de faire un certificat de complaisance, ils se posent la question des honoraires : « *c'est un faux interrogatoire* », « *je n'avais pas l'otoscope ; je n'avais pas le stéthoscope. Ah je ne peux pas, je n'ai pas !* », « *j'ai l'impression de voler une ordonnance* », « *je n'avais pas envie d'avoir l'impression de dealer un arrêt de travail* ».

Ressenti de l'interne

Le vécu affectif de la situation est marqué par l'acceptation de la maladie de son proche, dont l'interne assiste à la souffrance et parfois au décès. Le fait de comprendre des diagnostics graves, de devoir parfois les annoncer aux proches communs, de participer aux soins peut parfois lui faire regretter d'être interne, de ne pas être traité comme un non-soignant : « *On aurait envie finalement... de ne rien savoir du tout de la médecine, et d'entendre des gens*

qui vous expliquent et qui vous rassurent sur l'état de votre fils. »

L'interne est amené à prendre sur lui en mettant son ressenti en retrait pour protéger les autres, car la situation des non-soignants lui paraît plus difficile. Ses compétences lui permettent de comprendre une situation et son pronostic mais il garde pour lui les informations inquiétantes, il ne partage pas ses craintes liées à ses connaissances de la maladie et à son expérience : *« les gens à l'extérieur suivent le protocole qui est en cours, sans comprendre ce qu'il en est de la maladie, et toi tu le sais »*. La compétence médicale place naturellement l'interne comme soignant vis-à-vis de ses proches auprès desquels il peut avoir ainsi une place privilégiée. Mais il a la sensation d'être pris au piège dans cette position, qui s'installe insidieusement. Une complexité se crée avec le proche malade du fait des informations partagées. Il prend parfois une position particulière de médiateur familial pour l'entourage commun, par rapport auquel il est mis en avant. Le rôle de l'interne est reconnu par les proches et par lui-même : il apporte aide et soulagement aux proches malades et leur entourage, qui lui sont reconnaissants. Il retire de la satisfaction et de la fierté d'avoir été utile à ses proches : *« il y a plein de gens qui m'ont dit des choses très fortes et très belles à propos de mon attitude » ; « je suis contente du bagage d'interne que j'ai eu à ce moment-là »*.

Retentissement des situations vécues

L'interne réalise que la maladie peut frapper ses proches. Ces situations sont l'occasion de s'interroger sur le fait de soigner ses proches et de relativiser leurs demandes. L'interne prend conscience du statut de patient et cela l'incite, dans sa pratique, à mieux informer, être plus empathique et plus attentif aux questions organisationnelles : *« passer de "l'autre côté" »*. Il ressent le besoin d'échanger avec des pairs sur les inquiétudes que les non-médecins ne partagent pas.

Recommandations faites par les internes

Les internes recommandent de se retenir de s'impliquer dans la prise en charge médicale d'un proche, de se limiter aux conseils médicaux et à l'éducation thérapeutique. Ils conseillent d'orienter vers un confrère de confiance et de donner la priorité au médecin traitant.

Ils acceptent de donner des soins en cas d'urgence et pensent que les actes simples sont possibles mais qu'il faut renoncer aux prises en charge complexes, éviter de participer aux décisions médicales et de participer activement aux soins. Ils appellent à toujours respecter le secret médical, rester objectif et respecter le travail de l'équipe soignante.

Il est nécessaire de gérer l'information médicale : informer ses proches, leur traduire le langage médical. Pour les internes, il s'agit de rester en retrait sur le plan médical pour pouvoir garder sa place de proche, en étant un soutien et un accompagnant, disponible et rassurant :

« être à côté mais jamais devant la maladie de ses proches ».

Discussion

Principaux résultats

• Population

La participation au questionnaire est satisfaisante. Les entretiens impliquaient un panel large de la population des internes, du troisième semestre au semestre supérieur. Les situations médicales exposées étaient variées et les positionnements des internes multiples. Les internes plus avancés dans leurs études sembleraient plus concernés, mais la majorité du recrutement pour les entretiens a été réalisée par connaissance. On peut aussi supposer que les internes de première année ont moins été confrontés à ce type de situation.

• Concordances qualitatives/quantitatives

Tous les positionnements proposés dans les questionnaires ont été retrouvés dans l'exploration qualitative : tous les internes ont été sollicités, beaucoup ont interrogé leurs proches, certains ont été soignants, sont intervenus auprès des soignants, d'autres ont refusé d'intervenir. Les internes parlaient de situations plutôt aiguës, graves et complexes dans les questionnaires et beaucoup des situations rapportées en entretiens avaient ces caractéristiques. Pourtant les internes disaient clairement qu'ils ne devaient pas s'impliquer dans ces cas-là. Tous les types de proches concernés dans les questionnaires étaient retrouvés dans les entretiens. Beaucoup de domaines médicaux étaient concernés, avec l'absence notable et prévisible de l'urologie et de la gynécologie. L'action principalement réalisée était l'orientation, dans 67 % des cas. Aucune réalisation de certificat n'a été rapportée dans les entretiens. Peu d'ordonnances ou des ordonnances simples étaient réalisées, comme dans les questionnaires.

• Cap du stage ambulatoire de niveau 1

Les sollicitations, le positionnement en tant que soignant, les refus d'intervenir, l'examen clinique standard et les ordonnances pour des examens complémentaires étaient plus fréquents chez les internes ayant terminé leur stage de niveau 1, de façon statistiquement significative. Ils rencontreraient aussi plus de difficulté avec la pudeur. Pour ces internes, nous pouvons imaginer que leur expérience plus longue et leur pratique de la médecine générale de ville leur apporte plus de considération en tant que médecin, et la sortie du milieu hospitalier, plus déshumanisé, leur ramène une pudeur atténuée, voire perdue à l'hôpital.

Les internes n'ayant pas fait leur stage ambulatoire de niveau 1 ont rapporté plus de situations bénignes, de façon statistiquement significative. Ils sont possiblement sollicités ou impliqués pour des problèmes bénins du fait de leur courte expérience d'interne.

• Difficultés propres à l'interne

Être crédible en tant que médecin aux yeux des proches semble être la plus grande difficulté, en rapport avec la courte expérience et la limite des compétences, entraînant de véritables remises en question. De plus, l'interne rencontre des difficultés pratiques : pas de lieu de consultation ni d'ordonnancier propre.

Limites et forces

• Limites

Nous ignorons si notre population est représentative et nos résultats généralisables, d'autant plus que certains répondants étaient en semestre supérieur et n'étaient donc plus strictement internes. Par ailleurs, l'étude s'est déroulée à Paris. Dans les questionnaires, le test du Chi² n'a pas pu être réalisé pour certaines questions, faute de participation suffisante. Le support électronique ne permettait pas de vérifier les erreurs de saisie ou les saisies multiples.

Les questions à réponse libre ont parfois été confondues, le terme « impacts » n'a pas été bien différencié des termes « avantages » et « inconvénients ». Enfin, les entretiens étaient soumis à un biais de recrutement, un biais déclaratif et un biais d'interprétation.

• Forces

L'association de méthodes d'approche complémentaires a fourni un matériel dense et riche et permis un recoupement des résultats, qui sont concordants.

Comparaison à la littérature

• Par rapport aux médecins installés

Les sollicitations et le positionnement comme soignant semblent plus fréquents chez les médecins installés [15, 16] chez qui les refus d'intervenir semblent moins fréquents [16]. L'interaction avec les confrères soignant leurs proches semblait être aussi fréquente chez les médecins installés que chez les internes [15, 17].

• Différences hommes/femmes

Dans notre travail, les femmes ont rapporté plus de situations graves que les hommes, et craignaient plus la gravité, de façon statistiquement significative. Contrairement aux résultats de notre travail, plusieurs travaux ont montré que les femmes étaient plus réticentes que les hommes pour soigner leurs proches [15, 17-19].

Dans tous les cas, la confrontation à la santé des proches présente des risques largement évoqués : la modification du cadre et du raisonnement médical [15-18, 20] peut retentir sur :

- le patient ;
- les relations personnelles ;

- les relations avec les autres soignants ;
- sur l'IMG lui-même.

Elle est toujours difficile. Même s'il ne soutient pas sa famille, son intérêt pour leur santé peut le faire entrer dans un cercle vicieux insidieux. Notre travail rejoint les autres travaux soulignant l'intérêt de garder sa juste place et, en cas d'intervention, d'imposer et de s'imposer cadres et limites et souvent aussi d'être capable de dire non [19].

La confrontation à ses propres maladies et à celles de ses proches est l'un des aspects du curriculum caché. Elle est à la fois évidente et implicite. Notre étude montre que lorsqu'ils sont encouragés ou simplement autorisés à parler de ces problèmes, les soignants le font volontiers.

Cet aspect de la pratique médicale n'est pas abordé durant les études. Il peut être déroutant pour les médecins d'autant qu'ils sont en formation et encore fragiles sur leurs positionnements professionnels.

Dans ces situations, 92 % de nos répondants ont rencontré des difficultés. Elles viennent en résonance avec celles montrées par Chen *et al.* [21] dans une étude sur les médecins seniors des DMG américains face à une maladie grave chez leur père : « *Le conflit de rôle du médecin de famille est le résultat d'un équilibre complexe d'influences internes (en tant que proche dévoué et médecin idéal) et externes (attentes des familles et des autres médecins). Ils ne sont pas préparés au dilemme éthique d'être à la fois un proche et un soignant. Ils sont formés à prendre soin du patient mais pas d'eux-mêmes ni de leurs parents. Ils ne savent pas demander d'aide pour eux-mêmes.* »

L'impact sur le soignant du possible développement péjoratif à leur intervention médicale auprès de leur proche est une situation extrême étudiée par Oberheu *et al.* [22]. L'étude qualitative de Delmas [23] auprès de 12 IMG s'intéresse plus spécifiquement aux risques de survenue d'événements indésirables associés aux soins en cas d'implication dans les soins dispensés à leur famille. Si peu d'événements graves sont mis en évidence, les pratiques de soins sont souvent inadéquates, l'affect perturbant le jugement du médecin.

Perspectives de recherche

Différentes études pourraient compléter ce travail. Quelles sont les représentations et désirs des personnes concernant l'implication de leur proche IMG dans la prise en charge de leur santé ? Le point de vue des patients est bien sûr nécessaire [24]. Un travail qualitatif [25] a été effectué auprès de patients ayant un médecin dans leur entourage et nécessite un approfondissement.

D'autres questions sont d'ores et déjà en cours d'exploration dans notre DMG : Comment les internes se prennent-ils en charge lorsqu'ils sont eux-mêmes patients ? Quels en sont les impacts sur leurs pratiques auprès des patients ? Quelles sont les différences avec les comportements des médecins plus âgés ? Quelles corrélations entre les expériences personnelles et la pratique professionnelle ? Quelle est la place de ces situations dans

la maturation professionnelle des IMG devenant médecins ? Il serait également intéressant d'étudier le positionnement des étudiants de deuxième cycle, plus jeunes dans le cursus. Ils sont plus sensibles au plaisir d'être sollicités en tant que soignant ou même d'intervenir dans les soins et donc plus à risque d'en être éventuellement déstabilisés. La sensibilisation et la formation à la gestion de ces aspects du curriculum implicite mérite d'être explorée et précisée.

Conclusion

Les internes en médecine générale se positionnent de manières très variées par rapport à leurs proches malades, leurs soignants, et à l'entourage commun. La raison principale qui pousse les proches à la sollicitation est que l'interne est détenteur de savoir médical.

Les difficultés propres aux internes sont de ne pas être perçus comme médecins par leurs proches et d'être confrontés à des problèmes pratiques, liés à leur statut de stagiaire et aux limites de leurs compétences. Il semble que la réalisation du stage ambulatoire de niveau 1 marque un passage. C'est à partir de ce moment qu'ils deviennent des médecins généralistes dans leur pratique.

Les internes sont réticents à s'impliquer pour la santé de leurs proches, ils s'interrogent sur le positionnement juste et tendent vers une attitude non engageante, contrairement aux médecins aînés qui sont déjà dans l'action avancée et de façon sereine. Ces expériences enrichissent les internes et font aussi partie du processus de maturation professionnelle des jeunes médecins dans la recherche de leur place en tant que personnes dans leurs relations avec leurs patients comme avec leurs proches. Une sensibilisation pendant la formation médicale semble nécessaire.

Ce travail s'inscrit dans une analyse à la fois pratique et philosophique des manières de soigner. À l'un des extrêmes, la relation médicale avec un patient sans spécificité particulière pour le soignant et, à l'autre extrême, l'expérience et la gestion par le médecin de ses propres maladies [26-28]. Quel que soit l'emplacement du curseur entre ces deux extrêmes, il doit toujours articuler les aspects professionnel et personnel, du professionnel vers la personne, et réciproquement, ou les aspects personnel et professionnel du médecin. Cette question est toujours difficile et soulève un certain nombre de problèmes éthiques pour le soignant [29]. Dans tous les cas, les trois niveaux de l'implication, de l'intervention et de l'information sont simultanément présents à des



Pour la pratique

- La confrontation des internes en formation à la santé des proches est toujours difficile. Elle présente de nombreux risques. La modification du cadre et du raisonnement médical peut retentir sur le patient, les relations personnelles, les relations avec les autres soignants et sur l'interne lui-même.
- Même s'il peut s'efforcer de ne pas en tenir compte, et qu'il décide, consciemment ou non, qu'il n'est pas concerné par leur santé, l'interne en formation ne peut pas refuser de prendre sa place auprès de ses proches.
- Pour les internes, vis-à-vis de leurs proches, il s'agit de rester en retrait sur le plan médical pour pouvoir garder sa place de proche, en étant un soutien et un accompagnant, disponible et rassurant : « être à côté mais jamais devant la maladie de ses proches ».

degrés variés. Ainsi, la question est celle de la relation entre les maladies, les personnes (patients, proche, soi-même) et les soignants.

Ce positionnement est inévitable. L'IMG ne peut pas « oublier » qu'il est un médecin en formation même s'il peut s'efforcer de ne pas en tenir compte. Il ne peut pas refuser de prendre sa place auprès de ses proches même s'il décide, consciemment ou non, qu'il n'est pas concerné par leur santé. Au bout du compte, ce positionnement est toujours difficile et fondé sur les histoires de vie, les valeurs et représentations, largement implicites, et qui s'inscrivent dans le cadre du *hidden curriculum*, cette acculturation à la médecine et au monde médical. Comme les autres aspects, notamment la gestion des émotions et des fragilités telles qu'elles apparaissent lors d'erreurs médicales, il gagne à être éclairé dans le cadre d'une formation, de groupes de type Balint, et d'une gestion appropriée par les institutions médicales. Même s'il est dépendant des valeurs médicales dominantes, des représentations et des pratiques, il est aussi spécifique pour chacun. Il ne peut être que partiellement cadré par des lois ou des guides de bonne pratique. Chacun fait ce qu'il peut pour s'en débrouiller mais ce n'est pas une raison pour ne pas le travailler ni être aidé à le faire.

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Mossman D. Should you prescribe medications for family and friends? *Curr Psychiatry* 2011 ; 10 (6) : 41-51.
2. Galam E, Debru A. Le questionnement éthique, une méthode de décision et d'apaisement. Annonce d'un dommage Associé aux Soins. HAS, 2011, Disponible à l'adresse suivante : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_guide.pdf.

3. Scarff JR, Lippmann S. When physicians intervene in their relatives' health care. *HEC Forum* 2012 ; 24 (2) : 127-37.
4. Beguin M. *Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches* [thèse d'exercice, médecine]. Grenoble : université Joseph-Fourier, 2013.
5. Giannini A. « Wearing two hats » : when a physician has a family member admitted to ICU. *Minerva Anestesiol* 2012 ; 78 (1) : 13-4.

6. Collège des médecins du Québec. *Code de déontologie des médecins*. Disponible sur : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-code-de-deontologie-des-medecins.pdf?t=1457859717849> (Internet [consulté le 13 juillet 2017]).
7. Conseil national de l'Ordre des médecins. *Code de déontologie médicale*. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/code-deont.pdf> (Internet [consulté le 13 juillet 2017]).
8. Galam E. Soigner les soignants. La formation implicite des médecins et leurs fragilités. *Medecine* 2015 ; 11 (9) : 388-9.
9. Galam E, Multon R. Disagreements between GP trainees and their seniors. Management and impacts on the hidden curriculum. Qualitative study of 37 situations in Paris. *Presse Med* 2016 ; 45 (3) : e39-50.
10. Galam E. Becoming doctor: highlight the hidden curriculum. Medical error as an example. *Presse Med* 2014 ; 43 (4 Pt 1) : 358-62. doi: 10.1016/j.lpm.2013.06.031 (Epub 2014 Jan 17).
11. Madec N. *La prévention au sein de la famille du médecin généraliste, description à partir d'une enquête menée auprès de 100 conjoints* [thèse d'exercice, médecine]. Université de Nantes, 2010.
12. Boscherel ÉP, Toumelin S. *La prise en charge médicale de la famille du médecin généraliste (conjoint et enfants)* [thèse d'exercice, médecine]. Université Rennes 1, 2008.
13. Dagnicourt P. *Soigner ses proches, une attitude à raisonner ? Réflexion sur les interférences entre la relation de soin et la relation préexistante par enquête qualitative* [thèse d'exercice, médecine]. Université d'Angers, 2012.
14. Marin Marin L. *Positionnement des internes en médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches : enquête quantitative et qualitative auprès des internes du département de médecine générale de Paris-Diderot* [thèse d'exercice, médecine]. Université Paris Diderot-Paris 7, UFR de médecine, 2013.
15. Masson L. *Le médecin généraliste face à la demande de soins de ses proches. Quelle est la demande ? Comment le médecin peut-il y répondre ? Quels problèmes cela lui pose-t-il ? L'expérience de 47 médecins généralistes installés en ville nouvelle* [thèse d'exercice, médecine]. Université Paris 5-Necker, 1996.
16. Vallerend V. *Quand le médecin généraliste soigne sa famille : enquête en Basse-Normandie* [thèse d'exercice, médecine]. Université de Caen, 2009.
17. Bonvalot V. *Médecin traitant de sa propre famille, différence de pratique dans la relation thérapeutique intrafamiliale, enquête auprès de médecins généralistes du Var* [thèse d'exercice, médecine]. Université de la Méditerranée, faculté de médecine de Marseille, 2009.
18. 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, médecine]. Université Toulouse III, 2005.
19. Peltz-Aim 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, médecine]. Université Paris 7-Denis Diderot, 2012.
20. Cottureau S. *Les médecins généralistes soignent-ils leurs parents ? (Père et mère) Réflexions sur les motivations pour ou contre cette pratique au travers d'analyses quantitative (255 réponses à un questionnaire) et qualitative (10 entretiens semi-directifs ciblés)* [thèse d'exercice, médecine]. Angers, 2011.
21. Chen FM, Feudtner C, Rhodes LA, Green LA. Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook. *West J Med* 2001 ; 175 (4) : 236-9.
22. Oberheue K, Jones JW, Sade R. A surgeon operates his son: Wisdom or Hubris? *Ann Thorac Surg* 2007 ; 84 : 723-8.
23. Delmas V. *Soigner ses proches : une erreur ?* [thèse d'exercice]. Université Lyon 1, 2014.
24. Joffre Berthomme B. *Quels médecins pour les enfants de médecins généralistes ? À propos d'une enquête réalisée auprès de 186 médecins généralistes libéraux du Rhône* [thèse d'exercice, médecine]. Lyon, 2001.
25. Bouhafs S. *Avoir un médecin généraliste dans sa famille : quels impacts vis-à-vis de sa propre santé ? Étude qualitative en Ile de France* [thèse d'exercice, médecine]. Université Paris 7-Denis Diderot, 2016.
26. Lhote M. *Soigner un médecin malade : quelles spécificités ? Étude qualitative auprès de médecins franciliens* [thèse d'exercice, médecine]. Université Paris 7-Denis Diderot, 2011.
27. Galam E. Soigner les médecins malades. Première partie : un patient (pas tout à fait) comme les autres. *Medecine* 2013 ; 9 (9) : 420-3.
28. Galam E. Soigner les médecins malades. Seconde partie : quels médecins soignants ? *Medecine* 2013 ; 9 (10) : 471-4.
29. Kerrigan J, Rovelstad S, Kodner IJ, La Puma J, Keune JD. All in the family: how close is too close? The ethics of treating loved ones. *Surgery* 2011 ; 149 (3) : 433-7.



Vous souhaitez recruter un médecin pour compléter votre équipe médicale ?

Pour une diffusion maximale de votre petite annonce

- > dans la revue de votre choix parmi toutes nos revues
- > sur notre site www.jle.com

- Contactez Corinne Salmon
01 46 73 06 63
corinne.salmon@jle.com
- ou connectez-vous sur la rubrique Petites annonces de notre site www.jle.com