

Intérêt et pertinence d'une formation  
« *Comment répondre à une demande de soins d'un proche ?* »  
pour les médecins généralistes en formation professionnelle

**Elaboration et évaluation d'une formation testée en  
Belgique francophone**

Travail de fin d'études  
**Master de Spécialisation en Médecine Générale**

-

Université Catholique de Louvain  
Année académique 2022 - 2023

**Dr Isis-Marie de Dorlodot**  
**Promoteur : Prof. Guy Beuken**

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail de fin d'études a été possible grâce au soutien de plusieurs personnes que je remercie de tout cœur, en particulier :

Le Professeur Guy Beuken, promoteur de ce travail de fin d'études, pour ses conseils constructifs, sa disponibilité et sa relecture.

Les médecins-animateurs de séminaire qui ont accepté que la formation soit testée dans leur séminaire de médecins généralistes en formation professionnelle.

Les médecins généralistes en formation professionnelle qui ont participé à la formation et à l'évaluation de celle-ci.

Ma sœur Giulia, pour son aide avec le programme Excel.

William, mon époux, pour tout.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** Les jeunes médecins éprouvent des difficultés à se positionner sur la manière de répondre à une demande de soins d'un proche. Or le sujet n'est pas abordé dans le cursus universitaire en Belgique francophone. Les objectifs de ce travail sont d'élaborer une formation « *Comment répondre à une demande de soins d'un proche ?* », d'évaluer la pertinence de former les MGFP au sujet et enfin d'apprécier l'intérêt de proposer la formation dans le master de spécialisation en médecine générale.

**MÉTHODE.** Une revue de littérature a permis d'élaborer une formation qui a été testée dans dix séminaires en Belgique francophone et évaluée par les participants (médecins généralistes en formation professionnelle et médecins-animateurs de séminaires) via questionnaire.

**RÉSULTATS & DISCUSSION.** La revue de littérature a permis d'éclairer les enjeux inhérents aux demandes de soins des proches et les facteurs à considérer pour y répondre. La formation a été évaluée par 164 participants. Les résultats montrent que 97,9% des médecins généralistes en formation professionnelle ont appris des choses, que la formation a aidé 93,1% d'entre eux à se forger leur propre opinion sur le sujet et que 75,7% géreront différemment certaines demandes de soins de proches dans le futur. Des différences selon l'année d'assistantat et l'université ont été observées. Finalement, 97,6% des participants ont estimé que ce type de formation devrait être donné en master de spécialisation en médecine générale : 52,4% obligatoirement et 45,1% en option. La formation devrait idéalement être proposée en milieu de première année d'assistantat sous forme de séminaire interactif mêlant théorie et partage d'expériences personnelles.

**CONCLUSION.** Cette étude confirme l'intérêt et la pertinence d'une formation « *Comment répondre à une demande de soins d'un proche ?* » pour les médecins généralistes en formation professionnelle en Belgique francophone.

**DESCRIPTEURS/MOTS-CLÉS :** médecin de famille (QS41), relation médecin-patient (QD12), médecin en tant que soignant (QD2), éthique professionnelle (QE2), méthode pédagogique (QT11), formation professionnelle (QT22), organisation de l'enseignement (QT12), lecture critique de littérature (QT33) proche (*relative*), famille, ami.

# TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS .....	1
DÉFINITIONS .....	2
INTRODUCTION .....	3
METHODOLOGIE.....	5
1. Type d'étude .....	5
2. Les trois phases de l'étude .....	5
2.1. Revue de littérature et élaboration du prototype de formation .....	5
2.2. Présentation de la formation en séminaire de médecins généralistes en formation professionnelle .....	6
2.2.1. Recrutement.....	6
2.2.2. Echantillonnage .....	6
2.2.3. Précautions éthiques .....	6
2.2.4. Présentation de la formation.....	7
2.3. Evaluation de la formation .....	7
2.3.1. Collecte des données.....	7
2.3.2. Analyse des données .....	8
RESULTATS.....	8
1. Que nous apprend la littérature ? .....	8
1.1. Epidémiologie .....	8
1.2. Relation médecin-patient proche.....	9
1.2.1. Avantages .....	9
1.2.2. Difficultés.....	9
1.2.3. Risques.....	10
1.3. Peut-on soigner ses proches ? .....	11
1.3.1. Considérations légales .....	11
1.3.2. Considérations déontologiques .....	11
1.3.3. Considérations éthiques .....	12
1.4. Comment répondre à une demande de soins d'un proche ?.....	12
1.4.1. Facteurs à considérer afin de déterminer sa réponse .....	12
1.4.2. Si on refuse : comment l'annoncer ? .....	15
1.4.3. Si on accepte : dix conseils pratiques .....	15

1.5.	Discussion .....	16
1.5.1.	Ecart entre la littérature et la pratique .....	16
1.5.2.	La déontologie comme guide .....	17
1.5.3.	Se forger sa propre opinion .....	17
1.5.4.	γνώθι σεαυτόν : se connaître soi-même .....	18
1.5.5.	Prendre la bonne décision .....	18
2.	Elaboration du prototype de formation .....	18
3.	Présentation de la formation en séminaire de médecins généralistes en formation professionnelle .....	19
4.	Evaluation de la formation par questionnaire .....	20
4.1.	Caractéristiques de l'échantillon .....	20
4.2.	Contenu de la formation.....	21
4.3.	Format pédagogique de la formation.....	25
4.4.	Questions de conclusion.....	26
DISCUSSION	.....	29
1.	Intérêt de la formation .....	29
1.1.	Pourquoi ? .....	29
1.2.	L'influence de l'année d'assistantat .....	30
1.3.	L'influence de l'université .....	30
2.	Tendre vers le modèle de formation le plus pertinent possible.....	31
2.1.	Quoi : Sous quel format ? .....	31
2.2.	Qui ?.....	31
2.3.	Quand ? .....	32
2.4.	Où ? .....	32
2.5.	Comment : en option ou obligatoire ? .....	32
3.	Forces et limites de ce travail de fin d'études .....	33
3.1.	Forces.....	33
3.2.	Limites .....	34
4.	Perspectives futures .....	35
CONCLUSION	.....	36
BIBLIOGRAPHIE	.....	38
ANNEXES	.....	41

# ABRÉVIATIONS

**AMA** = American Medical Association

**MGFP** = médecins généralistes en formation professionnelle = assistants en médecine générale

**MGFP1 / MGFP2 / MGFP3** = médecins généralistes en formation professionnelle de 1<sup>e</sup> année / 2<sup>e</sup> année / 3<sup>e</sup> année

**CCFFMG** : Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale

**CEHF** : Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire (Saint-Luc – UCL)

**DSP** = demande de soins d’un proche

**GEIMG** : Groupe d’éthique interuniversitaire pour la médecine générale

**GLEM** = Groupe local d’évaluation médicale

**MAS** = médecin-animateur de séminaire de médecins généralistes en formation professionnelle

**MT** = médecin traitant

**MG** = médecin généraliste

**p** = participant (=> 5p = cinq participants).

**UCL** = UCLouvain = Université Catholique de Louvain

**ULB** = Université Libre de Bruxelles

**ULG** = ULiège = Université de Liège

## DÉFINITIONS

**Proche** = toute personne avec qui le médecin entretient une relation affective par ailleurs, c'est-à-dire un membre de la famille (parent, conjoint, enfant, grands-parents, cousin...) ou un ami.

**Demande de soins (DSP)** = tout type de demande de soins (avis médical, prescription médicamenteuse, certificat médical, dépannage, suivi comme médecin traitant...) et ce dans tout contexte (que ce soit au cabinet ou de façon informelle lors d'une fête de famille, par SMS etc).

**Médecin généraliste en formation professionnelle** = assistant en médecine générale.

**Séminaire de médecins généralistes en formation professionnelle** = séminaire loco-régional ou SLR à l'UCLouvain = séminaire de pratique médicale accompagnée ou SPMA à l'ULB = séminaire 1/15 à l'ULiège. Ces séminaires font partie du cursus académique de master de spécialisation en médecine générale et sont donnés dix-sept fois par an lors des trois années d'assistantat.

**Module Z** : deux semaines de cours obligatoires spécifiques aux médecins généralistes en formation professionnelle, juste avant de débiter la 1<sup>e</sup> année d'assistantat (à l'UCLouvain).

## INTRODUCTION

**« On te demande juste un avis médical ! C'est comme quand un ami me demande un conseil à propos de la finance. »** Dixit un oncle banquier (qui ne comprenait pas pourquoi je refusais de répondre favorablement à une demande de soins pour mon grand-père).

-----

**99% des médecins ont déjà été sollicités par un proche pour une demande de soins (1-3).**

-----

Que ce soit pour un avis médical, un certificat de non contre-indication au sport, un diagnostic, une prescription médicamenteuse, un « dépannage » le week-end par facilité, un avis dermatologique sur une photo envoyée par Whatsapp... les demandes de soins de mes proches (DSP) sont récurrentes. Plusieurs situations vécues ont été compliquées à gérer, que je réponde favorablement ou non à la DSP.

En effet, même si elle comporte des avantages, les difficultés et risques engendrés par la relation médecin-patient proche sont nombreux (cfr point 1.2 des résultats). Les jeunes médecins ont plus de difficultés à se positionner sur le sujet que leurs confrères plus expérimentés (4). Selon une étude en France, plus de 91% des médecins généralistes en formation éprouvent des difficultés pratiques ou dans le vécu de la situation face aux DSP (3).

C'est pourquoi de nombreux auteurs insistent sur l'intérêt de former les médecins au sujet.

En 1991, La Puma et al. estiment nécessaire de proposer aux médecins des forums pour discuter des conflits inhérents à la prise en charge de membres de leur famille (1). Cette idée de forum est aussi suggérée par Chen et al. en vue de partager ses sentiments personnels et les attentes conflictuelles des médecins et proches (5).

En 2012, une revue systématique (s'intéressant aux caractéristiques des médecins qui soignent leurs proches et aux raisons d'accepter ou non une DSP) a montré que plusieurs études encouragent les facultés de médecine à enseigner les enjeux éthiques, déontologiques et légaux de la prise en charge des proches (6). D'autres auteurs mettent en avant le rôle des médecins-enseignants (7,8).

Plus récemment, Girolodi et al. suggèrent que permettre des discussions de groupes pourrait fournir une belle opportunité d'éducation aux jeunes médecins, en augmentant leur confiance à gérer les DSP et en leur permettant de créer leur propre stratégie personnelle pour répondre aux DSP (4).

Dans leur étude en France portant sur le positionnement des MG en formation face aux problèmes de santé de leurs proches, Makovec et Galam estiment que celui-ci faisait jusqu'à présent partie du *hidden curriculum* « *qui transforme une personne en médecin par imprégnation progressive et implicite des normes culturelles du monde professionnel* ». Les auteurs concluent qu'il y a lieu de sensibiliser les médecins pendant la formation médicale semble nécessaire « *dans le cadre d'une formation, de groupes Balint et d'une gestion appropriée par les institutions médicales* » (3).

En 2022, Mücke et al. jugent que la question devrait être adressée aussi bien lors des études du premier cycle que lors de la formation professionnelle (assistantat) et même pendant la formation médicale continue (2).

Or, le sujet n'a jamais été abordé de façon formelle dans nos études à l'UCLouvain. Après un tour d'horizon auprès de mes confrères et consœurs de l'ULB et de l'ULiège, je me suis rendue compte que ce vide dans le cursus universitaire concernait tous les médecins généralistes en formation professionnelle (MGFP) en Belgique francophone.

Si les études quantitatives, qualitatives et revues systématiques parcourues interrogent les médecins par rapport aux DSP et proposent en perspectives futures de les former dans le cadre du cursus universitaire ou via des forums et discussions de groupes, aucune, à notre connaissance, n'évalue plus précisément une manière de former les jeunes médecins au sujet.

Par ce TFE, j'ai donc décidé de réfléchir à une manière de former les MGFP en Belgique francophone sur le sujet « Comment répondre à une DSP ? ».

Le premier objectif de ce TFE est de synthétiser la littérature sur la manière de répondre à une DSP lors d'une formation interactive destinée aux MGFP pour les aider à se forger leur propre opinion sur ce sujet qui les concerne tous. Le deuxième objectif de ce TFE est d'évaluer la pertinence de former les MGFP à affronter ce type de situations et d'évaluer l'intérêt de proposer une formation « *Comment répondre à une DSP ?* » dans le master de spécialisation en médecine générale.

# METHODOLOGIE

## 1. Type d'étude

Une revue de la littérature sur la manière de répondre à une demande de soins d'un proche a permis l'élaboration d'un prototype de formation sur le sujet destiné aux MGFP. La formation a été testée dans des séminaires de MGFP en Belgique francophone. Les participants ont ensuite évalué la formation à l'aide d'un questionnaire. Les données récoltées ont été analysées quantitativement et qualitativement.

## 2. Les trois phases de l'étude

### 2.1. Revue de littérature et élaboration du prototype de formation

Une recherche exploratoire sur « la prise en charge de ses proches » a été menée en janvier et février 2021 dans différentes bases de données. La littérature grise a également été parcourue (sur MGTFE, Google Scholar, CISMef, LiSSa...) afin de définir les zones d'ombre du sujet. De là est née l'idée de s'intéresser plus particulièrement à l'intérêt de former les MGFP au sujet.

Une recherche de littérature plus précise a été réalisée en 2021 et 2023 en utilisant comme mots-clés « *physician* », « *general practitioner* », « *family* », « *friend* », « *relative* », « *physician-patient relations* » et « *medical care* ». Les critères d'inclusion étaient la langue (anglais, français et néerlandais) et les articles publiés à partir de 2001. Les résultats trouvés sont issus des bases de données PubMed, Embase, TRIP Database, PsycINFO, LiSSa, CISMef et Minerva. Les recherches effectuées dans Scopus, ScienceDirect, Cairn, UpToDate, EBPracticeNet, Cochrane, CDLH et Dynamed n'ont pas été fructueuses. Les équations de recherche utilisées dans chaque base de données se trouvent en annexe 1.

Entre janvier et avril 2021, onze articles ont été sélectionnés. Les résultats ont été réactualisés en janvier 2023, ce qui a permis la sélection de quatre nouveaux articles. D'autres mots-clés ont été ajoutés (« *teaching* », « *traineeship* » et « *curriculum* ») mais n'ont pas donné de résultats pertinents.

En remontant les références des articles, neuf publications ont été ajoutées, dont trois datant d'avant 2001 mais citées par la majorité des autres auteurs. De plus, un article trouvé sur

Google Scholar lors de la recherche exploratoire mais non repris via les équations de recherche a été sélectionné.

Au total, vingt-cinq articles ont ainsi été analysés. A cela s'ajoutent six sources sélectionnées lors des recherches à propos de la législation et des codes de déontologie.

Les informations récoltées lors de la revue de littérature ont permis d'élaborer un prototype de formation sur la manière de répondre à une demande de soins d'un proche.

## 2.2. Présentation de la formation en séminaire de médecins généralistes en formation professionnelle

### 2.2.1. Recrutement

En novembre 2022, un e-mail a été envoyé à douze médecins-animateurs de six séminaires loco-régionaux de l'UCLouvain pour leur proposer de tester la formation dans leur séminaire (annexe 2). Ils ont tous accepté. Les séminaires avaient été sélectionnés sur base de leur localisation et de l'année d'étude des MGFP, afin d'avoir un échantillon hétérogène. Les médecins-animateurs de séminaires (MAS) SPMA de l'ULB et 1/15 de l'ULiège ont été contactés par e-mail en février et mars 2023, sur recommandation de MAS déjà rencontrés (technique du snowball sampling). Les médecins-animateurs de deux séminaires SPMA à l'ULB et de deux séminaires 1/15 à l'ULiège ont accepté. Un MAS de l'ULiège proposait que la formation soit testée dans ses deux séminaires à condition d'intervenir maximum 45 à 50 minutes. Nous avons refusé sa proposition pour maintenir une cohérence dans l'étude en analysant des formations aux durées et contenus similaires.

En début de séminaire, les MGFP ont été invités par voie orale à participer à l'étude.

### 2.2.2. Echantillonnage

De fin janvier à fin mars 2023, la formation a été testée dans dix séminaires de MGFP de 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année de l'UCLouvain, l'ULB et l'ULiège. Les MGFP étaient invités à participer activement à la formation et à remplir le questionnaire d'évaluation. Les MAS étaient invités à assister passivement à la formation (sans intervenir) et à compléter le questionnaire d'évaluation.

### 2.2.3. Précautions éthiques

Suite à l'avis du GEIMG (annexe 3), le projet de TFE a été soumis au Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL (CEHF). Le CEHF a émis un avis favorable le 9/01/2023 (annexe 4).

La nature et le but de l'étude ont été expliqués oralement aux participants avant de débiter la formation. Ils ont été invités à signer un document d'information et de consentement éclairé (annexe 5). Les consignes de confidentialité concernant les partages d'expériences personnelles des participants (de mise lors de tout séminaire) ont été rappelées. La formation n'était pas enregistrée.

#### 2.2.4. Présentation de la formation

L'investigatrice animait seule la formation d'une durée d'environ 1h10. Celle-ci consistait en une alternance d'informations théoriques et de participation active des MGFP.

### 2.3. Evaluation de la formation

#### 2.3.1. Collecte des données

Un questionnaire d'évaluation anonyme sous format papier a été distribué aux MGFP ainsi qu'aux MAS à l'issue de la formation (annexe 6).

Le questionnaire comportait quatre sections et prenait environ cinq minutes à compléter. La première section reprenait des informations sur le participant (genre, année d'assistantat, université, âge, type et lieu de pratique). La deuxième section évaluait le degré de satisfaction des participants par rapport au contenu de la formation via une échelle de Likert à choix forcé. Cette section comportait initialement cinq questions, mais une sixième question (la Q13) a été ajoutée à l'issue du premier séminaire. La troisième section évaluait la satisfaction des participants concernant le format pédagogique de la formation, via quatre questions à choix multiples. La quatrième section de conclusion comportait deux questions à choix multiples et une question ouverte pour évaluer la pertinence de proposer ce type de formation dans le cursus du master de spécialisation en médecine générale.

Une seule réponse était attendue par question, avec la possibilité de la commenter. Certains participants ont malgré tout entouré plusieurs réponses (surtout pour les Q9 et 11). Nous avons estimé plus pertinent d'inclure la plupart dans les résultats.

Les participants arrivés plus de dix minutes après le début de la formation ont pu suivre la formation mais ont été exclus de l'étape d'évaluation de la formation.

### 2.3.2. Analyse des données

Les données des questionnaires ont été retranscrites dans un tableau Excel pour faciliter leur analyse. Les questions à choix multiple ont été analysées de manière quantitative et les commentaires ont été analysés de manière qualitative grâce à une analyse thématique. Les données quantitatives des MGFP et des MAS ont été analysées séparément.

## RESULTATS

### 1. Que nous apprend la littérature ?

Le contenu théorique de la formation est basé sur la revue de littérature. Etant restreinte par la longueur maximale de ce TFE, en voici seulement un résumé organisé en quatre points (tout comme la formation : cfr Powerpoint annexe 7). Les informations données aux participants lors de la formation étaient plus complètes et illustrées d'exemples concrets.

#### 1.1. Epidémiologie

Selon la littérature, 99% des médecins ont déjà un jour été confrontés à une DSP (1-3). Les jeunes médecins sont aussi nombreux à être sollicités que leurs confrères plus âgés (1,3).

95 % des médecins répondent parfois ou quasi toujours favorablement aux DSP (1,2). Trois facteurs indépendants influencent la fréquence des réponses favorables : l'âge du médecin (les seniors acceptent plus que les jeunes) (1,2,4,6,9), le sexe (les hommes acceptent plus que les femmes) (2,6,9) et la zone de pratique (les médecins travaillant en zone rurale acceptent plus que leurs confrères de la ville) (2,6,9).

Une étude récente portant sur 393 médecins généralistes dans une région d'Allemagne a mis en évidence que 84% d'entre eux étaient le MT d'au moins un membre de leur famille (2). Cette étude a été analysée par Minerva, qui juge l'étude correctement menée et les contextes de soins de santé belge et allemands comparables mais indique ne pas savoir si les chiffres sont extrapolables à la Belgique (10).

59% des médecins ont déjà refusé minimum une fois une DSP (1,2), surtout parmi les jeunes (1,4).

## 1.2. Relation médecin-patient proche

### 1.2.1. Avantages

La relation médecin-patient proche comporte divers avantages, tant pour le patient que pour le médecin.

Les avantages pour le **patient** sont le côté pratique (2,3,6,9,11,12), la facilité et l'accessibilité du médecin-proche (3,11), la confiance en celui-ci (2,3,7,11,13), le traitement de faveur que le patient peut recevoir (1,3,11) et la réduction des coûts (1,2,6,7,11,12).

Les avantages pour le **médecin** sont le côté pratique (2,6,7,9,13), l'aspect gratifiant (se sentir fier et utile, désir d'être aimé et approuvé) (1,3,6,14), le sentiment de fournir de meilleurs soins à son proche (plus d'expérience, connaissance plus approfondie du proche ou plus d'attention et de disponibilité qu'un autre médecin) (1,4,6,7,9,15) et l'aspect financier (moins cher de soigner son enfant par ex. que de l'emmener chez un autre médecin) (2,6,9).

### 1.2.2. Difficultés

La relation médecin-patient-proche est source de difficultés.

La difficulté unanimement évoquée dans la littérature est le **manque d'objectivité**, qui est d'autant plus important que la proximité relationnelle augmente (1-4,6,8,9,11,12,15-18).

De par la **dualité des rôles**, c'est-à-dire le fait d'osciller entre le rôle de médecin pour le proche et le rôle de proche pour le proche, les jugements professionnel et émotionnel du médecin peuvent entrer en conflit (1-3,5,9,11,12,19-22).

Il ne faut pas négliger la **complexité émotionnelle** à soigner ses proches notamment lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle (3), lors de la gestion de l'insatisfaction quant aux soins ou lors du refus d'un certificat médical (23).

Le médecin qui répond à une DSP se retrouve souvent face à un **manque d'informations** médicales (1,3,6,9,13,19,23). En effet, le contexte de consultation est souvent informel (2,3). L'examen clinique est rarement complet, surtout lorsqu'il s'agit d'un examen intime (1,3,12,17). L'anamnèse personnelle est souvent limitée par gêne du médecin ou par rétention d'informations consciente ou inconsciente du proche (3,12,16,17,19,23).

Une autre difficulté est la discordance entre les **attentes** du proche (par exemple une disponibilité constante) et celles du médecin (5,19).

Enfin, le sentiment d'être mis sous **pression** par les proches (7,9), l'obligation de réussite (3) et la peur de l'erreur (3,4,6) sont d'autant plus importants lorsque le patient est un proche.

### 1.2.3. Risques

La relation médecin-patient proche comporte plusieurs risques.

Un des risques principaux est l'impact sur la **qualité des soins** (3,9,11,23,24). Le manque d'objectivité induit un risque de surmédicalisation (tel l'augmentation des examens complémentaires) ou au contraire de sous-médicalisation (tels la banalisation des plaintes ou la fausse réassurance) (1,7,11,12,15,19,25). Les anamnèses, examens cliniques et dossiers médicaux incomplets impactent également la capacité à fournir des soins complets (1,2,6,7,11). La continuité des soins peut être compromise si les informations ne sont pas transmises au médecin traitant du proche (le cas échéant) (4,7). La relation de familiarité avec le proche peut induire un manque de compliance (3,16,23,25). Les conflits d'intérêts cachés (comme le fait d'accepter une prescription pour faire plaisir) peuvent également entacher la qualité des soins (7). De plus, le médecin peut se sentir obligé d'accepter un soin en dehors de son champ de compétence (7,17).

Un autre risque est celui de **tensions** affectant négativement la relation personnelle avec le proche (7,11,12,17,19). Le risque de conflits familiaux est également présent, surtout s'il y a erreur médicale ou effets indésirables d'un médicament (1,17,19,21,25).

Les risques sont aussi **déontologiques**. L'autonomie du patient peut être diminuée (7,11,17,19,21,23). Par exemple, solliciter un second avis dans une relation médicale est considéré comme normal mais peut être perçu comme un manque de confiance dans une relation privée (23) et le proche pourrait être réticent à le faire (7,17). Certains aspects du consentement éclairé risquent de ne pas être respectés (7,11,17,23). La confidentialité peut être plus difficile à respecter dans une famille (3,7,11,16,19,23).

Enfin, **accepter** une fois une DSP risque d'entraîner des demandes d'autant plus fréquentes et importantes par la suite (4,13). Ces futures DSP peuvent être plus difficiles à refuser (13).

### 1.3. Peut-on soigner ses proches ?

#### 1.3.1. Considérations légales

En Belgique, la loi n'interdit pas de soigner ses proches. La loi du 22/08/2002 relative aux droits des patients n'aborde même pas la question. Certaines incompatibilités légales existent cependant (notamment dans le cadre de la désignation d'un administrateur de biens) (26).

L'INAMI autorise les médecins à facturer des soins aux membres de leur famille, tel que rappelé dans une note de leur service juridique en 07/2022 (27).

Ailleurs dans le monde il peut être illégal de soigner ses proches, notamment dans certains Etats américains (18). De plus, certaines assurances médicales comme Medicare aux Etats-Unis ne remboursent pas les soins prodigués à un proche (28).

#### 1.3.2. Considérations déontologiques

- **Dans le Monde**

La plupart des codes de déontologie dans le monde anglo-saxon (dont celui de l'American Medical Association (AMA)) se basent sur les écrits de Thomas Percival (29). Ce médecin anglais fut le premier à poser les prémisses éthiques de la prise en charge de proches dans *Medical Ethics* en 1803 (30). Il y écrit qu'« *un médecin touché par la maladie est souvent un juge incompetent de son propre cas, et que l'anxiété naturelle, la sollicitude qu'il éprouve face à la maladie de son épouse ou enfant ou tout autre personne qui par des liens de sang est rendue chère à ses yeux, tend à obscurcir son jugement et à produire de la timidité et de l'irrésolution dans sa pratique* » (30).

A ce jour, toutes les organisations médicales n'ont pas émis de guidelines sur le sujet, mais celles qui en ont publié recommandent de ne pas traiter ses proches sauf circonstances exceptionnelles (2,7,8). Ces circonstances exceptionnelles sont définies par l'AMA comme étant les cas d'urgence, lorsqu'aucun autre médecin n'est disponible, et les pathologies mineures et à court terme (17).

- **En Belgique**

Aucun des quarante-cinq articles du Code de déontologie médicale n'aborde le sujet.

En 2022, l'Ordre des Médecins a publié un Avis intitulé « *Aspects déontologiques de la relation de soins entre un médecin et un patient avec lequel il entretient par ailleurs une relation affective ou amicale* » (23).

L'Ordre n'interdit pas de soigner ses proches, mais estime que ce n'est pas toujours opportun. Il recommande d'être vigilant à la qualité des soins, à l'autonomie du patient, à la confidentialité et aux conflits d'intérêts ainsi qu'au bien-être du médecin. Il précise qu'il ne convient pas de délivrer de certificat médical à ses proches, en particulier si un avantage social ou contractuel en résulte (comme dans le cadre d'une assurance revenus garantis). De plus, il proscrit la prescription à ses proches de médicaments pouvant donner lieu à un abus.

L'Avis conclut que « *s'il appartient au médecin d'arbitrer les valeurs en cause lors de la prise en charge comme patient d'un proche, d'un ami ou de lui-même, il s'abstient en cas de doute sur la possibilité d'exercer son métier dans le respect de la déontologie* » (23). L'Ordre rappelle qu'un médecin a le droit de refuser les soins (sauf en cas d'urgence) et estime que les difficultés engendrées par la relation médecin-patient-proche sont une bonne raison d'encourager son proche à choisir un autre médecin traitant que soi-même.

### 1.3.3. Considérations éthiques

Les enjeux éthiques sont nombreux et d'autant plus problématiques que la proximité relationnelle augmente (7).

On peut citer les principes de bienfaisance (devoir d'assurer que les meilleurs soins sont rendus au patient par le médecin le plus compétent) (18,19), de non-malfaisance (fragilisé par manque d'objectivité avec pour conséquence un risque de surmédicalisation) (7,18,19) et d'autonomie du patient (7,18,19). Ces enjeux éthiques ont déjà été détaillés ci-dessus (cfr risques inhérents à la relation médecin-patient proche).

## 1.4. Comment répondre à une demande de soins d'un proche ?

### 1.4.1. Facteurs à considérer afin de déterminer sa réponse

Nous parcourons les facteurs à considérer avant de décider de répondre favorablement ou négativement à une DSP selon différents auteurs.

- **Classification des implications médicales en termes de risques de Fromme**

Le premier facteur à considérer est le type de demande de soins.

Fromme et al. proposent une classification en termes de risque des implications de médecins dans la prise en charge de leurs proches (15). Les implications à faibles risques sont celles où le médecin joue le rôle de conseiller pour son proche (comme aider à expliquer l'information médicale). Les implications à moyen risque sont par exemple la prescription d'un traitement déjà prescrit par le MT ou la (fausse) réassurance (suggérer que le proche ne doit pas s'inquiéter d'un problème ou consulter un autre médecin). Les implications à haut risque sont celles où le médecin prend le rôle de MT (prescrire des examens complémentaires ou un médicament qui n'est pas habituellement prescrit par le MT, prendre une décision sans impliquer le MT...).

Fromme et al. proposent ainsi de se poser la question « *pourrais-je m'impliquer dans cette action si je n'avais pas un diplôme de médecine ?* » (15) et d'être prudent si la réponse est « *non* ».

- **Six facteurs de Giroldi**

L'étude de Giroldi et al. met en évidence un facteur central et cinq facteurs additionnels que les médecins considèrent lorsqu'ils reçoivent une DSP et déterminent comment y répondre (4).

Le facteur central est l'orientation par rapport à la situation.

- Qui est le proche ?
- Que me demande-t-il ? Le type de demande est l'élément majeur.
- Où sommes-nous localisés ? Cela fait écho à Eastwood qui relate l'existence de *safezones* développées par certains médecins où ils se sentent libérés de leurs responsabilités médicales (en vacances par ex.) (19).

Après avoir considéré ce facteur central, les médecins s'intéressent à cinq facteurs additionnels.

- La nature et la force de la relation avec le proche.
- Le degré de confiance en ces connaissances et compétences (dont l'accès à une information médicale suffisante).
- Les conséquences attendues si l'on fait une erreur (peur de blesser physiquement le proche mais aussi de compromettre la relation personnelle).

- L'importance de l'équilibre vie professionnelle-vie privée (dont le fait de prévenir un nombre croissant de DSP).
- Le risque de déranger le processus médecin-patient (ne pas vouloir interférer dans la relation thérapeutique du proche avec son MT).

- **Sept questions de La Puma**

De manière plus pratico-pratique, La Puma et Priest proposent une série de sept questions à se poser, par ordre d'importance, afin de décider de répondre favorablement ou non à la DSP (25).

- 1) *« Suis-je formé pour répondre à la demande de soins de mon proche ?*
- 2) *Suis-je trop proche pour sonder l'histoire personnelle et le bien-être physique de mon proche et gérer l'annonce d'une mauvaise nouvelle le cas échéant ?*
- 3) *Puis-je être assez objectif que pour ne pas donner trop, ni trop peu de soins, ni des soins inappropriés ?*
- 4) *L'implication médicale est-elle susceptible de provoquer ou d'intensifier des conflits intrafamiliaux ?*
- 5) *Mes proches seront-ils plus compliants si le médecin n'est pas proche ?*
- 6) *Vais-je autoriser le médecin à qui je réfère mon proche à s'occuper de lui ?*
- 7) *Suis-je prêt à rendre des comptes à mes confrères et à la société pour cette prise en charge ? »* (25).

- **Autres facteurs**

Selon la revue systématique de Scarff et Lippmann, la décision d'intervenir dans les soins de santé d'un proche est influencée par l'attitude du médecin envers son proche, ses confrères et lui-même, la conscience et l'interprétation des guidelines déontologiques et des lois et une évaluation de la situation clinique (6).

Chen et al. expliquent le conflit de rôles du médecin-proche par des influences internes (être un proche dévoué et être un médecin consciencieux) et externes (attentes de ses proches et attentes des autres médecins) et proposent quatre catégories de questions (liées aux quatre types d'influences) à se poser pour clarifier son rôle et ses attentes dans la relation médecin-patient proche (5).

Selon Latessa et Ray, l'enjeu de précédent dans la famille est un autre facteur à considérer, en plus de la nature de la relation avec le proche, les compétences et connaissances du médecin, la sévérité de la maladie, la nécessité d'une anamnèse ou examen clinique intimes ainsi que les guidelines déontologiques et éthiques (13).

#### 1.4.2. Si on refuse : comment l'annoncer ?

La littérature évoque peu la manière dont il convient d'annoncer à son proche que l'on refuse sa demande de soins.

Latessa et Ray suggèrent de donner une information générale au proche et de le référer à son médecin traitant pour un avis plus complet, de cadrer la conversation ou de justifier par des raisons éthiques ou légales pourquoi il serait plus prudent de refuser la DSP (13).

Eastwood quant à lui propose une liste de phrases-types à utiliser en fonction des situations, par exemple « *Je suis heureux d'aider, mais comprend stp que je ne t'ai pas examiné* », « *Je me sentirais mieux si tu demandais à ton médecin* », ou encore « *Je suis désolé, mais je ne pense pas pouvoir faire ça parce que...* » (19).

#### 1.4.3. Si on accepte : dix conseils pratiques

A l'aide des informations trouvées dans la littérature, nous proposons dix conseils pratiques pour aider les médecins qui acceptent une DSP.

- 1) **Posez le cadre** et fixez les limites dès le départ en définissant les conditions de consultation, comme pour tout patient (31).
  - Définissez le type de demande auquel vous êtes d'accord de répondre (un avis médical ? un dépannage ? un suivi comme MT ?).
  - Soyez clair concernant vos horaires de disponibilité.
  - Privilégiez les consultations formelles au cabinet (12,23,31).
  - Réalisez l'examen clinique et l'anamnèse complets (1,19,31).
  - Documentez les soins dans le dossier médical (1,12,13,19,31).
- 2) **Communiquez** de manière claire et professionnelle avec votre proche (23). Soyez clairs concernant ses attentes et les vôtres (5,19).
- 3) Soyez conscient des **difficultés** et **risques** inhérents à la relation médecin-patient-proche. Evitez les investigations complémentaires excessives (31) tout comme la banalisation des plaintes par manque d'objectivité. Soyez conscients du conflit

potentiel entre vos rôles en tant que proche et en tant que médecin (5,19). Anticipez les risques de tensions relationnelles et de conflits familiaux (1,17,25).

- 4) Soyez attentifs à la **déontologie et aux enjeux éthiques** (7,8,23,31). Respectez l'autonomie du patient, le consentement éclairé et la confidentialité (16,19,23,31). Soyez conscients que l'Ordre des Médecins recommande de ne pas rédiger de certificats médicaux à un proche et interdit de leur prescrire des médicaments à risque d'abus (23).
- 5) **Connaissez-vous vous-même** (25)! N'hésitez pas à **référer** vers un confrère si vous estimez dépasser vos limites, manquer de compétences (6), ne pas pouvoir surmonter les difficultés et risques de la DSP ou ne pas pouvoir y répondre en respectant la déontologie (23).
- 6) Gardez une certaine **indépendance** vis-à-vis de votre proche (soyez capable de dire non aux demandes injustifiées) (23) et osez faire valoir votre rôle de médecin.
- 7) **Relayez** l'information au MT du proche le cas échéant (7,17), après accord de celui-ci.
- 8) Osez aborder et clarifier l'aspect **financier** de la consultation (31). Demander des honoraires à un proche permet d'établir une relation professionnelle avec celui-ci (19). Ne pas demander d'honoraires peut favoriser un sentiment d'endettement du proche envers le médecin (31). Dans le contexte belge, nous invitons le médecin qui ne souhaite pas faire payer le ticket modérateur à son proche à expliquer à celui-ci qu'il sera en grande partie rémunéré par la mutuelle, pour éviter que le proche ne se sente redevable vis-à-vis du médecin.
- 9) Soyez attentifs à **l'équilibre** entre votre vie professionnelle et votre vie privée (4,23).
- 10) **Echangez** avec vos confrères (via appel téléphonique, en séminaire, dans un groupe Balint (3,5), en GLEM...).

## 1.5. Discussion

### 1.5.1. Ecart entre la littérature et la pratique

95% des médecins répondent parfois ou presque toujours favorablement aux DSP alors que la majorité des articles déconseillent de soigner ses proches. Il existe donc un énorme décalage entre ce que prône la littérature et ce que font vraiment les médecins (7,11).

Vu les nombreuses difficultés et risques inhérents à la relation médecin-patient proche, on peut comprendre pourquoi la littérature recommande de ne pas soigner ses proches ou d'être

prudent lorsqu'on accepte une DSP. Néanmoins, dans certains cas, la bienveillance, la loyauté et la disponibilité d'un médecin-proche surpassent l'objectivité et l'expérience médicale attendue d'un médecin qui n'est pas proche (25).

Ainsi, certains auteurs remettent en question les codes de déontologie comme celui de l'AMA (qui recommande de ne pas soigner ses proches sauf circonstances exceptionnelles) parce qu'ils seraient insuffisants, ne reflèteraient pas la réalité du terrain (5,11) ou sous-estimeraient la plus-value qu'un médecin peut parfois apporter à son proche (5).

#### 1.5.2. La déontologie comme guide

Plusieurs articles évoquent la nécessité de guidelines plus élaborées (2,5,11,18). Celles-ci devraient idéalement éclairer la prise de décision du médecin plutôt que d'édicter des règles absolues.

L'Ordre des médecins a en partie comblé cette absence de recommandations en Belgique en publiant son Avis de 2022 (23). L'Ordre n'y interdit pas de soigner ses proches mais recommande d'être prudent et laisse finalement le médecin décider tant que celui-ci respecte la déontologie. Nous trouvons l'avis judicieux et plus complet que les Codes de déontologie lus pour ce TFE car il parcourt bien les enjeux inhérents aux DSP, ce qui permet de guider le médecin dans sa réflexion.

On pourrait tout de même se poser la question de comment soigner son proche sans jamais lui prescrire d'interruption temporaire de travail ou de médicament à risque d'abus ? Est-ce que parce que le patient est un proche le médecin ne peut lui prescrire de morphine, même de façon ciblée dans le décours d'une intervention chirurgicale par exemple ? Si, en se posant la septième question de La Puma (point 1.4.1 des résultats), le médecin est prêt à rendre des comptes à l'Ordre sur la prescription d'une ordonnance qu'il estime justifiée, alors pourquoi pas ? L'Avis de l'Ordre des médecins peut aider les médecins à se décider dans le respect de la déontologie, mais peut-être n'est-il, lui non plus, pas parfait ?

#### 1.5.3. Se forger sa propre opinion

Il n'y a pas de réponse unique à la question « Comment répondre à une DSP ? ». Comme le résumait bien Beigel et al. dans leur revue systématique : « *As the circumstances are very context-specific, a universal answer applying to each case of physicians treating family and*

*friends will hardly be found.* » (11). D'où l'importance de se forger sa propre opinion sur la question. (3,8,11,13,19,25).

Nous encourageons donc les MGFP à réfléchir à leurs propres guidelines maintenant pour faciliter leur prise de décision plus tard !

#### 1.5.4. γνώθι σεαυτόν : se connaître soi-même

La complexité et les enjeux de la relation médecin-patient proche nous rappellent la maxime « γνώθι σεαυτόν » ou « *connais-toi toi-même* », utilisée par le philosophe Socrate pour expliquer que la connaissance des choses passe par une connaissance préalable de soi et de ses limites. Ce concept est aussi mis en avant par La Puma et Priest : « *We believe that as individuals and as Hippocratic professionals, physicians should come to know themselves and their natures.* » (25). Nous pensons tout comme eux que la connaissance de soi et de ses propres limites est un élément-clé qui peut aider le médecin à se forger sa propre opinion et le guider dans son choix d'accepter ou non une DSP.

#### 1.5.5. Prendre la bonne décision

En étant conscient des enjeux inhérents à la relation médecin-patient proche, et en tenant compte du type de demande de soins, du contexte, du proche, de lui-même et des guidelines déontologiques, le MGFP pourra prendre la bonne décision de façon plus sereine, qu'il accepte ou refuse la DSP.

## 2. Elaboration du prototype de formation

La formation consistait en une alternance d'informations théoriques issues de la revue de littérature et de participation active des MGFP. Ceux-ci interagissaient en répondant aux questions de réflexion posées par la formatrice et en partageant des expériences personnelles vécues. Un Powerpoint servait de support à la formation (annexe 7).

La durée totale de l'intervention (formation + questionnaire d'évaluation) avait initialement été fixée à 1h, de peur qu'une intervention plus longue ne soit réalisable dans des séminaires au programme déjà chargé. Après discussion avec le promoteur et création du Powerpoint, nous avons finalement décidé de prévoir 1h30 d'intervention. Ceci permettait d'une part de garantir aux MAS de ne pas dépasser le temps imparti et d'autre part d'accorder plus de temps à l'interaction.

En effet, la littérature suggérait que le sujet nécessitait un partage d'expériences personnelles, pour dévoiler les conflits inhérents à la prise en charge des proches (1,3,5) et les facteurs personnels nécessaires à la prise de décision (4). Nous avons choisi de poser des questions de réflexion aux MGFP et de leur proposer de partager des cas vécus en lien avec chaque sous-thème abordé avant de lancer la diapositive et les explications théoriques, pour que les enjeux puissent être dévoilés par les MGFP eux-mêmes. Ceux-ci avaient également la liberté d'interagir à tout moment de l'exposé et de rebondir sur ce qu'avaient dit leurs confrères/consœurs.

### **3. Présentation de la formation en séminaire de médecins généralistes en formation professionnelle**

La formation a été testée dans dix séminaires de MGFP (six à l'UCLouvain, deux à l'ULB et deux à l'ULiège) entre le 31/01/2023 et le 30/03/2023 (cfr tableau caractéristique des séminaires en annexe 9). L'investigatrice animait seule la formation. Celle-ci durait en moyenne 1h10 (en fonction de la taille et de la dynamique du groupe).

168 participants ont suivi la formation. Parmi ceux-ci, quatre MGFP ont été exclus de l'étape d'évaluation de la formation, étant arrivés plus de dix minutes après le début de la formation.

Aux questions (posées oralement) servant à « briser la glace » et faire le parallèle avec l'épidémiologie : les chiffres étaient superposables à ceux trouvés dans la littérature. 100% des MGFP avaient déjà été confrontés à une DSP. Un seul MGFP d'un séminaire de 1<sup>e</sup> année n'avait jamais répondu favorablement à une DSP. En fonction des séminaires, la moitié à 3/4 des MGFP avaient déjà refusé une DSP, sauf dans le séminaire S7 (ULiège) où seuls 3-4 MGFP sur treize en avaient déjà refusé. Les médecins généralistes en formation professionnelle de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année (MGFP2 et MGFP3) semblaient avoir rencontré des DSP plus nombreuses et variées.

Les interventions des MGFP reflétaient une variété de positionnements différents face aux DSP. L'interaction et le partage d'expériences personnelles étaient riches dans de nombreux séminaires, peut-être davantage dans ceux comportant des MGFP2 et MGFP3 que ceux composés exclusivement d'assistants de 1<sup>e</sup> année (MGFP1). Les MGFP des séminaires S7 et S10 à l'ULiège ont par contre moins interagi.

L'immense majorité des MGFP semblaient confus ou n'avaient pas connaissance du cadre déontologique en Belgique (cfr « *vrai ou faux* », slide 11 du Powerpoint en annexe 7).

#### 4. Evaluation de la formation par questionnaire

Un fichier Excel récapitulatif des réponses des participants au questionnaire d'évaluation se trouve en annexe 10. L'ensemble des commentaires des participants a été trié par question (cfr annexe 11).

##### 4.1. Caractéristiques de l'échantillon

Au total, 164 questionnaires ont été analysés (provenant de 146 MGFP et 18 MAS).

Tableau I : Répartition de l'échantillon par université et année d'assistantat.

	MGFP1	MGFP2	MGFP3	MAS	Total
<b>UCL</b>	49	21	20	9	<b>99</b>
<b>ULB</b>	2	25	1	4	<b>32</b>
<b>ULG</b>	11	8	9	5	<b>33</b>
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>54</b>	<b>30</b>	<b>18</b>	<b>164</b>

Selon les chiffres du CCFMG, il y avait en 12/2022 environ 1075 MGFP en Belgique francophone dont 460 (42,8%) à l'UCLouvain, 352 (32,7%) à l'ULB et 263 (24,5%) à l'ULiège ou 335 (31,2%) MGFP1, 373 (34,7%) MGFP2 et 367 (34,1%) MGFP3.

Notre échantillon de 146 MGFP représentait 13,6% de la population totale de MGFP, 19,6% des MGFP de l'UCLouvain, 8% des MGFP de l'ULB, 10,6% des MGFP de l'ULiège, 18,5% des MGFP1, 14,5% des MGFP2 et 8,2% des MGFP3.

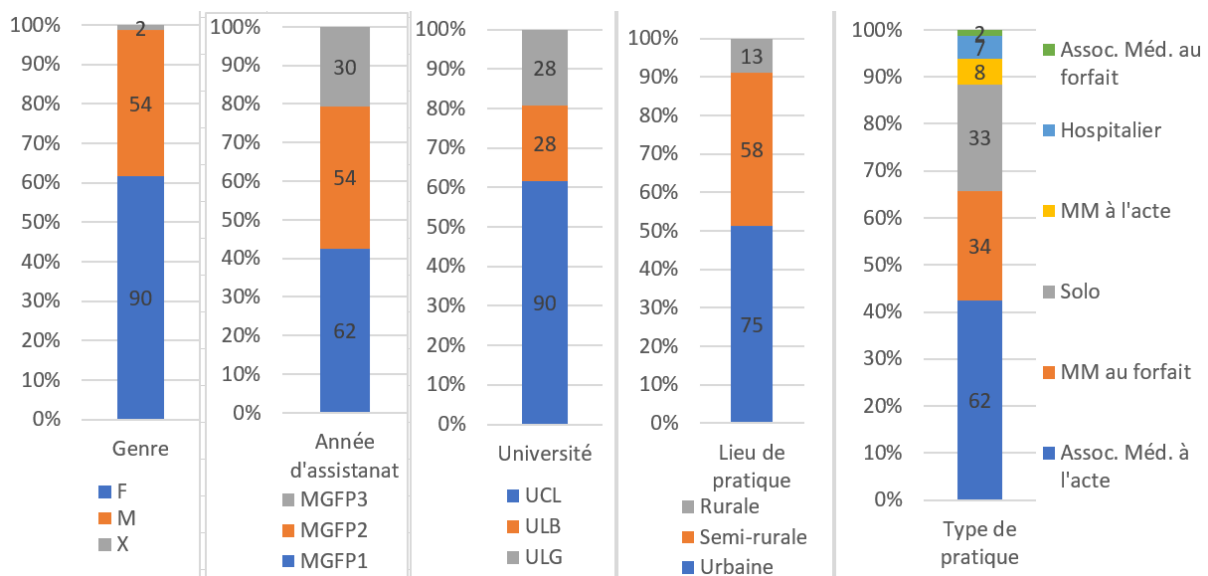
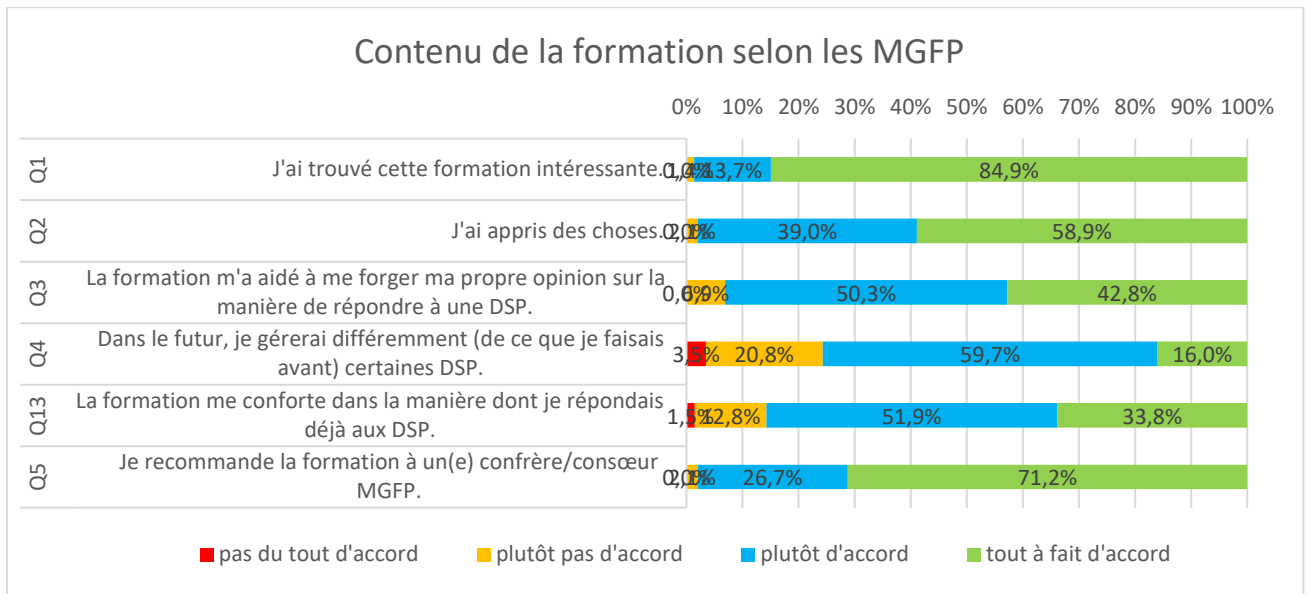
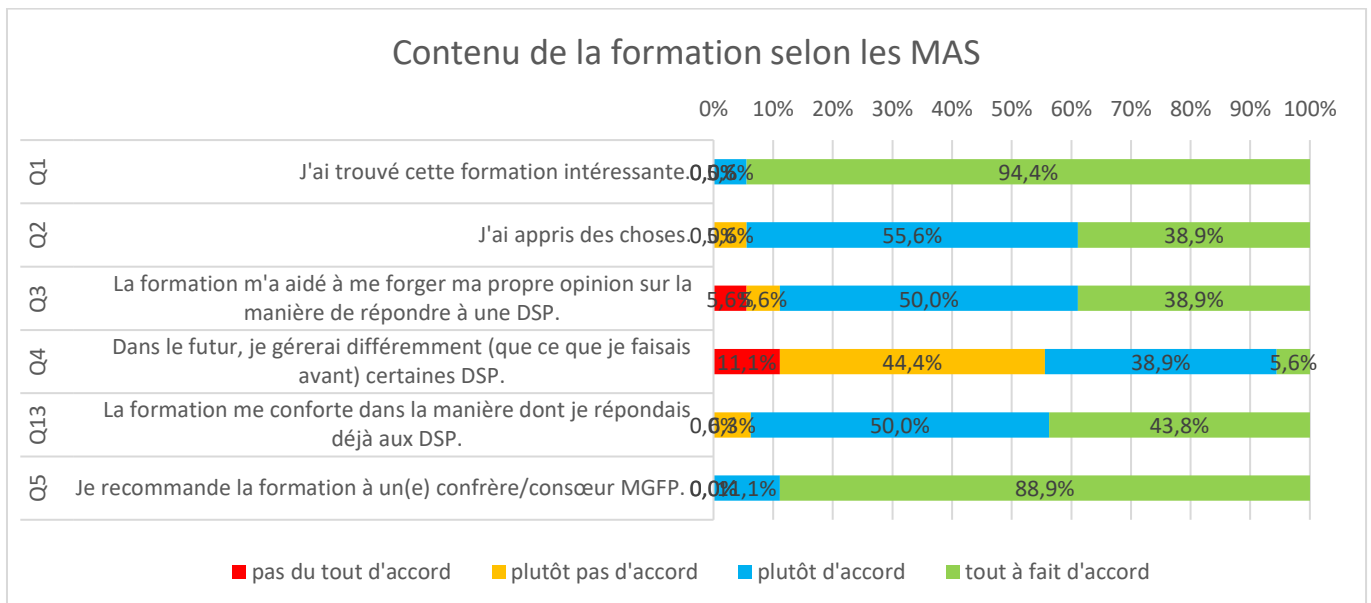


Figure 1 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon des MGFP.

## 4.2. Contenu de la formation



**Figure 2 :** Evaluation du contenu de la formation selon les MGFP (n = 146).



**Figure 3 :** Evaluation du contenu de la formation selon les MAS (n=18).

- **J'ai trouvé cette formation intéressante (Q1).**

86% (141p) des participants étaient tout à fait d'accord, 12,8% (21p) étaient plutôt d'accord et 1,2% (2p) n'étaient plutôt pas d'accord.

88,7% (55p) des MGFP1, 88,9% (48p) des MGFP2 et 70% (21p) des MGFP3 ont répondu « tout à fait d'accord ».

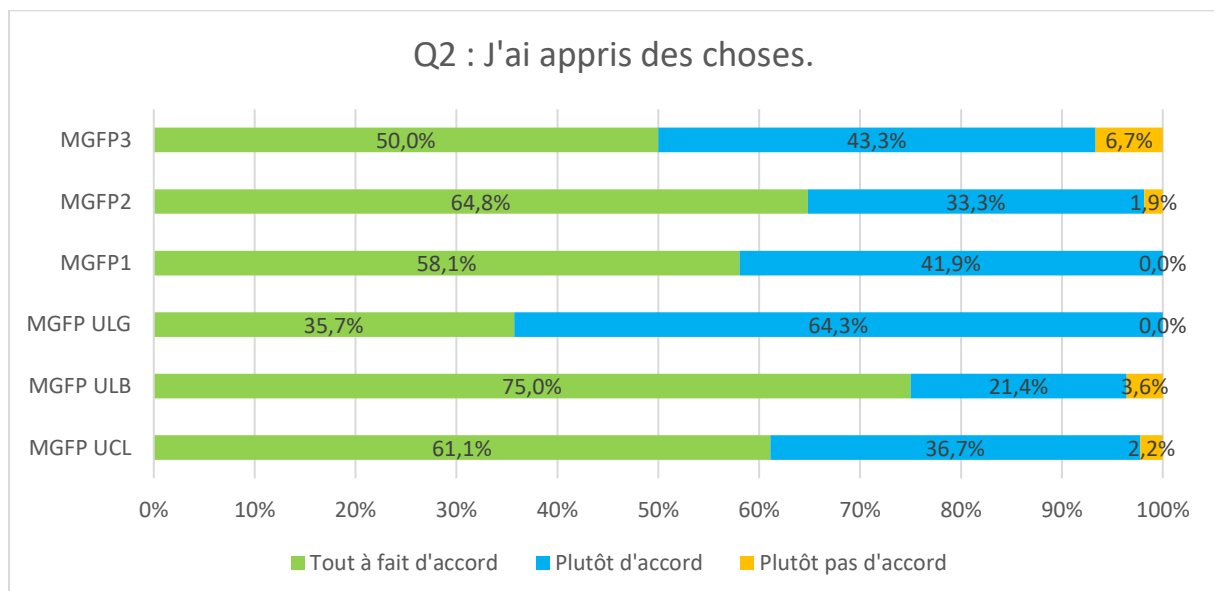
89,3% (25p) des MGFP de l'ULB, 88,9% (80p) des MGFP de l'UCLouvain et 67,9% (19p) des MGFP de l'ULiège ont répondu « tout à fait d'accord ».

94,4% (17p) des MAS étaient tout à fait d'accord. Un MAS a entouré deux réponses : au vu du commentaire qu'il a laissé à la Q1 nous l'avons placé dans la catégorie « plutôt d'accord ».

Trente-cinq participants ont émis un commentaire. Les notions les plus souvent exprimées par ceux-ci étaient le fait d'être tous personnellement concerné par le sujet (11p), la pertinence de la formation (6p), le fait que le sujet ne soit pas ou peu abordé ailleurs (4p), le fait que la formation fasse réfléchir (4p) et son utilité (3p).

- **J'ai appris des choses (Q2).**

97,9% des MGFP ont répondu affirmativement : 58,9% des MGFP (86p) étaient tout à fait d'accord et 39% (57p) étaient plutôt d'accord. Trois MGFP (2,1%) n'étaient plutôt pas d'accord.



**Figure 4 :** Réponses des MGFP2 à la Q2 selon l'université et l'année d'assistantat.

Parmi les vingt-huit commentaires de la Q2, l'élément qui ressortait le plus était l'apprentissage du cadre légal et déontologique (11p).

- **La formation m'a aidé à me forger ma propre opinion sur la manière de répondre à une DSP (Q3).**

93,1% des MGFP ont répondu par l'affirmative : 42,8% (62p) des MGFP étaient tout à fait d'accord et 50,3% (73p) étaient plutôt d'accord. 6,9% (10p) des MGFP n'étaient plutôt pas d'accord. Un MGFP n'a pas répondu à la question.

45,9% (28p) des MGFP1, 44,4% (24p) des MGFP2, 33,3% (10p) des MGFP3 ont répondu « tout à fait d'accord ».

47,2% (42p) des MGFP de l'UCLouvain, 42,9% (12p) des MGFP de l'ULB et 28,6% (8p) des MGFP de l'ULiège étaient tout à fait d'accord.

Vingt-quatre participants ont émis un commentaire pour la Q3. Ceux qui ont répondu « pas du tout » ou « plutôt pas d'accord » ont évoqué le fait d'avoir déjà leur propre opinion (4p). Ceux qui ont répondu « plutôt » ou « tout à fait d'accord » ont évoqué l'apport de points de réflexion supplémentaires (6p), l'importance de respecter ses limites et de poser le cadre (6p), l'apport de conseils et astuces (4p) et l'aide à se forger une propre opinion pour certains types de DSP (2p).

- **Dans le futur, je gérerai différemment (que ce que je faisais avant) certaines DSP (Q4).**

75,7% des participants ont répondu positivement : 16% (23p) des MGFP étaient tout à fait d'accord et 59,7% (86p) étaient plutôt d'accord. 20,8% (30p) des participants n'étaient plutôt pas d'accord et 3,5% (5p) n'étaient pas du tout d'accord. Un MGFP n'a pas répondu à la Q4 et un MGFP a entouré deux réponses et a donc été exclu de la Q4.

Les résultats étaient directement proportionnels à l'expérience puisque 81,7% des MGFP1, 75,9% des MGFP2, 63,3% des MGFP3 et 44,5% des MAS ont répondu « plutôt » ou « tout à fait d'accord ».

Les MGFP de l'ULB étaient 78,5% (dont 25% tout à fait d'accord) à avoir répondu par l'affirmative, ceux de l'UCLouvain étaient 79,5% (dont 15,9% tout à fait d'accord) et ceux de l'ULiège étaient 60,7% (dont 7,1% tout à fait d'accord).

Quarante participants ont émis un commentaire pour la Q4. Ceux qui ont répondu « pas du tout » ou « plutôt pas d'accord » ont évoqué le fait d'être conforté dans leur manière de déjà faire (7p), de répondre très peu favorablement aux DSP (3p) ou d'être peu sollicités (2p). Les notions les plus exprimées par ceux ayant répondu « plutôt » ou « tout à fait d'accord » étaient : nouvelle ou meilleure approche (9p), poser le cadre (5p), nouvelle technique de justification (3p), plus de souplesse face aux DSP (3p), gestion différente de certaines DSP (3p), nouveaux outils (2p), remise en question de la pratique (2p).

- **La formation me conforte dans la manière dont je répondais déjà aux DSP (Q13).**

La Q13 ayant été ajoutée à l'issue du séminaire S1, 133 MGFP et 16 MAS y ont répondu.

33,8% (45p) des MGFP étaient tout à fait d'accord, 51,9% (69p) étaient plutôt d'accord, 12,8% (17p) n'étaient plutôt pas d'accord et 1,5% n'étaient pas du tout d'accord.

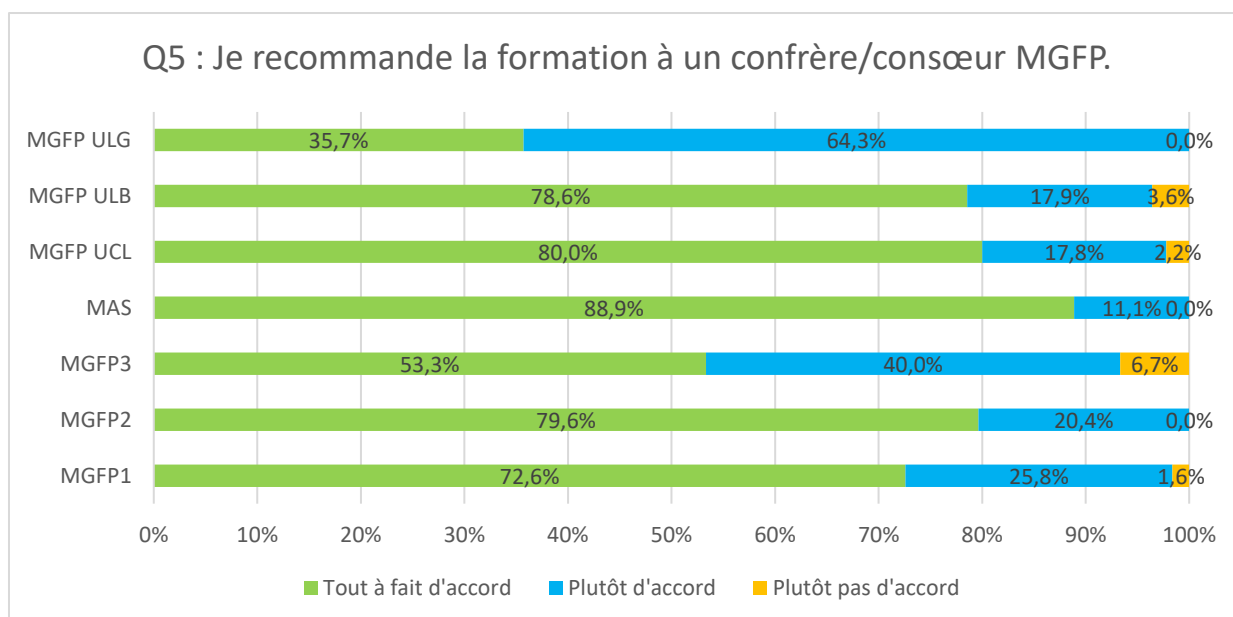
Les MGFP3 étaient 20% (4p) à avoir répondu « plutôt pas » ou « pas du tout d'accord », les MGFP2 étaient 13,8% (7p) et les MGFP1 étaient 12,9% (8p).

Les MGFP de l'ULiège étaient 25% (7p) à avoir répondu « plutôt pas » ou « pas du tout d'accord », ceux de l'UCLouvain étaient 11,7% (9p) et ceux de l'ULB étaient 10,7% (3p).

Les commentaires des participants ayant répondu « pas du tout » ou « plutôt pas d'accord » concernaient principalement des changements de pratique envisagés (6p).

- **Je recommande la formation à un confrère/consœur MGFP (Q5).**

73,2% (120p) des participants étaient tout à fait d'accord, 25% (41p) étaient plutôt d'accord et 1,8% (3p) n'étaient plutôt pas d'accord.



**Figure 5 :** Q5 selon l'année d'assistantat et l'université.

Vingt-quatre participants ont émis un commentaire pour la Q5. Les concepts les plus souvent relevés étaient l'intérêt de recommander la formation surtout aux jeunes médecins (6p), le fait que la formation apportait de l'aide (5p), l'importance du sujet (4p), la pertinence et l'utilité de l'aborder (4p), le fait que la formation permettait la réflexion (3p) et l'intérêt pour tous les médecins généralistes quel que soit l'âge (3p).

#### 4.3. Format pédagogique de la formation

- **Durée de la formation (Q6)**

94,5% des participants (155p) jugeaient la durée de formation adéquate, 4,9% (8p) la jugeaient trop longue et un participant (0,6%) la jugeait trop courte.

- **Quantité d'informations théoriques (Q7)**

97,6% des participants jugeaient la quantité d'informations théoriques appropriée. Un participant (0,8%) trouvait qu'il n'y avait pas assez d'informations théoriques et trois participants (1,8%) estimaient qu'il y en avait trop.

Deux participants estimaient qu'il y avait quelques redondances.

- **Temps consacré aux interventions des participants (Q8)**

94,5% des participants estimaient que le temps consacré aux interventions des participants était approprié. Cinq participants (3%) estimaient qu'il n'y avait pas assez de temps consacré aux interventions des participants. Quatre participants (2,4%) jugeaient qu'il y en avait trop.

Ceux-ci étaient tous issus du séminaire S4 (qui comptait le plus de MGFP et où la formation a duré le plus longtemps).

Plusieurs participants ayant commenté la Q8 ont trouvé l'interaction/le partage d'expériences personnelles intéressant/enrichissant (8p) et agréable (6p) et l'équilibre théorie-interaction bon (3p). Certains participants ont proposé d'être attentif à bien gérer si le public était volubile (2p) alors que d'autres ont eu l'impression que certains auraient voulu dire plus (2p).

- **Format le plus approprié (Q9)**

Douze participants ont coché plusieurs réponses à la Q9, malgré qu'une seule réponse était demandée.

Au total, 95,1% des participants (156p) jugeaient qu'un **séminaire** était un des formats les plus appropriés pour la formation. Les commentaires mettaient en avant l'interaction (27p), le bénéfice d'un petit groupe (23p), le partage d'expériences personnelles (6p), le fait de se sentir plus en confiance (2p) ou le côté plus ludique (1p).

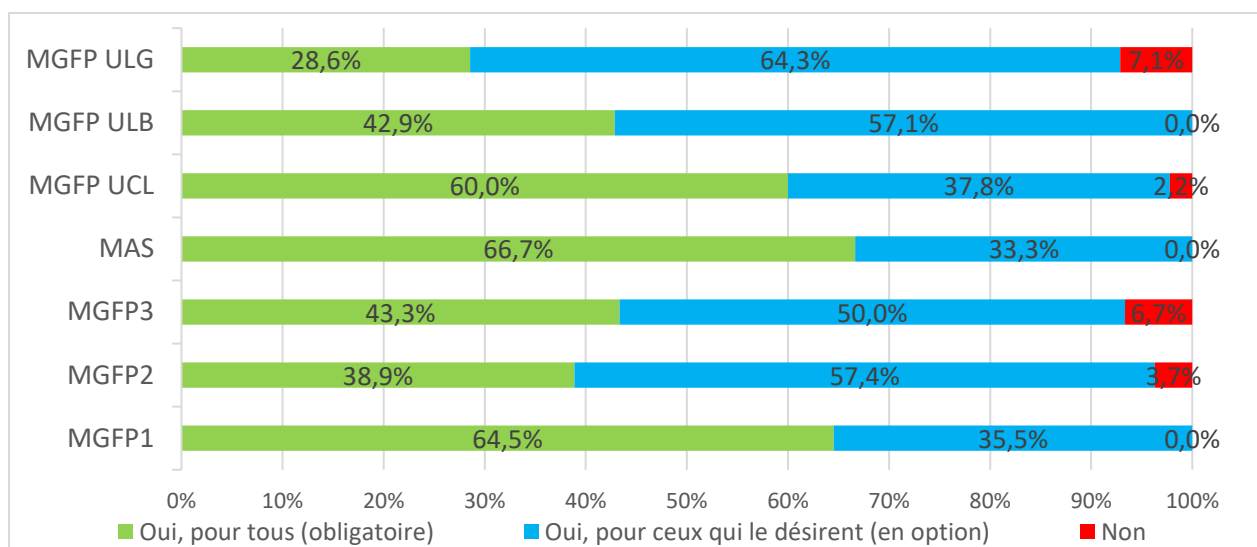
Au total, 6% (10p) choisissaient le **cours magistral en auditoire** comme un des formats les plus appropriés pour la formation. Deux participants ont commenté que c'était utile pour aborder le sujet tôt dans la formation (avant l'assistantat). Cinq participants ont émis un commentaire négatif sur le cours magistral en auditoire (trop de monde, moins d'interaction...).

Les « **autres** » **formats pédagogiques** proposés étaient, par ordre de fréquence : e-learning (3p), module ou module Z (3p), GLEM (3p), cours d'éthique ou de déontologie médicale (3p), en équipe (maison médicale/cabinet) (2p), visioconférence (1p), expérience de vie (1p).

#### 4.4. Questions de conclusion

- **Pensez-vous que ce genre de formation « Comment répondre à une DSP ? » devrait être donné en master de spécialisation en MG ? (Q10)**

97,6% des participants estimaient que ce genre de formation devrait être donnée en master de spécialisation en médecine générale : 52,4% (86p) pour tous (obligatoirement) » et 45,1% (74p) pour ceux qui le désirent (en option). Quatre participants (2,4%) ont répondu négativement à la question.



**Figure 6 :** Q10 selon l'année d'assistantat et l'université.

Les participants favorables à l'obligation ont évoqué le fait d'être tous concernés (9p) et le risque de sous-estimer les enjeux/conséquences (3p) : « même celles/ceux qui pensent que cela pourrait ne pas leur être utile auront besoin de se positionner sur la question ».

Les participants qui ont répondu « oui, en option » ont relevé le fait que les cours obligatoires sont souvent perçus comme « péjoratifs » (1p) ou qu'un intérêt majeur pour le sujet permet une meilleure interaction (1p).

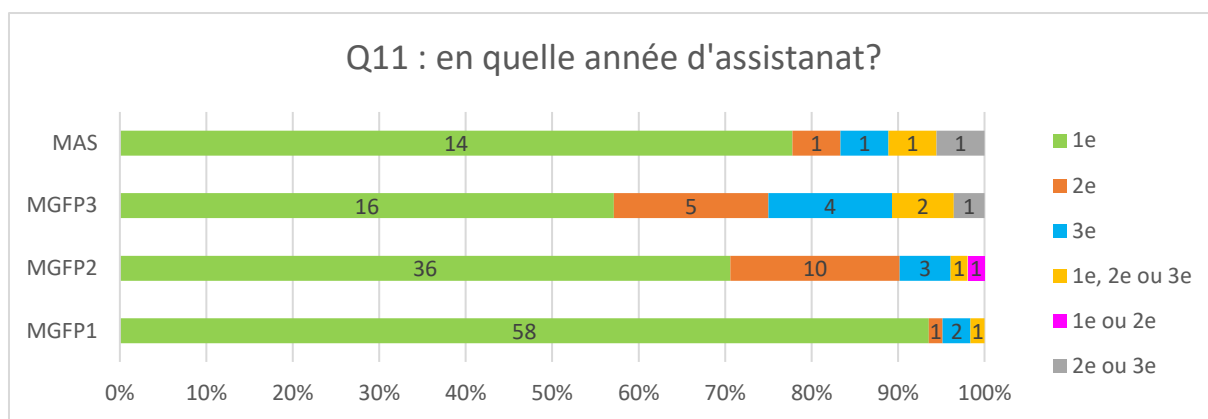
Les participants ayant répondu « non » ont noté que ce n'était pas une priorité dans le cursus de formation (1p) ou que cela se prêtait davantage à un séminaire (1p qui semble avoir mal compris le sens de la Q10).

Deux participants trouvaient cela utile quel que soit le choix de spécialisation.

- **En quelle année d'assistantat ? (Q11)**

Aux participants qui ont répondu affirmativement à la Q10, il a été demandé en quelle année d'assistantat il serait le plus pertinent de pouvoir suivre la formation. Huit participants ont entouré plusieurs réponses. Cinq participants n'ont pas répondu (dont quatre parce qu'ils avaient répondu négativement à la Q10).

78% des participants ont répondu « en 1<sup>e</sup> année », 10,7% « en 2<sup>e</sup> année », 6,3% « en 3<sup>e</sup> année », 3,1% « en 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> année », 1,3% « en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> année » et 0,6% « en 1<sup>e</sup> ou 2<sup>e</sup> année ».



**Figure 7 :** Q11 selon l'année d'assistantat.

La plupart des participants ont insisté en commentaire sur l'intérêt de proposer la formation tôt dans la formation des MGFP : dès le début de l'assistantat (9p), au plus tôt au mieux (6p), pendant le module au début de l'assistantat (module Z) (2p), car on est sollicité dès les études/le diplôme (7p), pour poser le cadre dès le début (10p) et se forger sa propre opinion dès le début (3p). Certains l'envisageaient même avant l'assistantat / pendant le master de médecine (8p) alors qu'un participant explicitait de ne pas la donner avant le master de spécialisation en MG (1p). D'autres suggéraient de prévoir une séance de feedback en fin de master de spécialisation pour comparer le sujet avec et sans expérience (2p).

Les commentaires en faveur des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années d'assistantat insistaient sur l'intérêt d'avoir plus d'expérience (3p) ou de recul (3p) et le fait de se sentir plus concerné par le sujet car confronté à plus de DSP (2p).

Trois participants ont estimé en commentaire que l'année d'assistantat avait peu d'importance.

- **Autres commentaires ou suggestions pour améliorer la formation (Q12)**

La Q12 était une question ouverte optionnelle. Soixante participants y ont répondu par des commentaires positifs sur la formation et le sujet, des remerciements ou des suggestions.

Parmi les suggestions pour améliorer la formation, les participants ont proposé d'ajouter un jeu de rôles (3p), d'ajouter différentes mises en situations concrètes pour demander l'avis de chacun (3p), de distribuer un support écrit à garder à la fin de la formation (2p), d'envisager un Wooclap (2p), de considérer les groupes Balint comme autre source d'aide (1p) ou de majorer le temps consacré au partage d'expérience (1p).

# DISCUSSION

## 1. Intérêt de la formation

### 1.1. Pourquoi ?

Les résultats de ce travail montrent que la formation « *Comment répondre à une DSP ?* » a un intérêt pour les MGFP, puisque 97,6% des 164 participants trouvent que ce type de formation devrait être donné en master de spécialisation en médecine générale et 98,2% des participants recommandent la formation à un(e) confrère/consœur MGFP (73,2% « tout à fait d'accord » et 25% « plutôt d'accord »).

- Satisfaction

86% des participants sont tout à fait d'accord avec le fait que la formation soit intéressante, et 12,8% sont plutôt d'accord. Les MGFP1, MGFP2, MGFP de l'UClouvain et MGFP de l'ULB sont entre 88,7% et 89,3% à être tout à fait d'accord et semblent ainsi plus satisfaits que les MGFP3 (70%) et les MGFP de l'ULiège (67,9%). L'engouement des participants semble en partie lié au fait qu'ils se sentent tous concernés par ce sujet qu'ils jugent important, et pas ou peu abordé dans d'autres contextes.

- Pertinence et utilité

97,9% des MGFP ont appris des choses (58,9% « tout à fait d'accord » et 39% « plutôt d'accord »). Même la plupart des MAS semblent avoir appris des choses, étant 38,9% à être tout à fait d'accord et 55,6% à être plutôt d'accord. La formation a aidé 93,1% des MGFP à se forger leur propre opinion sur la manière de répondre à une DSP (42,8% « tout à fait d'accord » et 50,3% « plutôt d'accord »). La formation a en particulier permis l'apprentissage du cadre légal et déontologique de la prise en charge des proches, en plus d'aider à comprendre les enjeux inhérents aux DSP, de pousser à la réflexion et d'apporter des conseils pour répondre aux DSP. Au vu de ces résultats, la formation semble pertinente et utile pour les MGFP (termes d'ailleurs explicités tels quels par plusieurs participants).

- Influence sur la pratique

La formation conforte 85,7% des MGFP dans la manière dont ils répondaient déjà aux DSP (33,8% « tout à fait d'accord » et 51,9% « plutôt d'accord »), ce qui suggère que, consciemment

ou non, les MGFP semblent avoir déjà de bonnes bases sur la manière de répondre à une DSP, même s'ils n'y ont jamais été « formellement » formés auparavant. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'apprentissage du sujet se fasse en partie via le *hidden curriculum*, qui, pour rappel, « transforme une personne en médecin par imprégnation progressive et implicite des normes culturelles du monde professionnel » selon les termes de Makovec et Galam (3).

Néanmoins, nombreux sont les MGFP qui semblent remettre en question leur pratique. Trois MGFP sur quatre gèrera différemment (que ce qu'il faisait avant) certaines DSP (16% « tout à fait d'accord » et 59,7% « plutôt d'accord »). Les résultats sont inversement proportionnels à l'expérience des médecins interrogés. Même si ces résultats ne permettent pas de juger du nombre et de la proportion de DSP concernées, ils présagent tout de même l'impact réel que la formation peut avoir sur la gestion future des DSP des MGFP, en leur permettant une nouvelle approche de la question. Ceci est un autre argument pour valider la pertinence de former les MGFP à se positionner sur la réponse à apporter à une DSP.

### 1.2. L'influence de l'année d'assistantat

Nous nous attendions à ce que la formation apporte plus aux MGFP en début de parcours qu'aux MGFP en fin d'assistantat. Il n'est ainsi pas étonnant que les MGFP1 et MGFP2 semblent plus enthousiastes pour la formation (étant plus nombreux que les MGFP3 à la trouver intéressante, à la recommander à d'autres MGFP ou à estimer qu'elle devrait être donnée de façon obligatoire en master de spécialisation en MG), puisqu'ils sont plus nombreux à avoir appris des choses et à avoir été aidés à se forger leur propre opinion sur les DSP que les MGFP3.

Par ailleurs, notre impression que les participants de séminaires de MGFP2 et MGFP3 rapportaient des cas vécus plus nombreux et variés que les séminaires composés exclusivement de MGFP1 corrobore les résultats de l'étude de Makovec et Galam, dans laquelle les MGFP qui étaient plus avancés dans leur parcours semblaient plus concernés par les DSP (3).

### 1.3. L'influence de l'université

Les résultats des MGFP de l'UCLouvain et de l'ULB sont globalement similaires concernant leur intérêt pour la formation, si ce n'est que les MGFP de l'ULB semblent plus nombreux à avoir

appris de choses que les MGFP de l'UCLouvain (respectivement 75% « tout à fait d'accord » versus 61,1% « tout à fait d'accord »).

Par contre, les résultats des MGFP de l'ULiège sont systématiquement moins favorables à la formation que ceux des MGFP de l'UCLouvain et de l'ULB, particulièrement lorsqu'il s'agit de recommander la formation à d'autres MGFP ou d'avoir appris des choses.

## **2. Tendre vers le modèle de formation le plus pertinent possible**

A l'aide des résultats de l'étude, nous tentons de définir le modèle de formation « *Comment répondre à une DSP ?* » le plus idéal possible, afin d'en maximiser sa pertinence.

### **2.1. Quoi : Sous quel format ?**

Le meilleur format pour la formation selon 95,1% des participants est un séminaire, ou tout autre petit groupe permettant une interaction facile (comme dans le cadre d'un module ou d'un GLEM). Notre avis est que le nombre idéal de participants par groupe se situe entre dix et quinze. Ceci permet une richesse de cas vécus et une diversité d'avis, tout en évitant que les interventions des participants n'allongent de trop la durée de la formation (comme dans le séminaire S4).

Une durée d'une heure à 1h25 convient à 94,5% des participants. Si globalement les participants sont satisfaits de l'équilibre entre théorie et interaction, il convient d'être attentif à éviter les redondances de théorie et à consacrer assez de temps aux interventions des participants. Les résultats de notre étude tendent ainsi à confirmer l'importance du partage d'expériences personnelles qui avait déjà été soulignée par Giroldi et al. (4).

### **2.2. Qui ?**

Le fait que les MGFP1 et MGFP2 aient le plus appris de choses pendant la formation, que celle-ci les a le plus aidé à se forger leur propre opinion sur le sujet et qu'ils auront le plus tendance à gérer différemment certaines DSP suite à la formation, suggère que la formation est la plus pertinente pour les MGFP1 et MGFP2. Néanmoins, la formation semble tout de même avoir de l'intérêt pour les MGFP3 et pourrait même être envisagée pour les médecins généralistes ou spécialistes quel que soit leur âge, par exemple pendant la formation continue (2).

### 2.3. Quand ?

Si 78% des participants préfèrent que la formation soit donnée en première année d'assistantat, il est plus pertinent de se pencher sur l'avis des MGFP3 qui ont plus de recul. Ceux-ci sont d'ailleurs plus nuancés, étant 57,1% à préférer la première année.

La première année d'assistantat est donc la plus plébiscitée par les participants, mais vu l'importance du critère d'interaction et de partage d'expérience personnelle, la formation devrait idéalement être proposée à partir du milieu de la première année (plutôt qu'en début d'année). Ceci permettrait à chaque MGFP d'avoir quelques mois d'expérience et donc une meilleure prise de conscience des enjeux du sujet plus de cas vécus à partager. Dans le cas contraire, intégrer à la formation un jeu de rôle avec des situations types de DSP à analyser pourrait pallier le manque d'expérience personnelle des MGFP1.

Par contre, certains aspects plus théoriques de la formation tel l'apprentissage du cadre légal et déontologique pourraient être abordés plus tôt dans le cursus universitaire, par exemple dans le cadre d'un cours de déontologie en master de médecine.

### 2.4. Où ?

Nous pensons que la formation des MGFP au sujet devrait se faire dans le cadre du cursus universitaire. Le rôle à jouer des institutions médicales (3) et en particulier des universités (6) dans la formation des médecins confrontés aux DSP avait déjà été souligné par d'autres auteurs.

Il se pourrait que la formation soit plus pertinente à proposer à l'UCLouvain et l'ULB qu'à l'ULiège. Nous avons déjà relevé les différences d'intérêt que semblent porter à la formation les MGFP de l'UCL et de l'ULB d'une part, et de l'ULiège d'autre part. Il serait intéressant, à l'aide d'un plus grand échantillon, de confirmer ou non cette tendance et d'étudier l'influence éventuelle d'autres facteurs, tels le lieu et type de pratique, pour voir si cela pourrait expliquer les différences entre universités.

### 2.5. Comment : en option ou obligatoire ?

La question de savoir si la formation devrait être donnée de façon obligatoire pour tous les MGFP (tel que préconisé par 52,4% des participants) versus en option pour ceux qui le désirent (selon 45,1% des participants) est difficile à trancher.

Les MAS, dont l'expérience dans l'enseignement et l'accompagnement des MGFP les rend peut-être plus à même de répondre objectivement à la question, sont particulièrement favorables (66,7%) au fait de donner la formation de façon obligatoire. Les MGFP1 (64,5%) sont également plus favorables à l'obligation que les MGFP2 et MGFP3. Si la formation est proposée en première année d'assistantat, elle pourrait donc être envisagée de façon systématique pour tous les MGFP1. A cette question-ci on peut aussi noter une variabilité entre les différentes universités puisque les MGFP de l'UCLouvain sont plus favorables à l'obligation que ceux de l'ULB qui le sont plus que ceux de l'ULiège.

Le fait que les MGFP soient aussi nombreux à avoir appris des choses, à avoir été aidés à se forger leur propre opinion et à gérer différemment certaines DSP dans le futur sont autant d'autres arguments en faveur de l'intérêt et de la pertinence de donner la formation à tous les MGFP, a fortiori s'ils sont en première ou en deuxième année d'assistantat.

Même si notre avis personnel est que les MGFP devraient tous être sensibilisés à la manière de répondre à une DSP, la question de savoir si cette formation-ci en particulier devrait être obligatoire, plutôt qu'une autre forme de sensibilisation au sujet, mérite d'être davantage explorée. Nous pensons que le minimum est d'enseigner le cadre légal et déontologique à tous les (futurs) médecins (généralistes) et que les autres aspects du sujet pourraient être approfondis pour les médecins qui le désirent.

### **3. Forces et limites de ce travail de fin d'études**

#### **3.1. Forces**

Une des forces de ce travail de fin d'études est son originalité, puisqu'il n'y a pas, à notre connaissance, d'autre étude testant une formation pour évaluer la pertinence de former les MGFP à la manière de répondre à une DSP, a fortiori en Belgique francophone. De plus, ce TFE propose une méthode concrète pour former et aider les MGFP à se forger leur propre opinion sur un sujet qui touche 99% d'entre eux.

Une autre force de ce travail est d'avoir tenté de refléter l'ensemble du paysage de MGFP en Belgique francophone en recrutant des participants issus des trois universités et des trois années d'assistantat.

L'investigatrice déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt pour ce travail.

### 3.2. Limites

Un premier biais dans cette étude est lié au recrutement des participants. Les MAS ayant répondu positivement au projet de TFE étaient sans doute eux-mêmes intéressés par le sujet ou ont peut-être plus facilement accepté parce que le sujet avait déjà été abordé par les MGFP de leur séminaire. De même, les MAS déjà rencontrés m'ont sans doute plutôt orienté vers des MAS de l'ULB et de l'ULiège susceptibles d'être ouverts au sujet et à ce type d'intervention dans leur séminaire. Ceci pourrait avoir faussé les résultats des MAS en particulier. D'un autre côté, l'objet du TFE portait surtout sur les résultats des MGFP dont la sélection indirecte a sans doute pu limiter l'influence de l'attrait pour le sujet.

Un autre biais de sélection est que l'échantillon n'est pas tout à fait représentatif de la population étudiée. Il aurait idéalement fallu tester la formation dans des séminaires supplémentaires à l'ULB et l'ULiège, ainsi qu'auprès de plus de MGFP3, ce qui n'a pas été possible par contrainte de temps. Les résultats concernant les différences entre universités et années d'assistantat orientent vers une tendance, mais mériteraient probablement une confirmation dans des études ultérieures.

De plus, il pourrait y avoir un biais de reproductibilité, puisque les formations données n'étaient pas strictement identiques d'un séminaire à l'autre. La part d'intervention active des participants variant, les résultats concernant le format pédagogique et la satisfaction générale de la formation ont pu être impactés.

Un autre biais lié au chercheur est le risque d'erreur lors de l'encodage manuel des données dans le fichier Excel. Une attention toute particulière y a été portée, et nous pensons avoir pu limiter ce risque par une vérification rigoureuse.

Enfin, il pourrait y avoir un biais d'interprétation dans l'analyse qualitative des commentaires. Etant la seule investigatrice, aucun double codage n'a été réalisé et la triangulation des données n'a pas été possible vu l'absence d'étude à laquelle comparer les résultats.

#### 4. Perspectives futures

Ce travail de fin d'études met en lumière l'intérêt et la pertinence de former les MGFP à la manière de répondre à une DSP et donne des pistes sur la meilleure manière de les former. Proposer la formation aux MGFP permettrait d'enrichir le programme universitaire du master de spécialisation en médecine générale en Belgique francophone.

Notre étude devrait être reproduite sur un plus grand échantillon pour confirmer les résultats obtenus à plus petite échelle. Nous mettons à disposition les données qui n'ont pas été analysées en profondeur (comme le genre, le lieu et le type de pratique) à l'éventuel-le confrère/consœur qui souhaiterait s'y intéresser dans le cadre d'un futur travail de recherche. D'autres manières de former les MGFP à répondre à une DSP pourraient aussi être explorées (par exemple les e-learning et les groupes Balint). De plus, il serait intéressant de comparer les MGFP qui n'ont pas été formés au sujet versus ceux qui l'ont été pour voir si ces derniers sont effectivement plus à l'aise dans leur gestion des DSP. Enfin, l'on pourrait étudier la pertinence de proposer ce type de formation aux médecins spécialistes en formation professionnelle, puisqu'eux aussi sont 99% à être confrontés aux DSP.

## CONCLUSION

Les médecins sont (quasi) tous concernés par les demandes de soins de leurs proches. Y répondre est complexe, surtout pour les jeunes médecins qui éprouvent plus de difficultés à se positionner sur le sujet que leurs confrères plus expérimentés. Or la manière de répondre à une DSP n'est jusqu'à présent pas enseignée dans le cursus universitaire de l'UCLouvain, de l'ULB et de l'ULiège. Ce travail de fin d'études répond donc à une problématique qui touche tous les MGFP en Belgique francophone.

Les **objectifs** de ce travail de fin d'études ont été remplis.

- **Nous avons pu élaborer une formation interactive destinée aux MGFP lors de laquelle la littérature sur la manière de répondre à une DSP a été synthétisée, pour les aider à se forger leur propre opinion sur le sujet.**

La revue de littérature a permis de mettre en avant les enjeux inhérents aux DSP en parcourant les avantages, les difficultés et les risques de la relation médecin-patient proche. L'apport de la législation, de la déontologie et de l'éthique a permis d'éclairer la question « *Peut-on prendre en charge ses proches ?* ». Soulignons en particulier le nouvel avis de l'Ordre des Médecins (2022) qui peut guider le médecin dans sa réflexion, et ce dans le respect de la déontologie. Enfin, nous avons pu dégager des outils concrets pour aider les MGFP à gérer les futures DSP en parcourant les facteurs à considérer afin de décider de répondre favorablement ou non à une DSP et en proposant des conseils pratiques pour que le refus ou l'acceptation d'une DSP se passe le mieux possible.

Le grand écart entre ce que prône la littérature et ce que font vraiment les médecins en pratique illustre l'absence de réponse universelle à la problématique, d'où l'importance pour les MGFP de se forger leur propre opinion sur le sujet. En étant conscient des enjeux inhérents à la relation médecin-patient proche, et en tenant compte du type de demande de soins, du contexte, du proche, de lui-même et des guidelines déontologiques, le MGFP pourra prendre la bonne décision de façon plus sereine, qu'il accepte ou refuse la demande de soins.

- **Nous avons pu évaluer la pertinence de former les MGFP à la manière de répondre à une DSP en testant la formation auprès de 146 MGFP et 18 MAS dans dix séminaires**

**de MGFP à l'UCLouvain, l'ULB et l'ULiège. Nous avons également pu apprécier, et confirmer, l'intérêt de proposer ce type de formation dans le master de spécialisation en médecine générale en Belgique francophone.**

En effet, les résultats de l'évaluation de la formation confirment la pertinence de former les MGFP à ce sujet puisqu'ils sont 97,9% à avoir appris des choses, 93,1% à avoir été aidés à se forger leur propre opinion sur le sujet et 75,7% à penser gérer différemment (que ce qu'ils faisaient avant) certaines DSP dans le futur. L'intérêt de proposer cette formation dans le cursus universitaire a également été confirmé puisque 98,2% des participants la recommandent à un confrère/consœur MGFP et 97,6% estiment que la formation devrait être donnée en master de spécialisation en médecine générale (52,4% pour tous (obligatoirement) et 45,1% pour ceux qui le désirent (en option)). Les MGFP de l'UCLouvain et de l'ULB semblent plus satisfaits de la formation que ceux de l'ULiège. Par ailleurs, la formation semble plus pertinente pour les MGFP1 et MGFP2 mais reste utile pour les MGFP3, voire pour les médecins généralistes qui ont plus d'expérience.

Au vu de tous ces résultats, il semblerait que la grande majorité des MGFP gagnent à être formés à la manière de répondre à une DSP. La question de savoir si cette formation-ci en particulier devrait être proposée de manière obligatoire ou en option mérite d'être davantage explorée.

Pour maximiser sa pertinence et son intérêt, la formation « *Comment répondre à une demande de soins d'un proche ?* » devrait idéalement être proposée en milieu de première année d'assistantat sous forme de séminaire interactif mêlant théorie et partage d'expériences personnelles, dans des groupes de dix à quinze participants.

En conclusion, ce travail de fin d'études met en lumière la pertinence de former les MGFP au sujet et confirme l'intérêt d'une formation « *Comment répondre à une demande de soins d'un proche ?* » pour les MGFP en Belgique francophone. Il donne également des pistes sur la meilleure manière de les former à la question. Ceci ouvre la voie à un enrichissement du cursus universitaire du master de spécialisation en médecine générale. Nous espérons en tout cas qu'il alimentera la réflexion auprès des médecins généralistes qui enseignent notre beau métier à leurs jeunes confrères et consœurs.

## BIBLIOGRAPHIE

1. 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.* 1991; 325(18):1290-1294. doi: 10.1056/NEJM199110313251806
2. Mücke NA, Schmidt A, Kersting C, Kalitzkus V, Pentzek M, Wilm S, et al. General practitioners treating their own family members: a cross-sectional survey in Germany. *BMC Prim Care.* déc 2022;23(1):23. doi: 10.1186/s12875-022-01631-z
3. Makovec T, Galam E. Positionnement des internes de médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches. *Médecine.* 2019;15(2), 72-79. doi: 10.1684/med.2019.400
4. Girolodi E, Freeth R, Hanssen M, Muris JWM, Kay M, Cals JWL. Family Physicians Managing Medical Requests From Family and Friends. *Ann Fam Med.* janv 2018;16(1):45-51. doi: 10.1370/afm.2152
5. Chen FM, Feudtner C, Rhodes LA, Green LA. Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook. *West J Med.* oct 2001, 175(4):236-9. doi: 10.1136/ewjm.175.4.236
6. Scarff JR, Lippmann S. When Physicians Intervene in Their Relatives' Health Care. *HEC Forum.* 2012 Jun;24(2):127-37. doi: 10.1007/s10730-011-9174-5
7. 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. doi: 10.1056/NEJMs1402963
8. Kling S. Is it ethical to treat one's family and friends?: ethics article. *Current Allergy & Clinical Immunology.* 2015;28(2):118-20.
9. Reagan B, Reagan P, Sinclair A. 'Common sense and a thick hide'. Physicians providing care to their own family members. *Arch Fam Med.* 1994 Jul;3(7):599-604. doi: 10.1001/archfami.3.7.599.
10. De Cort P, Que peuvent apprendre les médecins généralistes belges d'une étude observationnelle allemande concernant le traitement des membres de leur propre famille ?. *Minerva.* Oct 2022; 21(8):177-180.
11. Beigel F, Mertz M, Salloch S. A systematic review documenting reasons whether physicians should provide treatment to their family and friends [prépublication, 2023 Jan 3]. *Fam Pract.* 2023; cmac142. doi:10.1093/fampra/cmac142
12. Opsahl JH. Doctors' treatment of family and friends. *Legers behandling av familie og venner.* *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2020;140(13). doi:10.4045/tidsskr.20.0608

13. Latessa R, Ray L. Should you treat yourself, family or friends? *Fam Pract Manag.* 2005;12(3):41-4.
14. Scarff JR. Why do Physicians Treat Their Relatives? Exploring the Influence of Social Psychology. *Psychol Rep.* oct 2013;113(2):647-53. doi: 10.2466/17.21.PR0.113x21z8
15. Fromme EK, Farber NJ, Babbott SF, Pickett ME, Beasley BW. What do you do when your loved one is ill? The line between physician and family member. *Ann Intern Med.* Dec 2008;149(11):825-31. doi: 10.7326/0003-4819-149-11-200812020-00011.
16. Mailhot M. Caring for our own families. *Canadian Family Physician.* 2002;48:548-547.
17. American Medical Association. Treating self or Family. Code of Medical Ethics Opinion 1.2.1. [En ligne]. [cité le 21 jan 2023]: [environ 1p.]. Disponible: <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/treating-self-or-family>
18. Geiderman JM, Marco CA, Iserson KV. Emergency physician care of family members, friends, colleagues and self. *Am J Emerg Med.* 2019;37(5):942-946. doi:10.1016/j.ajem.2019.01.046
19. 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. doi: 10.1007/s11606-009-1127-1
20. Weinberg JK. The Dilemma of the « Doctor in the Family ». *Narrative Inquiry in Bioethics.* 2018;8(1):47-52. doi: 10.1353/nib.2018.0022
21. Issa AM. Taking Off the White Coat: Can Family Members Who Are Physicians Be Good Surrogate Decision-Makers? *Journal of the American Geriatrics Society.* mai 2002;50(5):946-8. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50224.x
22. Jackson EW, Hauser J. How to Be a Friend Who Is a Physician Without Being a Physician Friend. *Journal of Pain and Symptom Management.* janv 2021;61(1):216-20. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.024
23. Conseil national de l'Ordre des médecins. Aspects déontologiques de la relation de soins entre un médecin et un patient avec lequel il entretient par ailleurs une relation affective ou amicale. a169014. [En ligne]. 18 juin 2022 [cité le 2 nov 2022]: [environ 3p.]. Disponible: <https://ordomedic.be/fr/avis/attestationscertificats/certificat-etabli-par-un-membre-de-la-famille/aspects-d%C3%A9ontologiques-dela-relation-de-soins-entre-un-m%C3%A9decin-et-un-patient-avec-lequel-il-entretient-parailleurs-une-relation-affective-ou-ami>
24. Moskop JC. Doctor in, and for, the Family?: Physicians Reflect on Care for Loved Ones. *Narrative Inquiry in Bioethics.* 2018;8(1):41-6. doi: 10.1353/nib.2018.0021

25. La Puma J, Priest, ER. Is there a doctor in the house? An analysis of the practice of physicians' treating their own families. JAMA. 1992; 267(13): 1810–1812. doi: 10.1001/jama.267.13.1810
26. Législation belge : Ancien Code civil : article 488*bis*, §6.
27. Mediselex. L'Ordre (ne) vous autorise-t-il (pas) à traiter des parents ?. Mediselex [En ligne]. 16 sep 2022 [consulté le 22 dec 2022];(14):[environ 1p.]. Disponible: [https://www.monastucesetconseils.be/2022-09/l-ordre-ne-vous-autorise-t-il-pas-a-traiter-des-parents-WAACMSAR\\_EU32140201](https://www.monastucesetconseils.be/2022-09/l-ordre-ne-vous-autorise-t-il-pas-a-traiter-des-parents-WAACMSAR_EU32140201)
28. Medicare Benefit Policy Manual: Chapter 16 - General Exclusions From Coverage. Baltimore: Center for Medicare and Medicaid Services [En ligne]. 31 Aug 2020. [cité le 21 jan 2022]. Disponible: <https://www.hhs.gov/guidance/document/benefit-policy-manual-chapter-16-general-exclusions-coverage-0>
29. Waddington I. The development of medical ethics -a sociological analysis. Med Hist. 1975;19(1):36-51. doi:10.1017/s002572730001992x
30. Percival T. Medical ethics, or, a code of institutes and precepts, adapted to the professional conduct of physicians and surgeons. Manchester: J. Johnson J, Bickerstaff R; 1803. 268p.
31. Farrell TW, Ozbolt JA, Silvia J, George P. Caring for colleagues, VIPs, friends, and family members. Am Fam Physician. 2013 Jun 1;87(11):793-5.

## ANNEXES

Cfr document ci-joint.

*Par ordre d'apparition dans le texte :*

ANNEXE 1 : Equations de recherche de la revue de littérature

ANNEXE 2 : Mail adressé aux médecins-animateurs de séminaires d'assistants en médecine générale

ANNEXE 3 : Avis de GEIMG

ANNEXE 4 : Avis du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCL

ANNEXE 5 : Document d'information et de consentement éclairé destiné aux participants

ANNEXE 6 : Questionnaire d'évaluation de la formation

ANNEXE 7 : PowerPoint de la formation

ANNEXE 8 : Questions à se poser selon Chen et al.

ANNEXE 9 : Tableau caractéristique des dix séminaires

ANNEXE 10 : Résultats bruts du questionnaire d'évaluation (Excel)

ANNEXE 11 : Commentaires du questionnaire d'évaluation