



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2017

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

**Quand l'amitié s'invite dans la relation médecin-patient :
une étude qualitative auprès des patients**

Présentée et soutenue publiquement le 21 septembre 2017 à 18h00
au Pôle Formation
Par Hugues MARTEL

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Avertissement

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

Table des matières

Résumé	1
Abstract	2
Introduction.....	3
Matériel et Méthodes	4
I. Type d'étude	4
II. Population	4
III. Entretiens.....	5
IV. Analyse des données	5
V. Démarches administratives	6
Résultats.....	7
I. Données recueillies.....	7
II. Résultats obtenus	8
A) De l'amitié	8
B) Du médecin	11
C) De la relation médecin-patient	14
D) Deux relations séparées.....	26
E) Un équilibre instable	35
F) Deux relations sous influence mutuelle	38
Discussion	54
I. Méthode	54
II. Données de la littérature.....	56
A) Une situation fréquente	57
B) Le point de vue des institutions.....	57
C) Le point de vue des médecins	59
D) Le point de vue des internes.....	62
E) Le point de vue des proches	62
F) Les concepts non soulevés dans notre étude.....	64
G) Une situation périlleuse.....	65
H) Le point de vue de la philosophie	68
Conclusion.....	73
Bibliographie.....	74
Annexes.....	77
Annexe 1 : Message à destination des médecins	77
Annexe 2 : Message d'information des participants	77
Annexe 3 : Guide d'entretien	78

Résumé

Contexte : Chaque médecin est confronté un jour ou l'autre à une demande de soin émanant d'un proche, alors même que cette pratique n'est pas conseillée par les autorités de santé. L'expérience des patients dont le médecin traitant est un ami n'avait pas encore été recueillie.

Objectif : Ce travail explore le vécu des patients partageant une relation amicale avec leur médecin traitant.

Méthode : Onze entretiens semi-dirigés de patients ont été réalisés dans la région Hauts-de-France puis retranscrits et codés à l'aide du logiciel QSR NVivo 11®, avec triangulation des données obtenues de l'ensemble des entretiens puis analyse selon une théorisation ancrée.

Résultats : Les patients se satisfaisaient d'être suivis par leur ami, avec les nombreux avantages qui en découlaient pour eux : notamment une plus grande disponibilité du médecin et une relation facilitée même si l'amitié ajoutait parfois un soupçon de pudeur. Ils étaient cependant conscients des contraintes subies par leur ami médecin avec une possible dérive de l'empathie vers la sympathie. Si amitié et relation de soins avaient de nombreuses influences mutuelles, voire pouvaient se confondre, de nombreuses barrières étaient mises en place afin de préserver l'équilibre et la vie personnelle du patient comme celle du médecin. Ils comprenaient qu'une rupture de la relation de soin pouvait s'avérer nécessaire afin de garantir la poursuite de leur amitié.

Conclusion : Une relation d'amitié avec ses patients est possible mais, dans l'intérêt du patient, le médecin doit se rappeler la plus grande pudeur que l'ami ressent à l'abord de certains sujets et veiller à conserver la plus grande objectivité possible.

Abstract

Background: In the course of their careers, all physicians are eventually asked for medical care by one or several relatives of theirs, despite health authorities advising against this type of practice. Up until today, the experience of patients whose primary physician is a friend had not been studied.

Objective: This study aims to explore the experience of patients who are friends with their primary physician.

Methods: Eleven semi-structured interviews were conducted in the Hauts-de-France region, before being transcribed and coded using the software tool QSR NVivo 11®. The data collected from each interview were then triangulated and analysed through the grounded theory method.

Results: The patients were satisfied with being treated by their friends, due to the many resulting benefits, among which the physician's greater availability as well as a simpler medical relationship, although these friendships did sometimes generate some unease in the patients. They were however aware of the constraints their friend physicians were subjected to, with a potential shift from empathy to sympathy. While the friendships and medical relationships were, in many respects, mutually influential, or even difficult to tell apart in some cases, many barriers had been implemented to protect both the balance and personal lives of patients and physicians alike. They understood that it might be necessary to put an end to their medical relationship in order to preserve their friendship.

Conclusion: Although it is possible to be friends with patients, physicians should, in the patients' best interests, bear in mind the greater unease that their friends might feel with regard to certain subjects and make sure they remain as objective as possible.

Introduction

« Est-il encore un plaisir plus pur, que de secourir ses semblables, et de répandre des bienfaits dans le sein de ses compagnons, de ses hôtes et de ses amis ? » Aristote, La Politique.

Si le soin fait indéniablement partie de la relation d'amitié, il n'est pourtant pas conseillé aux soignants de s'impliquer dans la santé de leurs proches. Cette situation poserait de nombreux problèmes éthiques (1,2) avec en premier lieu une perte d'objectivité consécutive à l'affectivité du médecin qui perdrait sa nécessaire empathie. Plusieurs recommandations anglophones (3,4) mettent en garde contre cette situation mais la France se distingue par l'absence de position claire des autorités de santé. De nombreux médecins (5) prennent pourtant en charge leur entourage, famille comme amis, en France comme à l'étranger, les médecins généralistes étant les premiers concernés (6,7).

Ce sujet a déjà fait l'objet de plusieurs travaux étudiant le ressenti des médecins (7–15) et, plus récemment et dans une moindre mesure, celui des patients (16–20) mais aucune étude à ce jour n'a exploré exclusivement le ressenti des patients dont le médecin traitant est un ami.

L'objectif de ce travail est de comprendre le vécu de patients traités par un de leurs amis en répondant à la question suivante : « Quelles sont les interactions entre amitié et relation médecin-patient ? »

Matériel et Méthodes

I. Type d'étude

L'étude était qualitative avec analyse selon une théorisation ancrée de données obtenues lors d'entretiens semi-dirigés de patients dont le médecin traitant exerçait dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

II. Population

Pour être inclus, un participant devait avoir déclaré un ami comme médecin traitant, être majeur, et accepter de participer à l'étude. Pour ce faire, les participants étaient recrutés via leur médecin traitant.

Tout d'abord, une liste des médecins généralistes exerçant à Lille et dans les Flandres était extraite du fichier Répertoire Partagé des Professionnels de santé (RPPS) et communiquée à l'investigateur par l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Nord. Les médecins ayant indiqué une adresse électronique étaient alors contactés une première fois le 2 décembre 2016 avec une relance le 9 janvier 2017 (annexe 1). Dans le même temps, des médecins de la connaissance de l'enquêteur (rencontrés lors de remplacements ou anciens maîtres de stage) étaient également sollicités. Finalement, des médecins étaient contactés aléatoirement par téléphone pour compléter la liste des participants et relancés au besoin.

Les participants étaient sélectionnés afin d'obtenir une variation maximale en terme d'âge, de milieu socio-culturel, de sexe, de catégorie socio-professionnelle et de chronologie de la relation (patients devenus amis ou amis devenus patients).

Les patients étaient ensuite contactés par téléphone, avec ou sans information

préalable de leur ami-médecin, le choix en étant laissé au médecin (annexe 2).

III. Entretiens

Les entretiens étaient réalisés au domicile du patient ou sur son lieu de travail, dans une ambiance calme pour permettre l'enregistrement numérique audio. Celui-ci était double, effectué à l'aide d'un ordinateur portable avec le logiciel gratuit Audacity et d'un téléphone portable type Asus® Zenfone 2 avec l'application native Magnétophone. L'accord oral du participant à la réalisation de l'entretien, à son enregistrement et à sa retranscription, était systématiquement recherché et obtenu. Une fois cet accord obtenu, l'entretien débutait après une courte information sur son déroulement. Durant l'entretien, le langage non-verbal était recueilli par prise de note.

Un guide d'entretien (Annexe 3) était établi au préalable, comprenant des questions ouvertes et des relances, et était adapté au fur et à mesure du travail en fonction des réponses des participants. Ce guide constituait une base sur laquelle conduire l'entretien mais l'enquêteur était libre de s'en éloigner pour se rapprocher du discours de l'interrogé et explorer les thèmes abordés par celui-ci. En fin d'entretien, les caractéristiques du patient étaient recueillies.

Les entretiens étaient ensuite retranscrits à l'aide du logiciel Microsoft Word®, sous forme de verbatim, incluant le langage verbal et non verbal du participant. Les données retranscrites étaient anonymisées (lieux, noms, prénoms, anecdotes, toute information de nature à rompre le secret médical).

IV. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel QSR Nvivo® 11.

La première étape était celle du codage ouvert. Celui-ci consiste à attribuer à chaque mot, groupe nominal, phrase ou paragraphe, un nœud (ou code) correspondant à un concept intéressant le champ de l'étude. Afin de limiter le biais d'interprétation, une triangulation des données de ce codage ouvert était effectuée pour l'ensemble des verbatim : chaque verbatim était codé par un chercheur extérieur à l'étude et une concordance maximale des codes était recherchée. Les entretiens étaient menés jusqu'à obtenir une saturation des données : le patient interrogé n'apportait pas de nouveau code répondant au thème étudié. Cette saturation des données était confirmée par la réalisation d'un entretien supplémentaire.

La seconde étape, le codage axial, consiste à regrouper les codes obtenus en codage ouvert entre eux sous forme de thèmes, articulés entre eux suite au codage matriciel, troisième et dernière étape.

Ces trois étapes sont en réalité imbriquées et se sont déroulées de façon concomitante avec le recueil de données afin d'enrichir celui-ci.

V. Démarches administratives

L'avis d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) a été sollicité selon la procédure en vigueur. Après examen du protocole de recherche, il était décidé que l'étude entrait « dans le champ de l'évaluation des pratiques professionnelles » et ne visait pas « à développer les connaissances biologiques ou médicales au sens de l'article L.1121-1 qui définit les recherches impliquant la personne humaine », et donc que ce projet ne relevait pas de l'avis d'un CPP.

Résultats

I. Données recueillies

Tous les patients contactés ont accepté de participer. Onze entretiens étaient réalisés entre le 14 décembre 2016 et le 28 juin 2017. Ils ont duré entre 27 minutes et 52 secondes et 72 minutes et 34 secondes. La durée totale d'enregistrement était de 7 heures 42 minutes et 5 secondes. La durée moyenne des entretiens était d'environ 42 minutes.

Tableau 1 : Caractéristiques des patients

	Âge	Sexe Patient – MT	Profession	Âge du MT	Milieu	Premier lien
P1	50-54	F – F	Enseignant	50-54	SR	Amitié
P2	40-44	F – F	Comptable	50-54	SR	RMP
P3	40-44	H – F	Cuisinier	50-54	SR	RMP
P4	45-49	H – H	Assureur	55-59	U	Amitié
P5	70-75	H – H	Ambulancier	45-49	SR	Amitié
P6	70-75	F – H	Divers	60-64	R	RMP
P7	65-69	H – H	Agriculteur	65-69	R	Amitié
P8	55-59	F – H	Pharmacien	65-69	R	Amitié
P9	45-49	H – H	Commercial	40-44	U	Amitié
P10	60-64	F – F	Enseignant	60-64	R	Amitié
P11	60-64	H - H	Vétérinaire	55-59	U	Amitié

MT = Médecin traitant ; RMP = Relation médecin-patient ; F = Femme ; H = Homme ;

SR = Semi-Rural ; R = Rural ; U = Urbain.

La saturation des données a été obtenue au dixième entretien et a été confirmée par la réalisation d'un onzième et dernier entretien.

II. Résultats obtenus

A) De l'amitié

L'amitié était vécue de façon diverse par les participants et chacun y allait de sa définition en commençant par des notions de plaisir et de partage : « *C'est la notion de plaisir qui passe en premier* » (P3), « *Partage de sensations, des moments forts, voilà, des moments-clés dans sa vie* » (P3), « *On allait manger à la maison* » (P5), « *Il s'arrêtait « bah tiens, je viens boire une tasse de café » ou un truc comme ça quoi, des petites choses comme ça, c'est des échanges, c'est ça aussi l'amitié je pense* » (P6).

Quand P7 parlait de son ami-médecin, il évoquait le soin : « *il prenait soin de moi* », mais l'amitié c'était aussi « *ne pas juger* », ou partager des valeurs humaines « *en ce qui concerne humanité, solidarité, il y a un socle rassembleur* », « *rassembler des gens* » d'horizons différents.

Pour P8, « *l'amitié c'est pouvoir entendre les choses positives et négatives des autres, sans les juger, (...) compter l'un sur l'autre sans attendre de choses en retour, dans les deux sens, c'est être bien ensemble, savoir rire, c'est tout ça (rires). Oui, non, c'est oui, c'est pouvoir être là, mais sans, enfin, pas seulement quand il y a des problèmes, pour fêter les choses joyeuses aussi ensemble* ». Cette notion de disponibilité et de pouvoir compter sur l'autre était reprise par P2, P3, P4, P5, P6, P8 et P10, ce dernier déclarant : « *on ferait l'impossible* ».

Pour P9 : « *l'amitié c'est l'amour sans sexe (...) on peut dire des choses qu'on*

dirait pas à sa femme, ouais, absolument. C'est pour ça que choisir ses amis c'est difficile et puis, et c'est pour ça aussi que c'est douloureux ». P5 reprenait cette notion de choix : *« on choisit ses amis mais on choisit pas sa famille »*.

L'amitié était décrite comme durable, mais n'imposait pas forcément de contacts réguliers : *« pour moi une amitié c'est pas être chez l'un chez l'autre tout le temps »* (P6), *« C'est ça, c'est ça l'amitié, juste pouvoir compter sur quelqu'un et bon, même si on ne se voit pas, si on est deux mois sans se voir, ça change rien de toute façon. C'est trop profond (...) c'est du solide »* (P10). Mais pour P11, *« l'amitié c'est pouvoir débarquer chez quelqu'un, lui dire bonjour, sans que ça le dérange. Pas tous les jours (rire). En gros c'est ça »*.

Si pour certains, la naissance d'une amitié relevait du mystère : *« pourquoi ça marche avec telle ou telle personne on ne sait pas l'expliquer »* (P4), il semblait important pour une majorité d'entre eux de partager des affinités avec leur ami(e) : *« Je pense que l'amitié elle s'est construite naturellement dans le sens où on s'est retrouvé des mêmes liens, des mêmes approches »* (P3), *« après il y a une histoire de feeling qui existe »* (P4), *« on s'est toujours bien entendus »* (P5).

D'autres conditions à l'amitié étaient évoquées, comme la franchise : *« en fait une relation d'amitié, ça se passe aussi sur la franchise, et je pense qu'on a toujours été francs dans nos propos (...) même si des fois, ben, c'est pas facile d'entendre, faut savoir le dire »* (P3), *« j'ai besoin de ça, de ce côté... euh de sincérité, de confiance... »* (P3).

Cette notion de construction de l'amitié dans le temps était reprise par de

nombreux patients : les affinités se créaient ou se renforçaient dans le sport ou le milieu associatif (P7), dans un club (P4), en soirées (P9) ou, pour plusieurs, grâce aux enfants (P1, P2, P3, P6, P8) :

- « Avant, c'était plus amis comme ça, on se voyait euh, avec les enfants. Les enfants, ça a amené beaucoup la relation à se modifier (...) ça crée des liens (...) c'est souvent les enfants qui viennent graviter en fait autour de tout ça (...) la relation elle s'est construite sur les enfants, plus au début, et après ça s'est euh... on a trouvé des points communs qui nous ont rapprochés plus ou moins » (P3) ;

- « Les enfants étaient scolarisés dans le même établissement scolaire et puis on a retrouvé d'autres amis et c'est comme ça que de fil en aiguille, après à l'école on était un groupe de parents d'élèves (...) ça s'est fait comme ça quoi, comme une mouvance et puis après bah de temps en temps on se voyait, puis là tout de suite c'est plus éclaté puisque les enfants sont grands. Alors là c'est une autre amitié » (P6) ;

- « On est devenu très amis parce que tous nos enfants étaient amis ensemble » (P8), ceci concernait également P1, P8 et P9.

Pour un couple d'interrogés (P2 et P3), l'amitié était née d'une demande du médecin, à l'issue d'une consultation : « Et tout à coup euh, elle m'a proposé... euh m'a dit « Hein, ça serait sympathique de faire connaissance avec mon mari, de se voir un soir... » » (P2). Cette demande était surprenante : « Au départ j'étais un petit peu hésitante (...) au début c'était compliqué pour moi. D'avoir une relation avec son propre médecin (...) j'allais voir mon médecin. Han, prendre l'apéritif chez mon médecin ! » (P2).

Mais l'amitié pouvait se construire malgré les différences, malgré la relation

médecin-malade : « Une relation qui s'est construite au fil du temps, avec tout qui nous séparait. Il est médecin, hein, donc instruit, le médecin du village, moi je suis paysan » (P7).

B) Du médecin

Ce statut du médecin peut constituer un obstacle à l'amitié, du point de vue du patient : « Parce que c'était dur au début. Pour moi ! Toujours avec mes aprioris... Et une fois on en a parlé ! J'lui ai dit : « J'ose pas t'appeler, j'ose pas ceci... nanana » Elle me dit « pourquoi ? Je suis une personne comme une autre, nanana ». Je dis « Oui, mais y'a l'étiquette... ». L'étiquette... c'est ça hein » (P2).

Ces aprioris et l'image du médecin venaient de l'éducation reçue : « Avec les aprioris que nos parents nous donnent quelquefois hein (...) Je vais peut-être pas dire qu'ils sont au-dessus de nous. Ils ont leur prestance, ils ont euh voilà, on donne une image du médecin. Bah c'est ce que nous, c'est ce que moi on m'a fait montrer par rapport à mon éducation... » (P2).

Pour P2, l'éducation reçue dans l'enfance posait des barrières à cette amitié avec son médecin, perçu comme un notable : « On n'était pas amis avec des avocats, des médecins... » (P2), « mes parents sont surpris » et l'amitié permettait de faire tomber ces barrières : « et bon le temps a évolué hein (rires). Comme [Prénom MT] et son mari sont très simples, sont comme nous ».

Pour P7, ce sont les médecins eux-mêmes qui ont changé, sont devenus plus accessibles : « les médecins dans le temps, ce ne sont plus les médecins modernes qui savent se mettre dans la masse, qui savent aussi avoir des actions au niveau de l'école du village, hein, qui sont des hommes comme les autres. Les anciens

médecins, c'était pas comme ça. Le médecin, quand j'étais petit, habitait [Ville], c'était, excusez-moi hein mais c'était le baron qui arrivait, le docteur arrivait, attendez hein, c'était le Docteur, tu vois, le Dieu, boh, hein, une sorte de bourgeois un peu instruit, l'homme au chapeau, si on remonte un peu plus loin c'était l'homme à la calèche qui arrivait faire des miracles, et quand on mettait une distance ».

A propos de la figure médecin en général, P7 ajoute que pour les patients un « *médecin, ça doit toujours être quelqu'un de souriant, un médecin n'est jamais malade, (...) un médecin doit être bien, doit pas être fatigué, ça doit bien aller chez lui tout ça... ».*

Pour P9 aussi, entretenir une amitié avec son médecin traitant actuel avait changé sa façon de voir les médecins : « *ça a changé ma vision de la médecine », « j'ai trop de médecins qui étaient des... souvent des médecins de campagne, qui étaient des vieux médecins, qui étaient des sénateurs quoi. Voilà, qui étaient devenus des sénateurs de la médecine... »*

Pour P6, l'impression était même plus forte : « *Moi je sais que quand je savais que le docteur [nom précédent MT] il venait, il fallait que ma maison soit toute propre, que ça sente bon, que tout ça quoi. Et puis, euh, on avait peur. On avait peur ».* Cela passait par un sentiment d'être redevable envers son précédent médecin pour ses services : « *je me sentais redevable envers lui, il a fallu que je lui fasse un cadeau et tout ça parce qu'il nous avait fait, il s'était bien occupé de [fils] ».*

Alors même que son médecin parvient « *à se mettre au niveau du commun des mortels »*, P7 plaçait encore son ami-médecin sur un piédestal, du fait

notamment d'une différence de niveau d'instruction : « *je considérais l'homme instruit, le médecin, tout ça, comme hiérarchiquement supérieur hein, par rapport à moi* », se dénigrant parfois « *je crois pas que je peux lui apporter grand-chose de très intéressant* » à part « *le fait de faciliter je vais dire son retour parmi le commun des mortels sans y apporter ni de science ni de rien du tout* ». Côtoyer son médecin était pour lui un honneur : « *l'honneur qu'il m'apporte. Simplement, si vous êtes venu ici, moi, euh... bon il a des amis partout, j'aurais pas cru, j'aurais pas imaginé qu'il vous aurait envoyé chez moi, dans le sens euh... pff, ce mec il est bien, ce mec il est instruit. Moi, j'ai pas une estime énorme de ma petite personne. Mais que ça aurait tendance à me relever d'une marche* ».

Si cette différence de classe lui apportait cependant quelque chose : « *j'avais besoin de voir autre chose, c'était nécessaire, d'aller me tremper un peu ailleurs, d'aller respirer un autre air* », il nuance : « *en aucun cas quand il y a de l'instruction je me sentirais d'égal à égal* » bridant l'amitié elle-même malgré la simplicité de son ami : « *par rapport à l'amitié que j'aurais avec le commun des mortels, il y aura quand même le fait qu'il est médecin, il y aura toujours une limite hein. Il y aura toujours une limite, euh, comment je vais dire, d'un cap, que je n'ai, dans la relation humaine, que je n'ai pas à franchir, parce qu'il est médecin, vous voyez ? Il faut pas jouer au riche quand on n'a pas le sou* » malgré les efforts de son ami médecin pour l'inclure : « *Mais moi j'aimerais rester à l'écart, vous voyez ?* ».

Cette différence de classe était perçue par P2, comme cité plus haut, du fait de son éducation, et par d'autres patients également : « *Bah oui, je vous dis, il faisait partie d'une certaine classe, une certaine classe. Pour nous bah les médecins, c'était*

une certaine classe » (P6) mais aussi par P11 alors qu'il en fait justement partie : « j'étais dans une famille de médecins (...) j'ai plein d'amis médecins, ma première femme était médecin (...) mais le fait d'avoir eu un milieu médical, on avait des relations x ou y, quand j'étais petit on allait voir les amis des parents et puis euh, qu'on connaissait et quand j'étais plus grand c'était mes amis. Je suis toujours resté dans un milieu plus ou moins amical. C'est peut-être ça que je recherche en fait (rire) ».

Cependant, cette image du médecin était perçue comme évoluant : « *maintenant les jeunes médecins ils se mettent plus à la portée des... la simplicité, ils se mettent plus à la portée des gens, ne plus jouer au caïd. » (P6), « le statut de médecin a considérablement, de mon point de vue, évolué dans la mesure où il est d'abord indispensable pour son métier, on n'est plus dans ces classes bourgeoises dans le temps, de se fondre dans la masse » (P7).*

C) De la relation médecin-patient

Un bon relationnel

Le relationnel est donc important dans l'esprit des patients interrogés : le médecin se met plus à la portée de ses patients, leur permettant de se retrouver dans un médecin plus simple, loin du baron ou du sénateur évoqué plus haut : « *C'est une personne assez franche, assez simple, et voilà... Donc qui me correspondait » (P2), ou faisant preuve de douceur : « Quand il vient en médecin, bien sûr il est délicat, très gentil et tout » (P5) mais aussi de franchise, qu'il « dise des choses en direct et de pas tourner autour du pot » (P2) et tout en sachant rassurer, « un médecin il doit apporter (...) du calme, de l'apaisement déjà » (P6),*

quitte à cacher son inquiétude à son patient : « *il est très très fort pour ça, pour arriver à cacher ses ressentis* » (P7).

Avant même les compétences, c'est une forme de compatibilité qui est ainsi recherchée par certains patients : « *C'est pas bien, bon médecin, pas bon médecin mais quelqu'un qui me ressemble plus. D'un point de vue relationnel* » (P3), mais cette affinité était évoquée dans les deux sens : « *elle doit avoir certainement (sourire) des affinités ou des gens qui sont plus soûlants que d'autres, ça c'est clair* » (P1).

Relation médecin-patient ou relation patient-médecin ?

Deux patients (P1, P11) s'interrogent sur le sens de la relation « *Alors une bonne relation malade-médecin, c'est dans ce sens-là ?* » (P1) à l'opposé d'une relation allant « *dans le sens médecin malade* » (P11).

La construction d'une relation

Comme pour l'amitié, la relation médecin-malade doit se construire : « *je pense que l'amitié se construit et se fait, entre temps, et elle se fait sur la confiance, et euh... plus ou moins le médecin, dans le temps ça s'est construit aussi, faire confiance de ce qui va être de prescrit on va dire, donc c'est... y'a plus ou moins un rapprochement* » (P3), mais se construire « *sur de bonnes bases* » (P2).

De bonnes bases, cela commence par le choix d'un médecin. Parfois, c'est le successeur de son médecin qu'on choisit « *systématiquement* » (P6) ou bien on se prépare à choisir le successeur de son médecin-ami « *je sais que c'est le médecin qu'il aura choisi, c'est dans sa même mouvance, sa même manière de faire, de*

pratiquer la médecine, je pense » (P6) qui devient en quelque sorte un héritier du médecin précédent.

Ou bien on cherche un médecin parmi son entourage, et c'est plus facile de choisir l'ami : *« c'est comme ça que c'est venu parce que, parce qu'on connaissait pas les autres »* (P1), la vague connaissance : *« Je ne savais même pas si c'était un bon médecin ou mauvais médecin, s'il avait des casseroles ou pas, je me suis même pas posé la question. J'avais besoin d'un médecin... »* (P4), ou parmi la famille plus ou moins proche : *« le beau-frère de ma belle-sœur »* (P8).

Pour P10, cela est allé de soi : *« elle s'est occupée de moi et c'est venu naturellement, comme ça. Mais c'était une évidence »* alors que P9 était conscient d'une gêne que cela pouvait constituer de s'occuper d'un ami, demandant à son ami-médecin : *« Ecoute, est-ce que ça te gêne si tu, si tu t'occupes de ma santé quoi ? »*

Les enfants servent parfois de catalyseur à l'établissement d'une relation médecin-patient, comme pour P4, et P8 : *« je vais très peu consulter, donc ce... enfin j'ai consulté beaucoup plus avec mes enfants quand ils étaient petits »*. Bien souvent d'ailleurs, le médecin traitant s'occupe de la famille (P5, P8, P9, P10, P11) ou est recommandé par le conjoint : *« Prends-la ! Elle est bien... »* (P2).

Cette notion de médecin de famille est importante pour P10 et P9 : *« c'est comme un vrai luxe d'avoir ça, d'avoir cette relation-là, euh... un médecin de famille. En réalité, l'expression me plaît beaucoup quand j'y pense, il est plus qu'un simple médecin, il est médecin de la famille, il connaît l'ensemble des composants, vous voyez, et ces composants interagissent entre eux. »*

Si la relation doit se construire sur de bonnes bases, le temps joue un rôle crucial dans son développement et la connaissance mutuelle des intéressés : « *Vous seriez venu, hum... quinze ans avant, j'aurais pas parlé comme ça. Parce qu'il fallait que ça se construise* », « *l'intimité de la personne envers son médecin ne se crée pas non plus du jour au lendemain* » (P2).

Pour P1 aussi c'est l'ancienneté de la relation médecin-patient qui joue sur les rapports « *l'effet temps, le fait d'être avec elle et de la connaître depuis... enfin, en tant que médecin depuis quelques années (...) pas la relation amicale. L'ancienneté en tant que patient, et médecin* », comme si les relations évoluaient de manière indépendante. P2 ajoute « *on sent que je suis devenue beaucoup plus sincère, beaucoup plus euh... naturelle avec lui* » par comparaison avec un autre médecin avec qui elle n'entretient pas d'amitié.

Cette relation durable est importante aux yeux des patients : « *on a eu la chance d'avoir un bon médecin pendant, pendant les trois quarts de notre vie quand même* » (P6). Ils sont heureux d'être connus de leur médecin : « *Avantage dans la relation, dans la relation humaine parce qu'il me connaît comme s'il m'avait fait* » (P7), « *un médecin proche de ses patients, c'est un médecin qui connaît quasiment tout de ses patients* » (P9), « *elle nous connaît depuis si longtemps, si vous voulez c'est beaucoup plus simple* » (P10). Les interrogés se rendent compte que connaître les patients est important pour le médecin également : « *il connaît tous mes problèmes de santé, il sait très bien à quel endroit il doit chercher, ce qu'il doit contrôler, ce qu'il doit surveiller* » (P11), avec l'évocation du suivi, au cœur du métier : « *j'aime bien que mon médecin me suive* » (P9).

Elle suppose une forme de fidélité : *« personnellement je n'irais pas dire « oh ben on va essayer ailleurs, pour voir, euh... », moi je, et mon mari c'est pareil, quand il dit faut aller là, on va là, point final, on va pas chercher euh, à aller essayer de voir si son diagnostic est bon, s'il est pas bon, on a une grande confiance en lui, c'est sûr »* (P6). P2 ne comprend pas qu'un patient puisse quitter son médecin : *« j'ai été choquée, maintenant j'en ai pas reparlé parce que j'ai pas eu l'occasion. J'en ai parlé à mon mari. Ça, je comprends pas, purée... tout ce que... elle se démène pour nous, elle cherche des solutions, surtout pour son épouse... faire ça, j'ai pas compris ! »*

Ce confort d'être connu de son médecin est mis en opposition avec la relation avec les remplaçants *« quand c'est un remplaçant faut que je lui explique bah voilà que j'ai pris ça, ça, ça, j'ai fait ça, ça, ça, faut que je lui explique mon parcours pour dire de... qu'elle comprenne un peu... La relation est différente »* (P3) ou les spécialistes non-généralistes : *« chaque fois que je consulte un spécialiste maintenant, chaque fois il faut rabâcher la même histoire »* (P10).

Une relation sous influence

D'autres paramètres entrent en compte dans l'établissement de la relation et dans le choix de son médecin avec en tout premier la distance : *« c'est un peu bête de (sourire) de, d'aller faire la route alors qu'il y avait des médecins là »* (P1). P11 quant à lui s'accommode de quelques kilomètres en plus pour aller voir son ami-médecin : *« Je pourrais très bien aller voir n'importe qui, le médecin juste à côté. Je fais des kilomètres pour aller le voir »*.

P10, elle, n'a pas le choix, c'est même une habitude mais elle s'inquiète de l'avenir : « *si un autre médecin veut de moi, parce que je vous l'ai dit, on est dans un désert médical donc y'a plus grand monde qui veut des patients nouveaux ici (rires). C'est vraiment un souci. Vous allez vous installer, vous, par ici ? Non ?* » mais elle s'en accommode, elle fait venir son médecin et en ceci elle constitue un cas particulier : « *J'aime autant faire une consult', qu'elle me fasse une ordonnance quand elle vient ici manger, ou me vacciner contre la grippe quand elle vient manger. Bon, ça se passe comme ça aussi. Si je dois passer au cabinet, bon je vais au cabinet, c'est tout* ».

A l'opposé, P8 aime autant que la consultation se passe dans un lieu dédié : « *maintenant c'est toujours au cabinet donc là déjà c'est plus facile. On est dans un lieu... un lieu tiers je dirais. C'est pas à la maison, ni chez lui ni chez moi quoi* ». Le milieu aussi jouerait un rôle pour P2 : « *en ville, on n'a pas la même relation avec son médecin* ».

C'est également le sexe du médecin qui peut poser problème : « *si demain je dois sortir mes... euh voilà, montrer mon derrière, ça m'embêterait (...) c'est plus la notion que c'est une médecin femme* » (P3), « *je tairais pour lui quoi, pas pour lui mais des choses intimes de la femme* » (P6), quoique cette gêne peut être atténuée par l'âge du patient « *bah maintenant je pense qu'en vieillissant j'aurais moins en moins de problèmes* » (P8).

L'âge du médecin a également son importance avec deux visions opposées, représentées par P9 : « *comme il est jeune, il continue à se former* » et P3 : « *si j'ai un jeune médecin devant moi, ou une femme, je vais être beaucoup plus méfiant dans mon discours* ».

De la confiance

L'ensemble des patients interrogés s'accordait sur certains critères d'une bonne relation médecin-patient, avec, en tout premier et à l'unanimité, une importance particulière attachée à la confiance, « *mutuelle* » (P2), « *réciproque* » (P6) parfois immédiate : « *C'est vrai que je me suis sentie tout de suite en confiance avec elle (ton enthousiaste) !* » (P2), « *confiance à la fois dans le diagnostic, à la fois dans la recommandation et à la fois dans le secret professionnel* » (P4), « *avoir la confiance en la personne et puis aussi en ses qualités, enfin, compétences* » (P8), « *la confiance, je pense que c'est le mot qui serait le plus important pour moi* » (P8), « *on fait confiance, mais il faut que la confiance soit justifiée aussi* » (P9).

Cette confiance vient de plusieurs éléments pour P6 : « *J'ai une grande confiance en le docteur, euh d'abord par son diagnostic, d'abord par son écoute, et puis aussi euh, surtout pour son diagnostic et je dirais aussi par son non-entêtement d'essayer de soigner* ». Le secret médical est mentionné par P9, et P4 : « *lorsqu'on passe la porte, on sait que la conversation est à la fois entre le malade et le médecin (...) j'ai confiance, je sais que ça restera dans les quatre murs* ».

La confiance peut découler de la capacité au doute du médecin, comme chez P9 : « *ce que j'apprécie beaucoup chez lui, c'est sa capacité de remise en cause. Il a, euh, il a le doute, il a le doute, qui l'accompagne tout le temps. Il vit avec le doute, en réalité (...) c'est très important, parce que je... je me méfie toujours des gens qui sont pétris de certitudes (rire), dans n'importe quelle activité d'ailleurs. La capacité de se remettre en cause, elle est fondamentale parce que ça nous permet de pas passer à côté de choses essentielles, parfois vitales, surtout quand on est médecin* »

(P9), une capacité qui conduit le médecin « à demander un avis supplémentaire » ou à « faire des examens ». En découle une nécessité de formation, appréciée de P9 : « comme il est jeune, il continue à se former ».

Pour P6, cette confiance entraîne un effet placebo de la consultation : « quelquefois, on en rigole avec le docteur aussi, il suffit d'être malade et d'aller voir son docteur pour être déjà guéri. Et c'est vrai hein, euh je pense que psychologiquement, on a cette, parce qu'on a une confiance ».

La confiance permet une franchise, de part et d'autre : « C'est comme ça que je vois la relation d'un médecin et d'un patient. Voilà. Que je n'appréhende pas de lui dire des choses. Euh... et voilà, et réciproquement » (P2), « Un patient normal aurait peut-être tendance à le cacher à son médecin, moi je le cache pas » (P11).

Cette confiance et cette importance du relationnel conduisent à une intimité, qui peut être difficilement obtenue : « On se dévoile ! On s'ouvre complètement envers son médecin. Et c'est très dur » (P2).

De ce fait, la relation médecin-patient est perçue comme singulière : « C'est une relation tout à fait particulière, celle du médecin avec un patient, hein, euh, 'fin que moi je considère comme tout à fait particulière. C'est une relation et professionnelle, et en même temps elle est intime puisqu'il est dans votre intimité, il connaît quasiment tout de vous » (P9).

Pour P1, cependant, cette confiance envers son médecin généraliste a ses limites : « Généraliste OK, mais euh, mais voilà quand c'est des petites choses pas

trop méchantes euh voilà mais après il faut quand même faire attention, je trouve que je m'orienterais plus vers des spécialistes », n'intégrant pas forcément son médecin dans cette notion de suivi évoquée précédemment : « Je trouve ça nul. Pourquoi ? Parce que c'est pas elle qui va savoir ! ». En ce sens, P1 s'oppose aux autres interrogés considérant ce recours à un spécialiste non-généraliste comme garant de l'objectivité du médecin, qui pouvait être compromise du fait de l'amitié, comme un avis complémentaire, ou comme une reconnaissance du médecin généraliste de ses propres limites.

Les limites du médecin sont évoquées sous d'autres angles par P1 : *« comme toute personne c'est un humain, elle a le droit de faire des erreurs, elle a le droit de pas être en forme »* mais cela concerne aussi le spécialiste : *« je suis à l'affût aussi »*.

Et si la méfiance était la règle dans la relation médecin-patient ? P1 ajoute : *« Il suffit de mal tomber »* ou encore *« Parce que... on entend des choses. Je me dis bah oui, après... C'est peut-être pas de bol mais si ça nous arrive euh voilà »*. Ainsi, on accorde de l'importance à la notoriété ou au bouche-à-oreille : *« Quand les gens sont connus ou réputés bon », « en écoutant à droite et à gauche », « avec les échos qu'on peut entendre d'autres médecins... oh bah lui ! Oh ! (Rires). J'aurais pas aimé »* (P1).

Des compétences du médecin

Les compétences du médecin ont donc une place importante. Un des rôles évoqués pour le médecin, est de savoir orienter son patient *« je lui dis bah il faudra me conseiller pour aller, où aller après, voir quelqu'un qui tient la route parce que*

voilà » (P1), « il y a des docteurs qui veulent à tout prix tout soigner et ce que je ressens au docteur, il peut pas tout faire, il peut pas, il sait déléguer, il sait nous envoyer au bon endroit et ça c'est quelque chose d'important » (P6).

On demande aussi au médecin de conseiller et d'informer : « quand on sent pas les choses, parce qu'on n'est pas dans le milieu je trouve que pour moi c'est toujours intéressant de savoir des choses » (P1), ou bien d'expliquer : « se mettre à la portée des gens et puis expliquer, expliquer je crois que ça c'est important pour un patient » (P6), « C'est-à-dire qu'il m'explique ce qu'il fait, il m'explique ce qu'il cherche, euh, et, et puis l'ensemble des éléments que comporte mon diagnostic avec les bonnes choses et les mauvaises choses. Et il fait aussi cet effort d'explications, de pédagogie, pour que le non-sachant que je suis comprenne » (P9).

P9 évoque également l'investissement de son médecin : « Il m'a fait faire des examens qui n'étaient peut-être pas nécessaires, en tout cas mais qui étaient jusqu'au-boutistes ».

Enfin, c'est le professionnalisme et les compétences du médecin qui sont une source de confiance : « c'est ça que j'ai aussi beaucoup apprécié dans sa, dans notre relation il est toujours resté un très grand professionnel dans notre relation » (P9), « il se comporte en médecin et c'est ce qu'on attend aussi quand même. Qu'il fasse des examens, ça me paraît normal. Après j'ai eu des médecins qui... arrivent, on parle, ils examinent pas, on fait l'ordonnance et puis vous avez fini. C'est... un peu léger quoi » (P11).

En consultation, le médecin a presque une obligation de résultat pour P5 et

P3, celui-ci déclarant « *quand je viens c'est qu'il doit trouver une solution, ou une parade, ou donner de quoi, sans passer sur l'arrêt de travail, moi j'attends qu'il me soigne* », « *j'attends d'elle qu'elle soit efficace au moment où j'ai besoin...* ». Le tout est résumé par P10 : « *Et j'attends aussi de la compétence, de l'efficacité, de la réactivité, euh... je sais pas euh, un truc énergique. C'est ça que j'attends. J'attends plein de choses* ».

La considération due au patient n'est directement évoquée que par un patient : « *Et auparavant, moi j'ai eu beaucoup de médecins qui considéraient que j'étais un patient et bon, bah voilà, j'étais un peu comme une voiture* » (P9).

Indirectement, c'est au travers du temps consacré au patient que P6 et P7 soulèvent le sujet : « *voilà, à six heures et demie au soir, samedi soir, j'imagine qu'il a autre chose à faire (...) il prend le temps de parler (insistance sur le mot). Et puis au dehors de ça, qu'il sait qui il va guérir, c'est pas pour lui quoi. Il prend le temps de rester face à vous, et puis il vous laisse pleurer, il vous laisse parler* » (P7).

Cette capacité d'écoute du médecin est importante pour P1 : « *Une bonne relation, moi, je dirais déjà, c'est une écoute...* » mais aussi pour P2, P5, P6 et P11 puisqu'elle entraîne d'une certaine manière la confiance évoquée plus haut : « *Que le médecin soit un bon écoutant, qu'il mette en confiance* » (P11).

Pour P10, certains médecins auraient perdu cette capacité : « *parce que, des gens un peu difficiles, certainement surbookés mais qui parfois oublient que les gens en face d'eux sont parfois fragilisés et que... il faut quand même y aller doucement et pas envoyer paître. Une certaine empathie, enfin un accueil. J'attends ça aussi, qu'on m'écoute et qu'on m'envoie pas balader parce que j'ai cinq minutes de retard* ».

et que j'ai pas pris mon traitement ».

De l'empathie

La notion d'empathie est connue par d'autres patients, particulièrement P7 qui parle d'une « *empathie extraordinaire* » chez son médecin, seul recours identifié pour être compris : « *seule la médecine peut se rendre compte des dégâts psychologiques, des dégâts au niveau santé qu'un tel drame peut engendrer (gorge serrée). Vous pouvez aller chez lui, pleurer hein, dire que ça va pas (...) Il a la faculté de comprendre que vous êtes détruit (soupir). Le commun des mortels n'a pas forcément cette faculté* » mais il identifie le risque pour le médecin de verser dans la sympathie : « *il comprend très bien notre vécu, et en même temps difficile oui parce que je sens qu'il veut, par rapport à notre souffrance, dans son cabinet, y mettre une petite distance* », « *il comprend qu'il ne doit pas, ah quelques fois même ça a été un peu dur, qu'il ne doit pas verser dans... dans ce désastre, dans cette tragédie et dans cette détresse* ».

P7 le résume ainsi : « *sa médecine, elle a pas de limite, elle ne tient pas compte je veux dire de l'amitié, hein, tout à fait normalement, de l'amitié, et des conditions sociales de l'individu qu'elle a en face* ».

Même si pour P10, « *un bon médecin, ça n'a pas d'état d'âme* », l'amitié avec les patients peut au contraire poser parfois problème : « *non pas qu'il n'y ait pas d'empathie vis-à-vis des autres patients, c'est pas ce que je veux dire, mais quand il y a des liens plus étroits, c'est sans doute beaucoup plus difficile pour annoncer des choses difficiles* ».

D) Deux relations séparées

Une distance nécessaire

Pour préserver cette empathie, les patients (P1, P2, P3, P7, P8, P9) ressentent une distance imposée par leur médecin-ami : « *Donc, euh, il y a une relation amicale, mais quand on arrive dans le cabinet, euh, c'est pas que ça s'arrête mais on arrive vraiment à faire... ça devient une relation patient-médecin en fait* » (P8), « *Je pense que, je vais pas dire qu'il nous l'impose mais on le sent tout de suite, et donc c'est très facile* », « *Il est pas pareil je veux dire. On sent qu'on est là en tant que patient* » (P8), « *Et il a cette relation de patient-médecin, avec cette distance qu'il s'oblige, pour garder à mon avis, la sérénité du diagnostic et l'objectivité du diagnostic. Et ça c'est flagrant* » (P9). Cela nécessite parfois une discussion entre les deux amis : « *en effet, quand tu viens me voir, je suis le médecin* » (P9).

Parfois, cette distance vient du patient : « *je trouve qu'il faut garder une certaine distance* » (P1), « *j'y vais pas pour la voir elle en tant que personne, et en tant que personne que je connais un petit peu plus mais en tant que médecin* » (P1), avec une séparation parfois bien nette : « *Mais après vous avez une classification, c'est l'ami qu'on va voir ou c'est le professionnel* » (P4), « *J'y vais pas en tant que copine qui va voir sa copine, parce que j'estime que c'est le côté professionnel qui doit ressortir* » (P2).

« *J'ai eu les mêmes questions que vous me posez : les relations de patient-médecin, de, d'amis. Tu vas voir ton amie ? Je dis non, je vais la voir parce que je suis malade. Je vais pas aller la voir au cabinet pour dire bonjour et on va prendre une tasse de café. Non ! Je vais la voir parce que je suis malade, parce que j'ai mes*

enfants qui ont un souci, ils sont malades » (P2).

P7 a même le sentiment d'assister à quelque chose d'unique : *« je sens un moment, un moment où personne ne peut ressentir ça : à un moment donné, il y a le toubib qui est là, qui doit prendre du recul (...) Tu n'es plus [Prénom P7], tu es le patient numéro X. Je sens, c'est, c'est, c'est indescriptible mais c'est sûr ça, c'est sûr »* mais ce recul peut s'avérer difficile à imposer : *« Il peut y avoir de la pénibilité chez lui, euh, dans le cadre d'une amitié, dans l'exercice de sa fonction, l'exercice de la fonction parce qu'il doit sans arrêt, sans arrêt y mettre du recul, y mettre une distance, que cette distance moi je me sens tellement bien que je l'enlève cette distance »*.

Un autre rôle attribué à cette distance est d'aider le médecin à ne pas accéder automatiquement aux demandes du patient : *« il est pas toujours d'accord, un petit coup de calmant, un petit coup de somnifères, ça dérange pas du tout, ce qu'il refuse », « Il fera pas n'importe quoi médicalement, ou des avantages médicamenteux supplémentaires parce que je suis son ami » (P7), « je pense que ça doit poser problème quand les gens, du fait de leur amitié, se permettent de demander des choses et que c'est difficile de refuser (...) c'est plus difficile je pense avec des amis qu'avec un patient, je veux pas dire lambda parce que... un patient normal » (P8).*

Une amitié occultée de la relation de soins

Pour P2, l'amitié n'avait aucune influence dans la relation médecin-malade, la confiance et la sincérité étant les garantes d'une relation de qualité : *« Aujourd'hui je*

dirais que non. Parce qu'on a construit quelque chose de confiance. Et de sincère ».

C'est la même chose pour P4 : *« A partir du moment où comme je disais tout à l'heure, vous avez confiance à la fois dans le diagnostic, à la fois dans la recommandation et à la fois dans le secret professionnel, il n'y a aucune raison d'avoir des contraintes avec l'amitié »*, et pour P5 : *« ça n'a aucun inconvénient en termes de relation de médecin, patient-médecin ».*

Pour P8 et P9, on retrouve le facteur temps et la construction de la relation qui gomment en quelque sorte l'influence de l'amitié : *« quand on a un médecin qu'on ne connaît pas, il y a peut-être une appréhension et cætera qu'on n'a pas avec quelqu'un qu'on connaît. Mais très vite on connaît son médecin (...) que ce soit un ami ou pas c'est toujours pareil »* (P8), *« Quand, voilà, quand vous êtes nu devant votre médecin qui est aussi votre copain, voilà. Bon. Et donc euh évidemment, euh... c'est... on peut avoir un a priori au départ. Aujourd'hui je pense que tout ça, c'est passé »* (P9).

En l'absence de lien affectif, la relation serait même identique : *« J'irais la voir, je demanderais qu'elle me soigne et ça s'arrêterait... voilà. J'attendrais qu'elle fasse son métier comme elle fait actuellement. Ce qu'elle fait »* (P3).

C'est ce que dit P9, alors que l'amitié passait un cap difficile : *« Et inversement, on a eu un petit moment de flottement, de... de... de... brouille, boah, et ma relation avec mon médecin n'a pas changé. Je le voyais toujours comme médecin, mais on se voyait moins pour diverses raisons. Il y a des jours dans l'amitié, où il y a des moments forts et des moments faibles, on était sur un moment faible, mais pour mon médecin, c'était toujours une relation d'égale qualité. Et ma*

confiance était absolument totale ».

On imagine cependant que l'amitié peut gêner le raisonnement du médecin :
« on va en consultation parce qu'on a besoin d'avoir un diagnostic, donc on préfère qu'il soit entièrement concentré là-dessus, et puis du coup on laisse passer quelquefois, je vais pas dire de la pudeur, quelque chose comme ça, mais on est vraiment, oui c'est plus facile, on est là que en tant que malade... potentiel » (P8).

La distance ou la rupture ?

Que le médecin soit devenu ami (P2) ou que l'ami soit devenu médecin (P9) on retrouvait, au début de la relation, une vigilance en lien avec cette double relation : *« j'ai pas changé ma façon de voir les choses depuis qu'on est amies et hum voilà. Ou alors, si j'aurais vu que ça n'allait pas, j'aurais peut-être fait le choix soit de la garder en tant que médecin, soit en tant qu'amie. J'aurais fait un choix. Pour ne pas mélanger les deux relations. Et c'est vrai que quand on se voit, on parle pas de médecine, on parle pas de ça, on parle voilà de choses et d'autres, comme des amies en général » (P2), « au début de notre relation médecin-patient, je me suis dit « il faudra que tu sois vigilant là-dessus » (...) et je lui aurais dit « écoute, si ça te gêne pas, (...) je vais peut-être changer de médecin parce que je sens qu'il y a trop d'interactions entre notre amitié et ta façon de me traiter, de traiter mon cas » mais ça n'a jamais été le cas » (P9).* Une rupture de la relation médecin-malade était donc envisagée en cas de besoin.

Les patients étaient par ailleurs interrogés sur une telle éventualité proposée par leur médecin, une éventualité diversement accueillie. Parfois, ça n'avait même

jamais été imaginé (P4). Des explications au minimum seraient attendues : « *Je crois qu'après une explication claire, sans doute, ça... Mais, mais qu'est-ce qu'il pourrait y avoir comme explication ?* » (P8) parce que soigner est perçu comme un devoir : « *Bah aujourd'hui je pourrais pas concevoir la chose parce que, je pourrais pas comprendre parce qu'elle est médecin. (...) J'ai jamais entendu un médecin qui dit « Je veux plus vous soigner. »* » (P2).

Pour certains, cela viendrait d'un problème dans la relation, d'un côté ou de l'autre : « *C'est certainement dans ces cas-là qu'il y a eu une attitude, ou du patient, ou c'est trop compliqué à gérer pour lui le fait qu'on soit amis* » (P8), ou d'un manque d'observance : « *ou alors elle ne voudrait plus me soigner, c'est que je l'écouterais pas, je prendrais pas ses traitements et euh je l'écouterais pas. Et là je pourrais comprendre* » (P2).

Seul P11 (en raison de sa profession ?) semble imaginer qu'un médecin puisse choisir ses patients : « *Je lui demanderais pourquoi. Après, si la raison est justifiée, pourquoi pas. Il est libre aussi de choisir ses patients mais il faut qu'il justifie* », et un relais doit être assuré : « *Je pense que, pour le médecin traitant, c'est quand même gênant. Maintenant, si ça le gêne trop, il faut qu'il transfère. A un de ses associés ou euh... Il faut que le médecin il ait la capacité de dire « pour moi c'est difficile, je préfère que tu voies un de mes confrères » ou des choses comme ça. C'est le rapport d'amitié entre le médecin et le patient justement qui va faire que... il doit être capable d'en parler aussi, ça doit pas être que dans un sens* ».

Cette décision serait respectée : « *Bah, on respectera, on restera ami, on*

respectera, c'est normal, c'est logique » (P6).

Il faudrait pour P8 que ce soit dit dès le début : *« qu'on me le dise tout de suite je comprendrais »*, sinon c'était inimaginable : *« Je vois pas bien comment quelqu'un peut faire ça »*. Pour P9, ce serait douloureux : *« je serais peiné sur le coup mais après, euh les choses, en tout cas ça n'altérerait rien sur notre amitié »*, même chose pour P5 : *« Bah euh je ne le prendrais pas bien. Je préfère pas y penser, je n'y pense pas. Je sais qu'à chaque fois que j'ai eu besoin de lui, j'ai pu compter sur lui »* même s'il comprendrait *« s'il devait arrêter pour raisons de santé, pour lui, bah c'est dommage quoi, ou bien un aggravement de ma maladie, bon c'est dommage mais je lui en voudrais pas, je serais quand même ami avec. Le principal c'est de garder son amitié »*.

P2 imaginait au contraire un retentissement sur l'amitié : *« Euh... après, euh, est-ce que notre relation d'amitié changerait ? Je sais pas »*.

L'inverse n'est pas vrai pour P11 : *« Maintenant, si on n'est plus amis, j'irais peut-être pas le voir non plus en tant que médecin. Ça c'est peut-être, dans ce sens-là, ça peut être plus direct, empêcher de continuer la relation médicale. Alors que ne pas être médecin, ça je l'envisagerais très bien »*.

Considérer l'ami davantage que le médecin

Cette considération de l'ami et du médecin est reprise par plusieurs patients, tout d'abord par P2 : *« Moi je respecte son métier, et euh... voilà. Je respecte la personne. Ça c'est important »* mais par d'autres qui introduisent une hiérarchie entre les deux relations, l'amitié ayant davantage de valeur : *« l'amitié c'est ça aussi,*

c'est considérer que c'est un être humain, que c'est une personne qui a ses problèmes, ses faiblesses et que de temps en temps, ben elle peut aussi se dégager, dire des choses qu'on a besoin de dire ou partager des moments forts de sa vie, voilà c'est ça » (P3), « c'est mon ami qui est médecin. Et pas l'inverse. Ça c'est très, très important » (P4), « Le principal c'est de garder son amitié c'est tout, voilà » (P5).

Une relation désintéressée

P5 ajoute que la profession de son ami n'a rien à avoir avec l'amitié qu'ils partagent : *« De toute façon l'amitié, elle a pas évolué parce qu'il vient maintenant en tant que médecin, ça a toujours, on s'est toujours bien entendus. (...) Je savais même pas au début qu'il faisait des études de médecine, vous voyez par là qu'on parlait pas de tous ces trucs-là ».*

P8 précise également : *« C'est pas du tout le fait qu'il soit médecin qu'il est devenu notre ami, c'est par d'autres biais, parce qu'on a fait des choses ensemble, avec l'école, avec les enfants, mais rien à voir avec le fait qu'il soit médecin »*, tout comme P9 : *« je me foutais de savoir ce qu'il faisait, s'il était médecin ou garagiste, euh, c'est qu'après que j'ai su qu'il était médecin mais au début on a matché parce qu'on était, on avait... tout de suite des points communs ».*

P2 est sur la même longueur d'onde : *« ah oui tu peux être amie avec un avocat, tu peux être amie avec ta patronne, tu peux être amie euh, avec tout corps de métier, toute personne avec études supérieures de toi euh je veux dire, et on va pas parler, commencer à demander « on se voit, on est amis, mais tu as fait quoi comme études ? » ».*

Pour P3 également, la médecine n'y était pour rien dans la construction de l'amitié : *« C'est pas l'étiquette qu'elle a qui fait que... dans l'amitié qu'on a construite, c'est pas l'étiquette »*, mais elle pouvait entraver sa croissance, même s'il notait une évolution : *« elle avait plutôt une position de... retrait, à pas vouloir trop... s'investir dans notre amitié. Parce que voilà on a une relation qui est quand même, qui se construit sur quelque chose qui est... bizarre »* (P3).

Exclure la médecine de la relation d'amitié

Si des efforts sont faits pour exclure l'amitié de la relation médecin-patient, l'inverse est vrai également, comme si les deux relations ne devaient pas se mélanger : *« J'ai d'autres copains médecins aussi qui disent que les amis c'est pas fait pour être soignés, c'est fait pour s'amuser »* (P10).

Les patients peuvent ressentir un besoin de mettre à distance la médecine de leur relation d'amitié, principalement pour préserver leur ami. Cela suppose des efforts : *« Que le fait qu'elle soit médecin vienne parasiter notre relation d'amitié, en l'embêtant avec nos problèmes parce que c'est pas à moment-là qu'elle attend qu'on... je pense qu'elle attend pas ça de notre amitié. Qu'on la parasite avec son métier »* (P3), *« On va prendre un verre, on va manger un petit bout, on va au cinéma, on va au restau'... là c'est notre amie, là on est en tant qu'amies. Je vais pas commencer à dire, « tu sais, j'ai mal à l'oreille, tu peux regarder ? », non ! Faut garder les bonnes distances et faut garder les bonnes relations »* (P2).

Cette scission entre les deux relations peut d'ailleurs être mal comprise par l'entourage : *« Le fait... je pense que c'est plus les gens aux alentours qui nous*

côtoient, je dirais notre famille, lors des réunions de famille depuis qu'elle est là, viendraient plus l'impacter avec ça. Parce qu'ils ont peut-être du mal à comprendre notre... qu'elle est là en tant qu'amie et pas en tant que médecin » (P3).

Les patients, comme P6, apprécient cette séparation : *« Hier soir il est venu manger avec nous, bah on n'a parlé aucunement de médecine ni quoi que ce soit. Et je voudrais pas, je ne voudrais pas, je ne voudrais pas. Pff, non. Non. »* et de préciser : *« par exemple il sait très bien que je fais du diabète, bon, bah euh, j'aimerais pas qu'il me dise « Hey, tention hein, tu manges, fais attention à ton diabète » et tout ça, euh, et ça il fait pas. Il fait pas. Hier soir, on a mangé des gaufres et tout ça, j'ai mis de la confiture sur mes gaufres (rire), je regrette, bon bah peut-être que... c'est peut-être pas bon, mais c'est pas lui qui m'a dit « Hey, attention ! », ça il fait pas, ah non parce que là, hier, on a bien, on a rigolé, on a bu un 'tiot coup et tout ça, euh, non. C'est des choses que, 'fin, j'admettrais... pas que j'admettrais pas, mais c'est deux choses différentes ».*

Ou encore P9 : *« quand on va courir ensemble, on parle jamais de son taf', enfin il me parle très rarement de son activité, il ne me parle jamais de mon cas ».*

Les conséquences seraient néfastes pour l'amitié : *« je pense que ça gênerait un peu tout. Il y a un temps pour tout »* (P11), mais aussi pour l'ami : *« Ce serait pénible pour elle quand même, elle sortirait jamais de son truc, non. On sait décompresser, parler d'autres choses aussi hein ».*

C'est P3 qui en parle avec le plus de force : *« On viendrait me parler tout le temps de mon boulot, continuellement, je pense que ça me plairait pas. C'est pas ça que j'attends d'une relation... d'amitié. C'est de parler de tout, euh, de tes passions,*

de tes, de ce qui t'intéresse, et ta famille, voilà, mais euh même si des fois c'est, euh, c'est inutile de parler de choses, du beau temps et de la pluie mais au moins voilà c'est pas d'harcéler sur... une chose, au quotidien, qui nous impacte tous les jours, qui nous fatigue toujours parce qu'en fait notre métier, je pense que qui que ce soit, c'est... je déborde mais, le métier de chacun déjà, déborde sur notre famille parce que, plus ou moins, on y travaille beaucoup, de huit heures à sept heures au soir on y travaille ! Si en plus tous les jours, toutes les semaines, les temps libres qu'on a, on vient nous attaquer là-dessus, je pense que, au bout d'un moment, on évite de voir tout le monde ».

E) Un équilibre instable

La séparation des deux relations n'est pas retrouvée chez tous les interrogés... ni même tout au long de l'entretien pour un même interrogé.

Pour P10, par exemple, les deux amies se retrouvent dans une relation où amitié et médecine se mélangent « *Je me sens bien, décontractée, je vais voir une amie plus qu'un médecin* », alors qu'une relation pourrait déstabiliser l'autre, selon P3: « *ça pourrait me paraître logique, un jour ou l'autre, qu'on ne veuille plus avoir cette relation d'amit... euh de médecin qui viendrait aussi... faudrait qu'une relation devienne plus forte que l'autre et vienne influencer énormément sur l'un des deux paramètres* ».

La tentation des privilèges

Les privilèges et les passe-droits sont évoqués : « *C'est pas parce que c'est mon amie que je veux gar... avoir ce privilège-là* » (P2). Parfois c'est même pour préserver le médecin et la manière dont il exerce : « *Je vais pas demander «tu peux*

me faire le certificat ? » parce que je sais qu'il va me le faire en me demandant de faire des exercices physiques (rire), enfin qu'il va le faire de façon... vraiment ! » (P8), « l'ordonnance, il faut se retrouver en face du praticien qui fera des examens (...) bon, des bricoles, tout le monde fait un peu ça. Et je crois qu'il faut pas abuser de ce point de vue » (P7), « Pour lui, ça peut être gênant quoi, ça peut être, ça peut être embêtant, et nous on doit lutter contre ça parce qu'on a tendance à avoir le toubib avec nous, dans un cadre, dans un cadre de convivialité, on a envie de s'en servir. Mettez-vous à la place du commun des mortels » (P7).

On essaie dès lors de respecter le temps de la consultation : *« J'aime pas non plus, quand j'ai un rendez-vous, passer trop de temps parce que je sais que c'est limité et que derrière moi il y a du monde » (P1), même si l'amitié s'infiltré, souvent en fin de consultation (P2, P3) : « J'essaie de pas lui prendre trop de temps, j'essaie de pas trop déborder » (P2).*

Ne pas aller trop loin

Pour P3, P4, P5, P7, P10, P11, c'est important : *« le tout c'est peut-être de faire en sorte de pas déborder non plus dans cette... dans la notion, parce que sinon dans ce cas-là, c'est toujours pareil, on va détruire ce qui a été construit » (P3), « Alors maintenant, depuis qu'ils m'ont dit ça, je n'hésite plus. Mais globalement, voilà, c'était dimanche, j'avais pas besoin de les déranger... mais bon, j'en abuse pas » (P4), « Je vais pas le déranger, je vais pas le déranger si vous voulez pour une petite bricole de rien, tout en ayant son numéro personnel » (P5), « la tentation est forte hein ! Un soir tard, euh, décrocher, non » (P7), « Bah j'espère qu'on n'est pas trop pesants, on essaye d'être discrets et de pas abuser non plus de la relation. Moi*

quand je dérange [Prénom MT], c'est vraiment que j'en ai besoin, je l'appelle pas pour un oui ou pour un non. J'essaie de... je voudrais pas être trop lourd quand même » (P10), « J'en abuse pas donc euh... Le tout, je pense, l'important c'est de ne pas abuser de ce côté-là pour profiter des gens. C'est exceptionnel, je vais le voir quoi, tous les trois mois, et encore... J'abuse pas de la situation. Je pense qu'il ne faut pas abuser de ce genre de choses. Le médecin, il aime pas ça » (P11).

On évoque des amis par intérêt : *« C'est mon ami. En priorité. Il y a des gens qui ont des amis de façade, on va dire, on peut pas appeler ça une amitié. C'est sous prétexte qu'il est médecin, que je suis ami avec lui » (P4).*

Des règles à établir

Pour conserver cet équilibre, P9 indique qu'il faut établir certaines règles : *« Ça nécessite que les choses soient bien établies au début de la relation entre le médecin et son patient »,* tout en gardant à l'esprit qu'il peut être nécessaire de rompre la relation médecin-malade comme on l'a vu plus haut : *« Et puis après, euh, voilà comme je vous l'ai dit, après ça nécessite que, ce recul et que, à un moment, quand on sent que les choses sont trop imbriquées, les deux, les deux, les deux rôles sont trop imbriqués, celui de l'amitié et celui du médecin, peut-être dire, écoute, allez, si ça te gêne pas tu vas prendre rendez-vous avec mon confrère, c'est lui qui va te suivre, il sera plus objectif, là j'ai du mal »,* préservant ainsi l'amitié.

Comme le résume P9, si maintenir l'équilibre entre les deux relations semble demander des efforts d'un côté et de l'autre, c'est que finalement, elles s'influencent également : *« Je vous dis il y a un quart d'heure, je vous dis il y a deux mondes bien*

séparés mais en réalité ces deux mondes-là ils sont factuels à un moment donné, à un instant t où on se voit, mais ils sont pas étanches l'un et l'autre ».

F) Deux relations sous influence mutuelle

De l'empathie vers la sympathie

Loin de l'empathie décrite plus haut, les sentiments feraient irruption lors de la consultation, et dès lors, la sympathie n'est pas toujours très loin, notamment quand il s'agit de traiter une maladie grave chez un proche, dans la famille ou chez les amis : *« quand il est sorti du déchocage, une larme coulait »* (P7), *« c'est épouvantable pour un fils de soigner son père »* (P7), *« même si je sais qu'il est très engagé avec tous ses patients, mais là, il y a l'affectif, voilà »* (P9). P9 imagine son médecin lui dire : *« notre relation d'amitié altère mon discernement, je suis plus suffisamment objectif »* en cas de maladie grave.

Pour P2, comme déjà cité, la sympathie a surgi en consultation par la demande inattendue émanant de son médecin de se voir en dehors de la relation de soin.

Irruption de l'amitié

Les rapports changent par des petites choses, comme le tutoiement évoqué par plusieurs patients, mais cela passe aussi par l'abord de certains sujets, souvent en fin de consultation : *« quand on va par exemple en consultation chez lui, bah on va parler peut-être politique ou on va parler des enfants ou des trucs comme ça mais c'est bref »* (P6), *« Mais oui les quelques dernières minutes, parce que, parce que c'est normal mais peut-être que c'est comme ça avec les autres patients aussi,*

demander des nouvelles des autres » (P8), ou en début de consultation : « Une fois passées les deux trois minutes au début où on parle d'autre chose ». P7 va jusqu'à adopter une attitude désinvolte : « ça peut être un peu pénalisant dans la mesure où quand je rentre dans le cabinet, je dois peut-être essayer d'avoir un peu plus de réserve et essayer de pas faire mon clown » (P7).

Une relation privilégiée

Les patients se questionnent parfois sur cette notion de privilège : *« Est-ce que euh... elle l'aurait fait avec tout le monde ? Je sais pas » (P1), « elle fait des choses qu'elle fait peut-être pas pour d'autres » (P2), « J'hésite à vous dire, j'hésite à vous dire si c'est l'amitié, l'amitié parce qu'il nous connaît bien, ou bien si... il aurait fait ça avec tous ses patients, je sais pas si on a eu droit à quelque chose de plus, je sais pas... » (P7).*

Ce privilège peut totalement chambouler le cadre de la consultation : *« On n'attend pas dans la salle d'attente, on va boire l'apéro et on a la consultation en même temps donc euh... des conditions idéales pour être soigné, voilà » (P10).*

La frontière entre les deux relations est ici très floue : *« Même au cabinet oui. C'est moins facile qu'à la maison certes (...) Mais bon je ne parle pas forcément que de médecine quand je vais au cabinet. Je parle aussi d'autres sujets, plus ludiques et plus agréables que les problèmes de santé (rire) », P10* constituant un cas à part, les autres interrogés consultant leur médecin au cabinet, quasi exclusivement. P8, qui a connu les deux cas de figure, est même attachée à un lieu dédié à la consultation.

Une disponibilité accrue

Mais des consultations ont parfois lieu au téléphone, avec des limites connues des patients : « *Bon vous allez me dire c'est peut-être pas très prudent tout ça, d'avoir un diagnostic par téléphone* » (P9). Cette disponibilité de leur médecin, cet accès facilité, notamment dans l'urgence, étaient décrits par l'ensemble des patients. P2 par exemple déclarait : « *aujourd'hui, je suis contente de savoir que j'ai mon amie qui est médecin, que si, voilà, s'il m'arrive quelque chose je sais qu'elle est là. Elle prendra cinq minutes pour moi je pense* », et P8 disait pouvoir, en cas de besoin, « *bénéficier d'un peu plus de temps* ».

Cette disponibilité découlait de l'amitié pour P4. Elle permettait d'assurer à l'autre qu'on peut compter sur lui : « *Et il sait que, qu'accessoirement si je l'appelle, c'est que j'en ai besoin, quand je l'appelle en tant que médecin. Quand je l'appelle en tant qu'ami, on, voilà...on... Et c'est vice-versa, voilà, c'est une relation d'amitié* », même si certains patients évoquent une gêne possible pour le médecin : « *Peut-être que c'est pas normal mais il m'a jamais fait la réflexion* » (P6).

P9 déclare : « *Il m'arrive de lui demander conseil, de lui faire euh, un petit SMS, « tiens voilà, telle chose, telle chose, qu'est-ce que t'en penses ? » ou même autour de moi, des amis ou des parents, euh... et donc euh, d'avoir un médecin dans ses relations, pour les non-sachants parce que vous, évidemment, vous êtes de l'autre côté de la barrière, mais euh... ça, ça, ça, c'est pas quelque chose d'important mais ça a de la valeur* ».

P7, en contact avec plusieurs médecins, décrit plusieurs façons de répondre à

ces demandes en dehors des consultations :

- « *bon le gars, j'ai des ennuis de cœur : "bah écoute, va voir ton cardiologue" » ;*
- « *Lui aurait tendance à dessiner un petit peu » ;*
- « *"j'suis retraité, me fais pas chier" sauf sur un problème on peut lui dire quoi » ;*
- En parlant de son médecin : « *Lui ne sait pas forcément faire la différence parce que y'en a d'autres qui disent "écoute, médecine, c'est la semaine, maintenant je cours, ou je..." hein. Il ne va jamais tomber dans cet excès-là, il va toujours, quitte à faire une réponse brève, une réponse que l'on comprend pas, comme ça il abrège volontairement le dialogue ».*

Pour certains, cette disponibilité se retrouve chez tous les médecins : « *Oui qu'il sache, en cas de, quand c'est très grave, qu'on puisse quand même, qu'il sache prendre du temps pour recevoir au cas où, mais ça ils le font tous »* (P8), pour d'autres, c'est clairement un traitement de faveur : « *C'est plus facile qu'avec un autre professionnel, on est un peu prioritaires quand même. Il y a des avantages. (...) Et puis bon, c'est vrai, on a quand même des petits passe-droits, on peut y aller à une heure tardive, ou matinale, bon on téléphone et cætera. On aime bien »* (P10).

Pour d'autres, cette disponibilité parfois quasi constante tenait d'une certaine forme de médecine vouée à disparaître « *un médecin de fam... un médecin de campagne, mais peut-être que vous maintenant vous ne pratiquez plus ou remettre une, un membre cassé, euh faire un plâtre, c'est des choses que maintenant vous n'allez plus faire... »* (P6).

Cette disponibilité, entre autres, rassurait les patients : « Ça a de la valeur, voilà, d'avoir un proche qui est toubib, ça vous rassure en tant que patient, ça vous rassure » (P9).

Une relation plus chaleureuse et plus simple

L'amitié permet d'humaniser la relation médecin-malade : « Maintenant, moi j'aime bien le petit côté amical qui fait qu'on n'a pas l'impression d'être un pion, un numéro » (P1), « J'ai pas d'appréhension. Quand je vais voir le médecin c'est que... au contraire c'est plus un moment de plaisir parce que je sais qu'on s'entend bien, qu'elle va m'écouter, c'est ça aussi hein, c'est... j'appréhende pas » (P3), « il a une bienveillance, une petite bienveillance supplémentaire, en disant, bien ça l'engage, évidemment, ça l'engage vis-à-vis de son copain, voilà » (P9).

Les patients rapportaient une plus grande aisance dans la relation : « Y'a quelque chose derrière en plus c'est ça, dans, dans, dans l'aisance, voilà, dans la façon d'être » (P1), P7 se sent « très très à l'aise comme chez moi, comme chez moi ». Pour P9, il n'y a pas d'autre moyen pour susciter cette aisance : « Quand vous voyez un médecin qui n'est pas votre ami, en tant que patient de toute façon, vous êtes jamais, enfin moi en tout cas, en tant que patient quand j'allais voir un médecin j'étais jamais super à l'aise ».

Pour P3 : « Je pense que c'est plus facile de dire des choses à son médecin quand on est amis que quand on n'est pas amis ».

Une vision globale

Cette aisance découlerait du fait que les interlocuteurs se connaissent, ce qui

constitue un avantage en soi : « depuis une vingtaine d'années on est avec elle on sait comment elle fonctionne » (P2), « Avantage dans la relation, dans la relation humaine parce qu'il me connaît comme s'il m'avait fait. Il connaît mes excès » (P6), « En tout cas, ce que je considère comme un médecin proche de ses patients, c'est un médecin qui connaît quasiment tout de ses patients » (P9), « Un médecin, quand il vous voit, évidemment il vous connaît, mais il vous connaît surtout, à mon sens, d'un point de vue physiologique, et beaucoup moins psychologique, voilà. [Prénom MT] me connaît aussi psychologiquement avec mes points forts, mes points faibles, et y'a des moments dans l'année où j'suis bien, des moments dans l'année où j'suis moins bien, parce qu'il connaît aussi mon historique, donc euh... donc euh... donc tout ça fait aussi que dans son interprétation des maux, euh, dans son diagnostic, il a sa vision globale », « pas de pudeur là-dessus, je me dévoile évidemment plus facilement » (P8).

Une communication facilitée

Cela permet aussi de discuter davantage les décisions : « Au contraire, je dirais : « bah là je suis pas d'accord avec toi, euh, euh... non, non non. » » (P6), de demander certains examens comme l'imagine P8 : « si c'est un copain, on dit « tu crois pas que tu pourrais prescrire une IRM ? » ».

Cela permet aussi d'aborder plus facilement certains sujets : « Peut-être parce que je suis certainement plus en confiance et plus détendue et que j'aborde des sujets que j'aurais plus de mal à aborder avec un autre professionnel » (P10) notamment la sexualité, « Je pense que si j'avais un problème, je sais pas, un truc intime ou autre, j'en parlerais volontiers avec [Prénom MT]. J'aurais aucune retenue

si vous voulez, je vais être beaucoup plus libre pour aborder le sujet que... je serais peut-être un peu plus réticente avec quelqu'un que je connais moins bien. (...) Moi au contraire, ça ouvre bien des portes » (P10).

Un autre privilège, peu évoqué, serait celui de la gratuité des soins : *« C'est pas ma mentalité à moi, j'ai dit "je vais te payer, c'est hors de question. Je vais te payer parce que ça..." Au point de vue éthique... » (P7).*

Des relations qui en sortent renforcées

Une plus grande confiance tout d'abord, découlerait de cette double relation et profiterait au médecin en consultation : *« Une relation de confiance peut nécessiter d'avoir... de ne pas avoir d'entraves » (P4), « je fais peut-être un peu plus confiance » (P11).*

Tout à fait à part de ces considérations, c'est une notion de fierté qui est abordée par plusieurs participants : *« Bah peut-être qu'elle est fière d'être mon médecin et qu'on arrive à construire quelque chose » (P2), « Je pense que ça lui fait plaisir d'une part que je m'adresse plutôt à lui qu'à un autre, et puis, euh, il sait que je compte sur lui quand même quand j'ai un problème. Donc, euh, une certaine peut-être fierté entre guillemets du médecin traitant » (P11).*

Enfin, c'est la fréquence des rencontres qui pourrait être impactée : *« on a au moins un lien sûr avec les consult' et cætera, il y a des trucs qui sont périodiques (...) Des fois, avec les amis, on laisse passer quelque mois sans se voir et cætera, bon bah là non. On est toujours en contact » (P10), « J'ai pas besoin de ça, hein, j'ai*

d'autres occasions, rassurez-vous, non mais je veux dire que quand même, c'est vrai que, au niveau, si vous voulez, contacts réguliers, j'ai des contacts réguliers, sans doute plus réguliers que s'il n'y avait pas... euh... on peut des fois passer, des fois deux ou trois mois quand on est amis, sans se voir, c'est pas pour autant qu'on est fâchés mais là, ça arrive moins souvent » (P10), même si P4 en doute : « Je suis malade, c'est pas pour ça que je vais le voir plus souvent ».

Des avantages pour le médecin

Si le médecin profite des avantages cités plus haut, comme la confiance, la vision globale, la communication facilitée (P3) : « Des fois elle va peut-être taper, elle nous a déjà tapé du poing : « tu dois le faire, ça », elle nous impose parce qu'elle sait qu'on fait pas les choses, pour se soigner, « il faut que tu te reposes », l'adaptation d'un traitement : « Et dans le traitement, ça lui permet aussi de, d'être plus juste dans son approche » (P9) ou la pudeur atténuée, certains patients considèrent apporter à leur médecin une bouffée d'air frais dans l'enchaînement des consultations : « Moi lui apporter autre chose ? Des plaisanteries à deux balles, hein, euh le fait, de, de pouvoir le faire redescendre sur terre plus facilement. Vous voyez ce que je veux dire ? (...) Dans la mesure où moi je rentre dans le cabinet médical, pour lui c'est un petit peu détente au cours de sa journée, ça j'en suis sûr. Je dois pas être un patient comme les autres, par le manque de sérieux » (P7).

A l'extrême P7 va jusqu'à inverser les rôles : « Je fais exprès quand je vais en consultation : « Docteur, comment ça va ? ». « est-ce qu'il y a quelqu'un un jour qui pense à te demander comment que ça va ? » parce que t'as le droit d'être, d'être malade quoi, t'as le droit de... je veux dire ça il faut le mettre en avant, et je m'attache... Il a su s'occuper des autres, hein, il faut bien... » avec parfois du

succès, permettant au médecin de se confier : « *Lui, l'homme secret, m'a expliqué sa maladie* ».

Des inconvénients pour les patients

On note une certaine ambivalence des réponses, pour un même participant et entre les participants eux-mêmes puisque si l'amitié facilite certaines choses pour les uns, elle les complique pour d'autres. C'est notamment le cas pour l'abord des questions de sexualité et d'intimité ou de souffrance psychologique.

Concernant l'intimité tout d'abord, hommes et femmes sont concernés, peu importe le sexe du médecin :

- P1 : « *Elle fait aussi gynéco. Et ça je suis pas d'accord* » ;
- P2 : « *j'avais des gros problèmes de gynéco et tout ça et j'osais pas me... me dévoiler. Parce que c'était mon amie* » ;
- P3 : « *en tant que femme, j'ai quand même un frein, sachant qu'il est, qu'on est amis, et quand je le vois, c'est un ami et médecin, eh beh il y a certaines choses c'est vrai, peut-être que je tairais pour lui quoi, pas pour lui mais des choses intimes de la femme* » ;
- P8 : « *j'ai une copine, il lui a posé son stérilet, moi je serais pas allée quoi* » ;
- P11 : « *Si je devais parler de sexualité avec des amis, ce serait un peu compliqué. Je n'ai pas de problème sexuel particulier mais je pense que si je devais en parler ça serait plus difficile* » ou « *Alors s'il devait me faire un toucher rectal peut-être bien (rire). Vaudrait mieux que ce soit un anonyme... qui le ferait.* », « *Je pense que ça pourrait le gêner ouais. Enfin, moi je serais à sa place je pense que ça me gênerait* ».

Pour P6, cela tenait en partie au développement de l'accès aux spécialistes non-généralistes : *« Mais peut-être aussi c'est parce que maintenant, y'a des gynécos, y'a des spécifités (sic), des spécificités, euh dans la médecine quoi. C'est ça. Mais... »*

Pour P8, l'âge atténuerait cette pudeur à dévoiler son corps. Pour P9, c'est le dialogue qui permettrait de faire face à cette difficulté.

P8, même si elle pense que ça ne lui poserait pas problème, imagine une autre situation : *« peut-être les maladies... psychologiques ou psychiatriques. Ou cætera. Bon ça va, bon en cas, je crois pas que ça me poserait problème de le voir si j'avais... non je pense pas ».*

Le corps n'est donc pas la seule chose qu'on cache puisque l'amitié conduirait certains patients à taire certaines choses : *« De là à savoir si je dis tout... On pourrait se poser la question »* (P11), *« Je sais pas pourquoi ! J'ai certainement mon petit jardin secret à moi, à moi, euh... qu'en raison de l'amitié, il a pas forcément besoin de savoir. Oui, pudeur que je n'aurais peut-être pas avec quelqu'un d'autre, que je n'aurais sûrement pas avec quelqu'un d'autre. Je suis sûr et certain »* (P7), *« et pas non plus à vouloir euh... comment montrer trop les choses aussi »* (P1).

On tait des problèmes d'argent *« Peut-être que ce qui est argent parce que bon... En principe, on n'en parle pas dans le cadre d'une consultation médicale. Dans le cadre de la relation amicale, on parle pas du tout d'argent »* (P11), on se livre moins dans les moments difficiles : *« ou le contraire, on n'oserait peut être pas trop dire sur le coup quand... si c'est quelque chose de grave, peut-être. Je me dis que, peut-être, on n'oserait pas trop euh aller droit au but »* (P1) ou bien on n'ose

demander un examen, de peur de froisser : *« l'inconvénient de quelquefois, je demande, je sais pas si on l'a déjà vécu... On a peut-être envie quelquefois d'un certain, de dire « tu crois pas qu'il faudrait voir tel spécialiste ? » et cætera, on a dit ça, ceci, on n'ose pas trop le dire parce qu'on veut pas lui donner l'impression qu'on lui fait pas confiance »* (P8).

A l'extrême, les parents imaginent que l'amitié qu'ils partagent avec leur médecin entraîne une réticence à consulter chez leurs enfants, adolescents notamment : *« Euh... c'est ce qu'ils expriment et c'est ce que je ressens. Et je les comprends. Parce que ça se constr... encore une fois ça se construit ! Et euh il faut... euh voilà, je veux pas leur imposer, euh, [Prénom MT] comme médecin, voilà, parce qu'il faut pas qu'ils aillent et qu'ils osent pas parler parce qu'on les connaît en dehors »* (P2), *« c'est pas toujours évident que ce soit un copain des parents »* (P8).

Des inconvénients pour le médecin

Un des inconvénients pour le médecin serait d'avoir plus de mal à refuser des choses à un ami : *« je pense que ça doit poser problème quand les gens, du fait de leur amitié, se permettent de demander des choses et que c'est difficile de refuser. Ouais. Parce que j'ai un cas justement d'ami euh, commun, il m'a déjà laissé entendre que c'était compliqué, parce qu'il se permettait de demander des choses et de dire des choses, d'avoir l'air de savoir alors qu'il ne savait pas »* (P8).

Les patients imaginent que l'objectivité de leur ami-médecin peut être compromise, une conséquence possible serait de méconnaître un diagnostic, comme le raconte P8 : *« quelquefois on connaît trop bien les gens. Après on l'a*

jamais vécu mais ça doit exister aussi, donc on les imagine comme ça, et peut-être passer à côté d'une maladie parce qu'on est tellement persuadé qu'ils sont... Je veux pas dire que c'est une erreur diagnostique parce que, on n'a, je le pense pas. Mais bon, quelquefois, quand on a des gens trop proches... ».

Ce qui revient surtout, c'est dans le cadre d'une maladie grave, ce dont souffre P5 : *« Il est tracassé, il est embêté. C'est-à-dire il ressent beaucoup les machins que j'ai, il le ressent, il dit, des fois « je suis dépassé, je suis dépassé » », qui préserve son médecin : « Il est pas à l'aise. Quand je lui parle, quand on commence à parler un petit peu, il regarde [Prénom épouse patient], je le vois, j'arrête. Je lui en parle pas ».*

P8 n'est pas concernée mais le conçoit : *« Après, annoncer des maladies graves ou des choses comme ça, ça doit être plus difficile aussi je pense. (...) Déjà, je suppose qu'un médecin qui accompagne un malade grave il y a toujours de la souffrance mais là si en plus c'est un ami, ça doit être plus difficile je pense. Peut-être pas pour le traitement ni rien mais pour la consultation, les voir se dégrader, ça doit être plus difficile ».*

Même chose pour P9 : *« Ce qui me vient tout de suite à l'esprit c'est que, en effet, il me dirait « notre relation d'amitié altère mon discernement, je suis plus suffisamment objectif, et bon voilà t'as un cancer généralisé, je sais que la médecine me dit que tu vas mourir dans les six mois et puis moi en tant qu'ami, en tant que médecin, et toi mon ami, je vais tout tenter même les trucs les plus, 'fin les moins vérifiés (rires), le marabout sénégalais que j'ai rencontré » voilà, là je lui dirais « faut que je change de toubib » (éclate de rire) ou il dirait « bon écoute, je crois que je manque de discernement », et pour P10 « quand il y a une mauvaise nouvelle à*

annoncer à quelqu'un, c'est plus difficile quand on connaît, pour eux. Je pense. On l'a vécu avec un copain qui est décédé maintenant, ça je sais que ça a été difficile aussi ».

Un parallèle est fait avec le traitement des membres de la famille : *« Je pense que ça le gênerait effectivement, il m'en a parlé quand il a dû traiter son père. Il a pas trop aimé ça »* (P11). Le médecin de P7 se serait confié à lui : *« je préférerais que ça soit un autre médecin qui les soigne » et ça je veux bien comprendre, hein. Bon ils vont vieillir, ils vont partir, ils vont devenir gravement malades ses parents, et en première ligne, il doit être le médecin et le fils en même temps ».*

La famille des médecins serait même moins bien soignée que le reste de la population : *« On a déjà discuté par rapport aux médecins, soigner leurs enfants, c'est pas facile. Même leur conjoint, je suis sûr qu'ils sont plus mal soignés que les autres quoi »* (P8).

Ceci pourrait être en lien avec une exigence moindre : *« Peut-être que le fait d'être un ami, il est peut-être moins rigide avec moi qu'il le serait avec un patient normal. Il m'aurait peut-être engueulé parce que j'ai pas fait mes analyses ou un truc comme ça alors qu'il l'a pas fait. Si j'étais un patient, peut-être qu'il râlerait plus, il serait plus rigoureux aussi sur ce genre de choses. Ça pourrait avoir un petit inconvénient, effectivement, dans ce sens-là, je pourrais être moins bien soigné parce que je ne suis pas aussi dirigé, peut-être »* (P11).

P8 évoque une pression supplémentaire à s'occuper d'amis : *« c'est peut-être plus lourd d'aller chez des amis, parce que peut-être qu'on a plus de pression, on peut pas se tromper, parce que, ouais, parce peut-être tout ça, ça doit être plus lourd*

que... et puis les amis peuvent se permettre d'appeler plus » et pense même que *« peut-être qu'on est plus exigeants quand c'est un médecin-ami »* alors que c'est l'inverse pour P7 qui banalise : *« j'y mettais de la banalité, il fallait aller pour ma tension, tatatata, que lui, met du sérieux »*.

Cette séparation entre inconvénients pour le médecin ou pour le patient est relative : la pudeur des patients retentit sur leur prise en charge, tout comme l'affectivité du médecin peut retentir sur leur état de santé.

Influences sur l'amitié

Les influences de la relation médecin-malade sur l'amitié semblent être moindres. Quelques avantages sont évoqués tout de même par P9 qui profite d'un certain point de vue scientifique de son médecin sur des sujets de société : *« ça m'a permis aussi de remettre en cause mon jugement, et on a, c'est intéressant ça, parce que là j'ai affaire à quelqu'un qui est confronté au problème, qui étudie, c'est son job. Alors que moi je suis plutôt de la société civile, et là on confronte, on confronte nos, nos apports, nos travaux, de l'un et de l'autre. Ça c'est intéressant, c'est intéressant d'avoir un toubib dans ses relations, et qui a une vision tout à fait objective, scientifique en tout cas »*, ou bien sur la société elle-même : *« ils ont une vision de la société en tranches, qui est bien plus large que la mienne. C'est-à-dire qu'ils voient différentes strates. Un médecin, il voit euh, un ingénieur, et puis un quart d'heure après il voit un ouvrier de chez Renault, et puis après il voit un épicier, et puis après il voit un chômeur, et puis après il voit un réfugié syrien, euh... vous voyez ? Donc il a cette vision de la société qui est en tranches, beaucoup plus stratifiée que moi qui ai une vision beaucoup plus parcellaire. Et c'est intéressant parce que du fait de nos*

activités, on a des discussions assez animées, sur notre vision de la société, de la politique, des évènements, voilà, mais ça c'est dû à sa profession ».

L'amitié permettrait au médecin de s'évader de la médecine : *« je pense que c'est important pour... bah même pour vous plus tard, et tout ça, de réussir à créer tout ça. Un cercle de personnes différentes, que du corps médical »* (P2).

Mais c'est à double tranchant : *« Mais bon quelquefois il y en a qui pourraient en abuser et cætera. Peut-être difficile de plus couper quoi »* (P8), *« Et peut-être ça doit être pénible, on va déjeuner chez des gens, dîner, et puis euh pff, parler de leur maladie pendant tout le repas ça doit pas être drôle quoi (rire) »*, *« Ce serait pénible pour elle quand même, elle sortirait jamais de son truc, non. On sait décompresser parler d'autres choses aussi hein »* (P10).

Un inconvénient pour les patients seulement est évoqué : *« Ce qui pourrait être gênant dans notre relation future, c'est que, euh... étant donné qu'elle est médecin, elle a des moyens plus... financièrement, c'est plus ce qui m'embêterait... parce qu'on fait souvent des sorties ensemble, du week-end, où on pourrait pas subvenir »* (P3).

L'amitié et la relation médecin-patient : deux relations semblables ?

Si certains patients mettent en garde contre cette double relation : *« je pense qu'un médecin ne peut pas avoir tous ses patients en amis, c'est pas possible (...) et heureusement pour elle parce que sinon elle s'en sortirait plus je crois (rire) »* (P2)

mais P8 nuance : « *Le tout c'est qu'il ait des patients qu'il aime mais sans qu'ils soient ses amis. Je pense que tous les médecins aiment leurs patients* » (P8).

Certains patients font un parallèle entre la relation médecin-patient et l'amitié :

« *C'est juste avec la relation dans le temps, parce que, comme on est très... on s'entend très, très bien avec... bah je pense qu'elle a compris que ça se conjugue, on lui a déjà dit... en fait une relation d'amitié, ça se passe aussi sur la franchise (...) chaque champ qui peut être différent donc il faut construire quelque chose de parallèle mais en même temps il peut y avoir des liens (...) en fin de compte on est sur une relation de quelqu'un qui doit soigner les maux et en même temps qui soigne les maux de la famille, parce qu'en fin de compte elle est, l'amitié c'est écouter aussi quand on est pas bien (...) Parce que bon voilà euh... l'amitié c'est plus ou moins dire « je te dis des choses, j'attends pas que tu me juges, ni que tu racontes, que tu racontes à d'autres. » » (P3).*

L'affectif serait même inévitable dans la relation médecin-patient, ou dans la relation patient-médecin du moins : « *Ce serait comme pour tout le monde je pense, est-ce qu'on peut vraiment n'avoir aucun lien affectif avec un médecin traitant ? Au bout d'un moment il se crée un lien quand même. Ce qu'on appelle un médecin de famille, il y a forcément un lien. Pas affectif comme quand c'est une vieille amitié comme nous, mais de toute façon il y a un lien qui se crée qu'on le veuille ou non. Je vois pas comment on peut rester absolument neutre vis-à-vis de son médecin traitant. Il arrive un moment où on le considère un peu comme quelqu'un de la famille, non ? C'est pas ça un médecin de famille ?* » (P10).

Discussion

I. Méthode

Une étude qualitative était plus adaptée à l'exploration de phénomènes sociaux (21) tels que l'amitié, la relation médecin-patient et leurs interactions.

L'analyse des données selon une théorisation ancrée était la plus appropriée, cette méthode s'attachant à élaborer une théorie selon les données recueillies en entretien auprès de personnes bénéficiant d'une expérience du phénomène étudié (22). Elle est particulièrement adaptée à l'étude d'un phénomène peu exploré : aucune recherche s'attachant à explorer spécifiquement l'amitié dans la relation médecin-malade n'a été retrouvée dans la littérature en début du travail.

Réaliser des entretiens individuels permettait une plus grande liberté de parole et d'aborder une plus grande diversité de sujets (21). Un bémol est à apporter puisque deux des entretiens ont été réalisés en présence de la conjointe du participant : pendant toute la durée de l'entretien de P5, celui-ci étant souffrant, et de façon intermittente pour P7. Cela a pu limiter la liberté de parole de ces deux interrogés.

Les entretiens semi-dirigés ont permis de laisser aux patients une plus grande liberté de parole tout en les encadrant pour rester dans le champ de l'étude. Le guide d'entretien était cependant établi empiriquement, aucune étude sur le sujet n'ayant été réalisée auparavant. Durant l'établissement du guide d'entretien, il était en outre décidé de ne pas s'inspirer des études interrogeant les proches en général, pour ne pas être influencé par des idées préconçues. De plus, les questions étaient parfois mal comprises, ce qui aurait pu être évité si le guide avait été testé avant réalisation

de l'étude, même si la première interrogée n'a pas eu de difficulté à comprendre les questions. Enfin, si le guide a évolué en fonction des réponses obtenues au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, il aurait pu être davantage modifié, le chercheur réagissant davantage aux propos de l'interrogé. La faible expérience du chercheur dans la réalisation de ce type d'entretien a donc pu limiter la qualité mais aussi l'exhaustivité du recueil de données. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, confirmée par la réalisation d'un entretien supplémentaire, afin de limiter ce dernier biais.

Pour limiter le biais d'interprétation du chercheur (22), une triangulation de l'ensemble des données a été réalisée (codage axial) avec un autre chercheur, extérieur à l'étude.

Les enregistrements des entretiens étaient parfois de mauvaise qualité, pouvant induire un biais lors de la retranscription, certains passages étant inaudibles malgré les efforts de l'enquêteur pour réaliser les entretiens dans le calme.

Une variabilité maximale des caractéristiques des interrogés a été recherchée mais on constate que la plupart des participants sont âgés. Si cela a pu induire une saturation des données plus précoce, l'expérience des participants était également plus importante et a pu enrichir les entretiens. Cette plus grande proportion de médecins expérimentés ayant répondu favorablement lors du recrutement s'explique : La Puma (5) retrouvait que les praticiens expérimentés prenaient plus fréquemment en charge leurs proches, comparativement aux plus jeunes.

Les trois premiers participants partageaient le même médecin traitant, et P2 et P3 étaient mariés, ce qui a entraîné des réponses parfois semblables. Il a donc été

décidé par la suite de n'interroger qu'un patient par médecin, pour obtenir une diversité maximale de réponses.

En début d'étude il a été choisi de contacter les médecins traitants pour obtenir les coordonnées de patients à interroger. Cette méthode de recrutement s'est avérée peu efficace en raison du très faible taux de réponse et l'enquêteur a dû contacter des médecins de sa connaissance pour compléter le recrutement. Hormis P5 qui avait été vu en consultation la veille de l'entretien dans le cadre d'un remplacement, aucun patient n'était connu de l'enquêteur.

Cette méthode de recrutement posait le problème de la définition de l'amitié et de sa réciprocité, puisque celle-ci était basée sur les sentiments du médecin. P1 a légèrement remis en cause cette relation en minimisant plusieurs fois lors de l'entretien la relation qui la liait à son médecin.

Les médecins sachant de quel(s) patient(s) ils communiquaient les coordonnées au chercheur, ceci a pu être de nature à compromettre l'anonymat des personnes interrogées et donc influencer leurs réponses. Afin d'éviter cela, les patients étaient assurés d'une anonymisation totale des verbatim (âge, lieux, profession, informations médicales, anecdotes).

II. Données de la littérature

Aucune étude ni recommandation n'a été retrouvée s'intéressant exclusivement à la prise en charge d'un ami par un médecin généraliste. Par contre les références sont nombreuses concernant la prise en charge des membres de sa famille, que ce soit en ambulatoire ou en milieu hospitalier.

A) Une situation fréquente

Tous les médecins ou presque ont, un jour ou l'autre, été confrontés à une demande de soins d'un de leurs proches (5), notamment les médecins généralistes (6,7), que ce soit pour un simple conseil ou pour une authentique consultation avec examen clinique et prescription à la clef. Ces sollicitations débutent dès l'internat (23,24). Marin Marin (23) retrouvait que 95% des internes de médecine générale interrogés avaient déjà été sollicités et 58% y avaient déjà répondu. Ces sollicitations émanaient le plus souvent de la famille proche, et des amis dans une moindre mesure.

Cette situation a été étudiée et commentée dans de nombreuses publications de langue anglaise et le plus souvent du point de vue du médecin (3,5). Par exemple, 99% des médecins interrogés dans un hôpital de l'Illinois avaient déjà été sollicités par un proche (5) que ce soit pour un simple conseil, une ordonnance de dépannage ou bien une prise en charge complète avec interrogatoire et examen clinique.

B) Le point de vue des institutions

La fréquence de cette situation est à mettre en balance avec les nombreuses recommandations notamment outre-Atlantique (2,25–28) invitant les médecins à ne pas traiter leurs proches, en particulier les membres de la famille, pour des raisons éthiques diverses. Les amis sont rarement mentionnés.

L'American Medical Association (2) met en garde les médecins, cette situation pouvant poser des problèmes d'objectivité, de consentement et d'autonomie du

patient. Les sentiments du médecin pourraient influencer son jugement ou l'empêcher d'aborder certaines sphères notamment intimes lors de l'interrogatoire ou de l'examen clinique. Le médecin pourrait également être enclin à traiter des problèmes au-delà de ses compétences. Le point de vue du patient est également évoqué celui-ci pouvant taire certaines informations ou refuser d'être examiné. Ces recommandations et publications excluent évidemment le cas de l'urgence et semblent exprimer une certaine indulgence pour la gestion des problèmes bénins.

En France, il est plus difficile de retrouver des recommandations sur ce sujet. Le Code de Déontologie (29) stipule dans son article 7 relatif à la non-discrimination que le médecin doit soigner toutes les personnes « *quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard* ». Le Conseil de l'Ordre commente cet article, pour aller plus loin : « *Le médecin doit aussi s'efforcer de ne pas être influencé par les sentiments inspirés par les personnes rencontrées. Des patients sont désagréables, difficiles à supporter. Ils ne doivent pas pourtant être plus mal soignés, même si leur comportement peut altérer la qualité des soins, leur observance. Le médecin a le droit de se récuser pour des raisons professionnelles ou personnelles et proposer de mettre un terme à la relation thérapeutique pourvu qu'il n'y ait pas urgence, que sa position soit présentée au patient et que la continuité des soins soit assurée, ce qui peut être délicat quand le patient a un comportement dangereux. L'objectivité est nécessaire à l'action du médecin* » (30). Si les sentiments évoqués sont uniquement négatifs dans ce commentaire, celui-ci peut facilement être transposé au cas de l'amitié. C'est l'objectivité du médecin qu'on vise à préserver et qui doit le guider dans son action.

Le Conseil de l'Ordre qui constate des frontières de plus en plus minces entre vie professionnelle, vie sociale, et médias en ligne, met aussi en garde contre les demandes d' « amitié » sur les réseaux sociaux : « *refuser toute sollicitation de patients désireux de faire partie de ses relations en ligne (c'est-à-dire être « ami » au sens de Facebook). Cette proximité « virtuelle » comporte en effet le risque de compromettre la qualité de la relation patients-médecins qui doit rester celle de l'empathie et de la neutralité des affects.* » (31)

Concernant cette fois-ci le sentiment amoureux, dans un rapport (32) adopté lors d'une session du Conseil de l'Ordre, en décembre 2000 sur le thème « *Pratique médicale et sexualité* », la question d'une relation amoureuse entre patient et médecin est rapidement évoquée : « *une authentique relation amoureuse peut émerger entre un soignant et un soigné : le soigné doit alors être pris en charge par un autre soignant. En somme, il faut apprendre à reconnaître et à respecter "la bonne distance " dans la relation de soins* ».

C) Le point de vue des médecins

De nombreuses thèses françaises (7–13,15,33,34) soutenues ces dernières années ont étudié le point de vue de médecins traitant leurs proches. Dans ces études, la majorité des proches étaient des membres de la famille, parmi lesquels quelques amis se glissaient parfois. Les difficultés supposées par les patients dans notre étude se retrouvaient dans les réponses des médecins interrogés.

La perte d'objectivité était évoquée par les médecins de différentes spécialités (plusieurs généralistes, urgentistes et ORL et un néphrologue) interrogés par Peltz-

Aïm (8) ou les médecins généralistes interrogés par Manaterski (10), Lefranc (12) et Dagnicourt (15) pour qui les participants pensaient quasiment tous qu'une influence existait d'une relation sur l'autre. Cette perte d'objectivité pouvait les conduire à prescrire trop ou trop peu d'exams paracliniques, par inquiétude excessive ou banalisation de l'état de santé du proche. Elle était vécue comme émanant du lien affectif unissant le médecin à son patient et pouvait conduire pour certains à un véritable déni de la maladie (10) de son proche-patient.

La naissance de la relation était le plus souvent naturelle. Si certains supportaient aisément un certain surcroît de responsabilité à traiter un proche, voire y trouvaient de la satisfaction, ou se sentaient plus compétents qu'un autre pour prendre en charge leur proche parfois en raison d'une meilleure connaissance du patient, d'autres le ressentaient comme un poids supplémentaire avec la crainte du risque d'erreur, d'autant plus que certains patients avaient une confiance exagérée en leur proche-médecin, dépassant parfois le cadre de leurs compétences. Il était plus facile de prendre en charge la petite traumatologie que les maladies graves (8) mais certains se déclaraient prêts à gérer la fin de vie de leurs parents.

Un autre obstacle était représenté par la confusion des rôles. Les médecins évoquaient la nécessité de clarifier les choses dès le début, de mettre en place un cadre (15), une distance et des règles avec la condition que les consultations se passent au cabinet et l'affirmation de l'importance du secret médical. Certains s'en démarquaient néanmoins avec des consultations au cabinet dans une ambiance de grande familiarité, ou bien à distance ou au domicile.

On retrouvait cette notion de conseil, chère aux patients interrogés dans notre

étude, et ce côté pratique d'accès facilité aux soins en général et en particulier aux examens complémentaires et avis spécialisés. Le recours à un avis spécialisé était d'ailleurs parfois le moyen de ne pas avoir à aborder certains sujets sensibles ou de remédier au manque d'objectivité.

La pudeur, chez le soignant comme chez le soigné, à évoquer certains sujets intimes au sens large tels que la sexualité, la psychologie ou les addictions (consommation d'alcool voire toxicomanie) tendait à diminuer avec l'âge (15).

Certains médecins n'appréciaient pas de mélanger vie personnelle et professionnelle : ils craignaient d'être décrédibilisés, et que leurs patients fassent preuve d'une moindre observance. L'influence de la relation médecin-malade sur les relations affectives était variable : parfois nulle, elle pouvait entraîner un renforcement ou une dégradation des liens selon les cas. Certains médecins exprimaient la difficulté qu'ils éprouvaient à ne pouvoir souffrir de l'état de santé de leur proche-malade, parlant d'un sacrifice de leur émotion (15) pour ne pas verser dans la sympathie, ce que d'autres médecins échouaient à faire.

Certains médecins parlaient également d'une saturation à devoir s'occuper des problèmes de santé de leurs proches, le plus souvent en dehors des heures de travail. Il était dur pour eux de résister à ces sollicitations. C'est ainsi que certains médecins refusaient parfois de soigner leurs proches, ou abandonnaient la prise en charge afin de garantir leur objectivité ou leur équilibre. Leur famille était parfois moins bien suivie que leurs patients habituels du fait d'une moindre rigueur de la part du professionnel.

L'aspect économique de la relation était mis en avant : la situation entraînerait

une diminution des dépenses publiques (15) du fait de la gratuité des soins découlant du lien affectif.

Sur le sujet de l'amitié, il était décrit comme difficile de maintenir une neutralité bienveillante dans la durée avec les patients, certains devenant des amis, comme ce fut le cas pour certains patients de notre étude.

D) Le point de vue des internes

Concernant les internes (23), des difficultés étaient ressenties pour 92% d'entre eux dans une étude réalisée en France, le plus souvent en lien avec la pathologie du proche-patient mais aussi pour la réalisation de l'examen clinique et de l'interrogatoire. Les internes craignaient une perte d'objectivité et un impact affectif notamment. On retrouvait une volonté plus importante des interrogés de se tenir à l'écart de la santé de leurs proches, un sentiment d'une moindre crédibilité, probablement en lien avec une expérience moindre. Ces situations étaient également perçues comme l'occasion de se former.

E) Le point de vue des proches

Les patients ont été interrogés dans d'autres études (16–20,35). L'une de ces études (19) s'est d'ailleurs attachée à explorer le ressenti des patients de médecins interrogés dans une étude citée précédemment (15). Les amis, quand ils étaient présents, avaient une place marginale dans l'échantillon. Le proche-médecin n'était pas toujours le médecin traitant déclaré ni donc celui qui les suivait habituellement. Les résultats de ces recherches concordent avec ceux de notre étude, et avec celles

citées plus haut se plaçant du point de vue du médecin. On y retrouve en effet les grands axes suivants :

- Un choix naturel, logique, évident, mais surtout libre, et une relation se construisant au fur et à mesure, avec parfois la nécessité de clarifier les choses dès le départ. L'éventualité de la rupture en cas de nécessité (parfois accompagnée d'une discussion), ou de référer à un confrère ;

- Le côté rassurant et pratique pour le patient avec la facilité d'accès au médecin et à son réseau, la disponibilité d'un médecin connaissant intimement le patient et pouvant adapter son traitement en conséquence, la simplicité de la relation et de la communication, le cadre moins formel (téléphone, domicile). Certains soulignent l'importance attachée au cabinet comme lieu de consultation, crédibilisant le médecin ;

- Le médecin-proche (non déclaré comme médecin traitant) consulté principalement pour des problèmes bénins ;

- L'importance de l'écoute et surtout de la confiance qui découle de la connaissance de son proche-médecin, de sa réputation, de son expérience, du lieu de consultation, de l'existence du secret médical (même si certains craignent une trahison de celui-ci), favorisée aussi par le degré d'urgence et la technicité des soins demandés ;

- La mise en place d'une distance par le praticien ou par le patient ;

- Les inconvénients représentés par un manque d'objectivité, l'affectivité comme obstacle à l'empathie avec excès de prescription (dramatisation) ou au contraire minimisation/banalisation des symptômes avec une moindre rigueur, la pudeur (moindre avec l'âge encore) entraînant un interrogatoire et un examen clinique plus superficiels (avec recours fréquent au gynécologue) ;

- L'impact affectif pour le médecin notamment en cas de pathologie grave et la lassitude d'une sollicitation incessante, proportionnelle au nombre de proches soignés avec l'importance de laisser le médecin se détendre et la difficulté pour lui de refuser parfois les demandes des proches. Pression, inquiétude et responsabilité en sortent majorées pour le médecin. A l'inverse, certains médecins s'immiscent dans la santé de leurs proches malgré eux ;

- La confusion des rôles avec la difficulté de séparer le médecin de l'ami, à l'origine d'une moindre observance, du fait d'un médecin décrédibilisé et le comportement plus familier du patient en consultation, notamment quand le médecin-proche n'est pas le médecin traitant. Dans le cas contraire, les patients parlent davantage d'une séparation nette des rôles, d'un cloisonnement, permettant d'obtenir une relation normale présentant néanmoins quelques singularités ;

- L'importance plus grande accordée à la relation affective et le sentiment d'être redevable conduisant à des gestes visant à rétablir l'équilibre et parfois à l'inversion des rôles et l'adoption par le patient d'une attitude d'écoute.

Les membres de la famille voyaient les amis comme un cas particulier, plus difficile à soigner pour les uns, le contraire pour les autres. Ils pointaient du doigt une relation plus souvent intéressée avec un plus grand risque de complaisance.

F) Les concepts non soulevés dans notre étude

La gratuité des soins, évoquée dans plusieurs de ces études (18) n'a en revanche été mentionnée que par un patient (P7) dans notre travail. L'impact économique pour la société cité par les médecins comme les patients n'a pas du tout été évoqué.

Certains proches-patients trouvaient que leur relation avec leur médecin était mal vue des autres patients. De même, bénéficiaire de passe-droits, auxquels les patients tenaient, s'accompagnait d'un vécu culpabilisant.

Toutes les thèses étudiées soulevaient une crainte de déranger le proche médecin. Ceci est peut-être la conséquence du fait que le médecin n'était pas forcément le médecin traitant des personnes interrogées.

G) Une situation périlleuse

Poids pour les soignants et risque de *burn out*

La Haute Autorité de Santé (36) indique dans ses recommandations que les soignants sont particulièrement à risque de souffrir d'épuisement professionnel, du fait de leur charge de travail.

L'impact des sollicitations par les proches et la nécessité de laisser au médecin des moments de détente, voire de les préserver en ne les parasitant pas avec la médecine, ont été évoqués dans notre étude et par les médecins interrogés dans d'autres papiers cités. Dans son rapport sur l'épuisement professionnel des médecins, Galam (37) retrouvait que 32% des médecins menacés par le *burn out* déclaraient leur vie privée trop parasitée par le travail contre 15% des médecins se disant non menacés. Cependant, il n'était pas précisé quelle forme ce parasitage prenait. Le premier moyen d'échapper à l'épuisement était représenté par les vacances et les loisirs pour 90% des interrogés, d'où l'importance pour les proches de préserver ces moments. Le même auteur retrouvait chez les internes (38) une association entre risque d'épuisement professionnel, charge de travail, et temps dédié à la vie privée.

Pour Céline Lefève, philosophe, le *burn out* peut découler d'un déni de la

sympathie, et de l'affectivité en générale, des soignants.(39)

Risque d'erreurs médicales

Dans son travail de thèse (40), Nicolas Mathieux a identifié sur dix-sept cas, deux situations où la prise en charge d'un proche s'était soldée par une plainte, plaçant cette situation comme à risque d'erreur médicale. De son côté, Delmas a étudié les facteurs favorisant les erreurs médicales chez les proches (41) : à ceux existants déjà chez tout patient, l'affect du médecin pour son patient-proche engendrerait ce qu'elle appelle un scotome, c'est-à-dire une minimisation des symptômes voire un déni du diagnostic du côté du médecin, déjà évoqué par les médecins plus haut. L'émotion perturberait ainsi l'objectivité du médecin, non seulement dans le cadre de son raisonnement mais aussi de son intuition (*gut feeling*), avec une majoration du sentiment de réassurance du médecin et minimisation de son sentiment d'alarme. Elle décrit également des conditions de prise en charge inadéquates (lieu, moment de la journée) avec un interrogatoire et un examen clinique sommaires, voire inexistantes.

Pour minimiser ce risque d'erreur et améliorer le vécu du soignant, les institutions et de nombreuses publications (américaines et anglo-saxonnes notamment) proposent des règles de bonne pratique et des questions à se poser avant et pendant la prise en charge d'un proche (tenue d'un dossier médical, communication des informations au médecin traitant, être conscient du retentissement possible sur la relation affective, éviter de prodiguer des soins relevant de l'intimité, être conscient que les membres de la famille peuvent ne pas oser refuser d'être pris en charge ou peuvent s'y sentir obligés), ou du moins des

questions à se poser avant de s'engager dans une telle situation (1–4,6,28).

Des thèses françaises (42,43) ont tenté de proposer des recommandations aux médecins confrontés à une demande de soins de leurs proches. Dautel et Jeanne (38) ont fait valider 50 items (sur 79 proposés) par un groupe d'auteurs ayant travaillé sur le sujet, la plupart cités dans notre propre travail. Ces items sont regroupés en grands axes selon le moment de la prise en charge, que l'on peut résumer ainsi :

- Réfléchir à cette éventualité avant qu'elle se présente avec information des proches et explications sur les conséquences pour le médecin d'avoir à tenir ce double rôle, avoir été formé à l'université, identifier les situations à risque, identifier ses limites et se préparer à dire non ;

- Une fois la demande formulée, réfléchir aux implications pour le patient et pour soi-même, sa compétence à traiter le problème, questionner son objectivité, se demander si une autre option existe que de s'en charger serait d'ailleurs la première question à se poser ;

- Une fois la prise en charge débutée : adopter une attitude professionnelle, limiter la confusion des rôles, demander l'avis d'un confrère au moindre doute, ne pas interférer avec les soins ayant déjà débuté, communiquer avec le médecin traitant ;

- Participer à des groupes Balint/groupes de pairs ;
- Connaître les implications juridiques de cette situation ;
- Réfléchir régulièrement à cette situation.

H) Le point de vue de la philosophie

Céline Lefève, lors d'un colloque sur la philosophie du soin s'interroge justement : la relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ? (39).

Opposition de l'amitié et de la relation de soins

Elle commence par opposer amitié et relation de soin et décrit la relation médecin-malade comme inégale, au contraire de la relation d'amitié, et ce, sur plusieurs points :

- Asymétrie de la relation de soin opposant la vulnérabilité et la dépendance du patient au médecin qui détient le savoir et donc le pouvoir. L'amitié, en revanche, suppose l'égalité entre les deux amis.

- L'amitié véritable naît gratuitement, librement, et ne relève pas d'un choix. Elle s'impose d'une attirance réciproque et d'une sympathie à partager et à être ensemble. Au contraire, la relation de soin est imposée, pour le patient par sa situation de malade (souffrance, besoin) et par sa demande d'aide. Pour le médecin, elle viendrait du choix de sa profession.

- L'amitié n'est pas utile ou intéressée. La relation d'amitié est sa propre fin alors que la relation de soin a une finalité extérieure : le rétablissement de la santé du malade (elle occulte ici le rôle de prévention du médecin généraliste et de préservation de la santé de ses patients).

- La gratitude du malade pour le soignant qui, même si elle ne s'épuise pas dans la rémunération, s'inscrit dans une logique de la dette alors qu'avec l'ami elle ne clôt pas mais engage la relation, c'est une promesse de continuer.

- Le vivre ensemble de l'amitié est recherché par les amis alors que, dans le soin, le vivre ensemble est presque voué à disparaître : on est content de ne plus

aller chez le médecin.

- L'amitié est rare : on ne peut pas être l'ami de tout le monde, alors que le médecin a de multiples relations avec ses malades et la diversité de ses malades lui interdit d'éprouver avec tous des affinités électives.

- Du fait qu'elle est une élection affective et en partie irrationnelle, l'amitié du médecin pour le patient ne peut pas être exigée de lui et on ne peut pas demander au patient d'être l'ami du médecin même si leur relation peut se muer en amitié au fil du temps.

Une amitié déconseillée

L'amitié, étant élective et donc partielle, constitue une préférence à partir de laquelle un médecin se consacrerait plutôt à ses amis qu'à des inconnus alors que la bienfaisance du médecin se doit d'être inconditionnée.

Pour son efficacité, la relation de soin implique de maîtriser l'affectivité. Pour les Grecs et notamment Aristote, l'amitié n'était ainsi pas souhaitable dans l'exercice de la médecine : elle risque de perturber la relation et d'entraver la juste conduite du traitement. L'idée d'amitié était aussi étrangère au médecin hippocratique qui était un médecin itinérant. Sa réputation se fondait sur ses aptitudes, son expérience et son enseignement, pas sur la longue fréquentation de ses patients, ce que suppose l'amitié.

Le patient peut craindre l'amitié de son médecin : il attend son objectivité en vue de la qualité et de l'efficacité du soin. Le patient, dépendant du médecin, peut interpréter son invitation à l'amitié comme une intrusion dans son intimité ou comme une tentative du médecin d'obtenir une rétribution déplacée (morale, sociale, financière voire sexuelle).

L'amitié pour le patient fragiliserait le soignant, les affects déstabilisant les soignants (peur de l'échec, culpabilité, souffrance de la séparation). Ils peuvent compromettre la relation de soin et son efficacité voire entraîner plusieurs formes de violence (indifférence, négligence, maltraitance) ou l'épuisement des soignants. Il faut trouver une juste distance, préservant soignant et soigné, c'est-à-dire une relation basée sur l'empathie et non sur la sympathie (souffrir ensemble).

L'amitié approfondit la relation de soins

Chez les Romains, l'amour de l'humanité va devenir une motivation dans le choix de la carrière médicale, en particulier chez Celse (médecin du 1^{er} siècle après J.-C.) qui recommande de tenir compte des caractères individuels et physiques du malade, comme dans la médecine hippocratique (l'âge, le tempérament, la constitution) mais aussi des caractères individuels subjectifs : « *à science égale, le médecin est plus efficace s'il est ami que s'il est étranger* ». Il plaide pour une connaissance médicale profonde de la nature du malade, qui ne se limite pas à la science.

Comme l'ami, le médecin doit avoir pour le patient une empathie qui consiste à se mettre en imagination à la place de l'autre. Comme l'ami qui sait ce que nous ressentons (désirs, craintes, doutes...), l'empathie du soignant doit lui permettre de manifester qu'il comprend la situation du patient et un partage s'effectue. L'empathie permet aussi de montrer au patient la singularité de son expérience, ce que l'expérience du médecin peut effacer ou sa carapace dissimuler. En exprimant cette compréhension de la maladie et de son épreuve, et qu'il est encore touché, le soignant crée une situation propice à l'expression voire au partage de la souffrance,

de la détresse et de l'angoisse. L'empathie permet au médecin de résister à la routine et au repli sur la logique (pourtant indispensable) du traitement qui peut le faire désertier la relation de soin et renvoyer le patient à sa solitude.

Amitié et relation médecin-patient peuvent donc se ressembler, nécessitant de passer de la sympathie à l'empathie. Par l'empathie, le médecin adopte le point de vue du malade et le passage de la sympathie à l'empathie reflète la nécessité d'associer à l'objectivation de la maladie la prise en compte de la subjectivité du malade, ce qui nécessite d'allier le partage de son affectivité avec la compréhension de ses normes de vie.

Le médecin comme un ami : importance de l'écoute et de l'empathie

Cette importance de l'empathie dévoile l'importance de l'écoute qui semble mobiliser dans le soin une attitude proche de l'amitié. Comme l'ami, le médecin doit écouter, apprendre, et comprendre. L'écoute est nécessaire en médecine car pour traiter, il faut connaître les normes de vie (biologiques, physiologiques, psychologiques, sexuelles, sportives, scolaires, sociales) des patients, qui sont indissociables de l'expérience et du jugement qu'il en fait. Il n'y a pas d'opposition possible entre objectivité et subjectivité. Le médecin doit connaître objectivement une subjectivité qui a ses normes et son sens et s'en faire l'interprète.

Il y aurait aussi une exigence éthique à cette écoute. Choisir son médecin dépend en grande partie de l'attention que celui-ci va porter aux questions du patient sur le sens de la maladie : pourquoi, comment, quoi faire, etc. En acceptant du malade cette fonction d'interprète, le médecin accepte d'être choisi par le malade et cela signifie par là même qu'il accepte de subordonner son désir d'action (parfois

exacerbé) au respect des normes de vie du malade et de sa liberté. Le malade reconnaît dans cette acceptation et dans ce respect une vertu éthique, et c'est pour ça qu'il fait de ce médecin son médecin.

Amitié et relation de soin viseraient toutes deux à la compréhension et l'interprétation de la vie mais aussi la liberté de l'autre et apparaîtraient comme un débat dont la finalité consisterait à comprendre et à mettre en œuvre une norme de vie qui serait conforme à l'essence du patient.

L'amitié serait ce qui arrive lorsque la relation de soin arrive à un certain équilibre, le lieu d'une égalité lorsque la normativité propre et l'autonomie du malade sont reconnues, et lorsque de son côté le soignant reconnaît qu'il a appris et qu'il est renforcé dans sa vertu.

Conclusion

La demande de soin émanant d'un ami et la naissance d'une amitié avec un patient constituent des situations fréquentes en médecine générale. La question de l'influence de l'amitié sur la relation de soin et vice-versa méritait ainsi d'être étudiée. Les réponses des patients interrogés ici concordent en grande partie avec ce qui était retrouvé dans de précédents travaux concernant la famille comme les amis. La relation amicale comporte cependant ses spécificités.

Cette situation particulière comporte des avantages pour le médecin mais surtout pour l'ami qui y trouve notamment un médecin plus disponible et, croit-il, plus à même de le prendre en charge du fait d'une bonne connaissance mutuelle. Les patients se rendent néanmoins compte que l'amitié favorise la pudeur avec un risque de taire certaines informations ou d'éluder une part de l'examen clinique et qu'il existe pour les médecins de nombreux inconvénients. L'importance capitale de l'empathie et sa frontière étroite avec la sympathie sont les sujets d'une réflexion philosophique passionnante mais aussi la source de problèmes éthiques, d'erreurs médicales et, parfois, de plaintes. Des propositions sont d'ailleurs faites dans la littérature pour faire face à une demande de prise en charge émanant d'un proche et guider la réflexion du praticien.

Que ce soit par l'établissement préalable de règles ou par un ajustement de la relation au fil du temps, chaque patient interrogé y trouvait son compte et chaque couple médecin-patient un équilibre.

Nous espérons que ce travail permettra aux médecins généralistes de mieux comprendre dans quoi ils s'engagent en entretenant une amitié avec leurs patients, à quelles difficultés ils s'exposeront et quels bonheurs ils seront amenés à vivre.

Bibliographie

1. Anyanwu E.B. et al. Ethical Issues in Treating Self and Family Members. *Am J Public Health Res.* 2014;2(3):99–102.
2. American Medical Association. Principles of Medical Ethics [Internet]. 2001. Available from: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ama-code-medical-ethics#Chapter 1: Opinions on Patient-Physician Relationships>
3. Chen F. et al. Role conflicts of physicians and their family members : rules but no rulebook. *Wes J Med.* 175:236–9.
4. Eastwood GL. When Relatives and Friends Ask Physicians for Medical Advice: Ethical, Legal, and Practical Considerations. *J Gen Intern Med.* 2009 Dec;24(12):1333–5.
5. La Puma J. , et al. When Physicians treat members of their own families. *N Engl J Med.* 1991;325(18):1290–4.
6. Scarff JR, Lippmann S. When physicians intervene in their relatives' health care. *HEC Forum Interdiscip J Hosp Ethical Leg Issues.* 2012 Jun;24(2):127–37.
7. Cousin M. Attitudes des médecins généralistes et des pédiatres du Nord-Pas-de Calais vis-à-vis des soins à leur propre famille [Internet]. Université de Médecine Henri Warembourg - Lille 2; 2014. Available from: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/56f854b9-ca9a-45f7-a499-6bda840498d2>
8. Peltz-Aïm J. Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches ? : enquête qualitative auprès de 22 médecins exerçant en région parisienne [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2012.
9. Durieux W. Déterminants de la prise en charge de ses proches, en particulier de ses enfants, par le médecin généraliste: étude qualitative auprès de médecins girondins par focus groupe [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2012.
10. Manaterski F. Étude des leviers et des freins dans la prise en charge par un médecin généraliste de membres de sa famille : enquête auprès de médecins généralistes de Meurthe et Moselle. Université de Bordeaux; 2014.
11. Finelle S. Faut-il soigner ses proches: étude qualitative auprès d'un échantillon de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2013.
12. Lefranc A-C. Le médecin généraliste face à la santé de ses propres parents, père et mère : son positionnement, ses difficultés, son ressenti. Amiens; 2017.
13. 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]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2005.
14. Cornec-Lasserre S. Soigner ses proches en tant que médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2005.
15. 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]. [France]: Université d'Angers; 2012.
16. E.Caniato. Ressentis et attentes des proches soignés par leur proche-médecin : enquête

- qualitative auprès de 12 proches de médecins généralistes exerçant en région Rhône-Alpes. Lyon-Sud; 2015.
17. M. Da Silva. Quelles sont les attentes et le ressenti des proches du médecin généraliste ? Etude qualitative auprès de 12 patients des Alpes Maritimes. Université de Nice Sophia-Antipolis; 2014.
 18. Hennevin R. Médecin de sa famille : une gageure ? Point de vue de l'entourage du médecin généraliste. Université de Médecine Henri Warembourg - Lille 2; 2015.
 19. Bouve C. Soigner ses proches : quelle résonance chez les soignés ? Etude du ressenti des proches par enquête qualitative. Angers; 2015.
 20. Bleuez G. Prise en charge d'un patient par un médecin généraliste membre de sa famille: étude par questionnaire auprès de 50 patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2014.
 21. Aubin-Auger I. et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;(84):142–5.
 22. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. 2002;3:81–90.
 23. 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]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2013.
 24. Aboff B. et al. Residents' Prescription Writing for Nonpatients. *JAMA*. 2002;288(3):381–5.
 25. Latessa R, Ray L. Should you treat yourself, family or friends ? *Fam Pract*. 2005 Mar;41–4.
 26. Fromme E, et al. What do you do when your loved one is ill ? *Ann Intern Med*. 2008 Feb 12;149(11):825–9.
 27. Gold K, et al. No Appointment Necessary ? Ethical Challenges in Treating Friends and Family. *N Engl J Med*. 2014;371(13):1254–8.
 28. Krall E. Doctors Who Doctor Self, Family, and Colleagues. *Wis Med J*. 2008;107(6):279–84.
 29. Ordre National des Médecins. Code de Déontologie Médicale [Internet]. 2017. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
 30. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 7 - Non-Discrimination [Internet]. 2017. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-7-non-discrimination-231>
 31. Ordre National des Médecins. Déontologie médicale sur le Web. 2011.
 32. Hoerni B. Pratique médicale et sexualité [Internet]. 2000 décembre. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sexuelles.pdf>
 33. Metz A. Le ressenti des jeunes généralistes face aux demandes de soins de leurs proches: Étude qualitative auprès de quinze médecins exerçant en Alsace [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2014.
 34. Bonvalot V. Médecin traitant de sa propre famille: différences de pratique dans la relation thérapeutique intrafamiliale [Thèse d'exercice]. [1969-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II; 2009.
 35. Garand J. Médecin traitant de sa propre famille, quelles sont les difficultés à soigner ses proches (parents, conjoint, enfants) ? : Enquête qualitative menée auprès de proches de médecins

- généralistes ardennais [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2015.
36. Haute Autorité de santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. 2017.
 37. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France; 2007 Juin.
 38. Galam E, Komly V, Tourneur AL, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2013 Mar;63(608):e217–24.
 39. Céline Lefève. La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ? [Internet]. Ecole Normale Supérieure de Paris; 2009. Available from: <http://www.diffusion.ens.fr/index.php?res=conf&idconf=2430>
 40. Mathieux N. La bonne distance dans la relation médecin-patient : travail à partir de 17 cas de plainte en lien avec des pratiques relationnelles inadaptées. Poitiers; 2013.
 41. Demond-Delmas V. Soigner ses proches : une erreur ? Recherche des facteurs contributifs d'évènements indésirables lors de soins délivrés par un médecin généraliste à ses proches. Etude qualitative auprès de douze médecins généralistes par entretiens semidirigés. Faculté de Médecine de Lyon-Est; 2014.
 42. 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 [Internet]. Grenoble; 2013. Available from: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/915086/filename/2013GRE15106_beguin_marion_1_D_.pdf
 43. Dautel M, Jeanne J. Quelles propositions de la littérature sont susceptibles d'aider le médecin à gérer la demande de soin de son proche ? Enquête auprès d'un groupe d'experts. [Internet]. Faculté de Médecine de Grenoble; 2015. Available from: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01244844/document>

Annexes

Annexe 1 : Message à destination des médecins

Cher Confrère, Chère Consœur,

J'effectue actuellement mon travail de thèse sur le thème des patients déclarant comme médecin traitant un de leurs amis. Cette étude qualitative réalisée par entretiens semi-dirigés des patients visera à étudier leur ressenti dans cette situation : quels sont les avantages et les inconvénients de cette relation de soins ? Quel cheminement les a conduits à faire ce choix ? La relation d'affection liant le patient à son médecin interfère-t-elle avec la relation médecin-malade ? Si oui, dans quelle mesure ?

A cette fin, je vous sollicite pour que vous puissiez me communiquer une liste de vos amis-patients ainsi que leurs coordonnées afin que je puisse les contacter, s'ils acceptent de participer à cette étude. Bien entendu l'ensemble des données recueillies seront entièrement anonymes. Vous pouvez trouver jointe à ce message, une lettre d'information à destination des patients.

Je me tiens à votre disposition pour répondre à vos éventuelles questions,

Confraternellement,

Hugues MARTEL

Annexe 2 : Message d'information des participants

Madame, Monsieur,

Remplaçant en médecine générale, j'effectue actuellement mon travail de thèse sur la relation médecin-malade. Votre médecin traitant a jugé que votre profil serait intéressant pour cette étude. Je vous contacte pour vous demander si vous accepteriez de participer à ce travail.

Votre rôle serait de répondre à une série de questions portant sur votre vision de la relation liant un médecin à son malade en général et sur votre propre relation avec votre médecin. Ces entretiens seront réalisés en face à face, avec enregistrement audio, dans le lieu de votre choix. L'ensemble des informations recueillies resteront anonymes et confidentielles.

Je me tiens bien sûr à votre disposition pour répondre à vos éventuelles questions,

Cordialement,

Hugues MARTEL

Annexe 3 : Guide d'entretien

Questions brise-glace :

Comment décririez-vous votre relation avec votre médecin ? De quand date cette amitié ?

Comment se caractérise pour vous une bonne relation médecin-malade ?

Comment vous sentez-vous lorsque vous allez consulter votre médecin ?

Quelle influence votre amitié avec votre médecin a, selon vous, sur votre relation à lui/elle en tant que patient ?

Et sur sa relation avec vous en tant que médecin ?

A contrario, quelles influences votre relation avec votre médecin a-t-elle eues sur votre amitié ?

Quels avantages y a-t-il, à votre avis à choisir comme médecin traitant un ami ? Quels inconvénients ?

Si vous n'aviez aucun lien affectif avec votre médecin traitant, quelles différences y aurait-il dans vos consultations ?

Comment le prendriez-vous si votre médecin décidait de ne plus vous soigner ?

Qu'est-ce, pour vous, que l'amitié ?

Relances :

Pourquoi ?

Comment ?

C'est-à-dire ?

Pouvez-vous m'en dire plus ?

Comment vous êtes-vous sentis ?

Qu'en avez-vous pensé ?

Que voulez-vous dire ?

Qu'est-ce que vous avez ressenti à ce moment-là ?

Caractéristiques du patient et du médecin :

Patient : Age, Sexe, Profession

Médecin : âge, sexe, mode d'exercice (urbain, rural, semi-rural)

Ancienneté de l'amitié

Ancienneté de la RMM

AUTEUR : MARTEL Hugues

Date de Soutenance : Jeudi 21 septembre 2017

Titre de la Thèse : Quand l'amitié s'invite dans la relation médecin-patient : une étude qualitative auprès des patients.

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : amitié, relation médecin-patient, étude qualitative, soins primaires

Résumé :

Contexte : Chaque médecin est confronté un jour ou l'autre à une demande de soin émanant d'un proche, alors même que cette pratique n'est pas conseillée par les autorités de santé. L'expérience des patients dont le médecin traitant est un ami n'avait pas encore été recueillie.

Objectif : Ce travail explore le vécu des patients partageant une relation amicale avec leur médecin traitant.

Méthode : Onze entretiens semi-dirigés de patients ont été réalisés dans la région Hauts-de-France puis retranscrits et codés à l'aide du logiciel QSR NVivo 11®, avec triangulation des données obtenues de l'ensemble des entretiens puis analyse selon une théorisation ancrée.

Résultats : Les patients se satisfaisaient d'être suivis par leur ami, avec les nombreux avantages qui en découlaient pour eux : notamment une plus grande disponibilité du médecin et une relation facilitée même si l'amitié ajoutait parfois un soupçon de pudeur. Ils étaient cependant conscients des contraintes subies par leur ami médecin avec une possible dérive de l'empathie vers la sympathie. Si amitié et relation de soins avaient de nombreuses influences mutuelles, voire pouvaient se confondre, de nombreuses barrières étaient mises en place afin de préserver l'équilibre et la vie personnelle du patient comme celle du médecin. Ils comprenaient qu'une rupture de la relation de soin pouvait s'avérer nécessaire afin de garantir la poursuite de leur amitié.

Conclusion : Une relation d'amitié avec ses patients est possible mais, dans l'intérêt du patient, le médecin doit se rappeler la plus grande pudeur que l'ami ressent à l'abord de certains sujets et veiller à conserver la plus grande objectivité possible.

Composition du Jury :

Président : Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs : Professeur Christophe BERKHOUT – Docteur Matthieu CALAFIORE – Docteur Anita TILLY-DUFOUR