UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Vécu des médecins généralistes installés lorsque se crée une amitié dans la relation de soins : étude qualitative dans les Hauts-de-France.

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 03 mars à 18h00
au Pôle Formation

par Camille LEDUC

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Laurent TURI

Madame le Docteur Delphine LEGRAND-DUFOUR

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Charles CAUET

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

ACS	Assurance Complémentaire Santé
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COREQ	Consolidated criteria for Reporting Qualitative research
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DIU	Diplôme Inter Universitaire
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
MG	Médecin Généraliste
MSU	Maître de Stage Universitaire
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
ORL	Oto-Rhino-Laryngologiste
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAP	Seringue Auto Pousseuse
SMUR	Service Médical d'Urgence et de Réanimation
URPS	Unions Régionales des Professionnels de Santé

TABLE DES MATIERES

RESUME **7**

INTRODUCTION **8**

I. LA RELATION MEDECIN-PATIENT 8

II. L'AMITIE MEDECIN-MALADE 10

III. COMMENT S'EFFECTUE CETTE TRANSITION SYMPATHIE-EMPATHIQUE ? 11

MATERIEL ET METHODE **14**

I. TYPE D'ETUDE 14

II. POPULATION CIBLE ET RECRUTEMENT 14

III. LE GUIDE D'ENTRETIEN 14

IV. REALISATION DES ENTRETIENS ET RECUEIL DE DONNEES 15

V. L'ANALYSE DES DONNEES 16

VI. CADRE LEGAL ET ETHIQUE 16

RESULTATS **17**

I. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON 17

II. LE MEDECIN GENERALISTE : UNE PERSONNALITE SINGULIERE 18

A. **Être médecin : une profession humaine** 18

1) *Un métier encadré* 18

2) *Un métier privilégié* 19

3) *Un métier social* 20

B. **Un être humain comme les autres** 21

1) *Avec ses faiblesses* 21

2) *Avec ses émotions* 21

3) *Un être social comme un autre* 22

4) *Être respecté* 22

III. L'AMITIE AVEC LE PATIENT : UNE REALITE ? 22

A. **La relation médecin-malade paternaliste** 22

B. **L'évolution de cette relation** 23

C. **La proximité médecin-malade** 26

D. **L'amitié médecin-malade** 27

IV. ÊTRE EN PREMIERE LIGNE : UNE SOLLICITATION PERMANENTE DE LA PART DU PATIENT 29

A. **Être un confident** 29

B. **Être vulnérable** 29

C. **Se sentir harcelé** 29

D. **Se sentir agressé** 30
E. **Un avantage pour le patient** 31
V. **MISE EN DANGER DU MEDECIN GENERALISTE** 32
A. **Être influencé par le contexte** 32
1) *Souffrance psychologique* 32
2) *Soins palliatifs* 32
3) *Patients fragiles* 33
B. **Être disponible sans limites** 33
1) *Lieu d'habitation* 33
2) *Coordonnées personnelles* 34
3) *Réseaux sociaux* 34
C. **Dépasser ses limites** 35
1) *Ne pas savoir dire non* 35
2) *Perte de jugement* 35
3) *Outrepasser son rôle* 35
4) *Avantager le patient* 36
D. **Baisser la garde** 36
VI. **MOYENS DE PROTECTION : CREATION D'UNE BARRIERE** 37
A. **Soutien familial** 37
B. **Soutien professionnel** 38
1) *Présence d'un secrétariat* 38
2) *Présence d'une équipe pluridisciplinaire* 38
3) *Création d'un réseau interprofessionnel* 39
C. **Se protéger soi-même** 40
1) *Connaître ses limites* 40
2) *Confiance en soi* 40
3) *Garder sa vie privée* 40
4) *Numéro de téléphone tenu secret* 41
5) *Cadrer sa présence sur les réseaux* 42
6) *Lieu d'habitation éloigné du cabinet* 42
D. **Maintenir un cadre professionnel** 43
1) *Rester professionnel* 43
2) *Rester à sa place* 43
E. **Responsabiliser le patient** 43
1) *Relation contractuelle* 43
2) *Rendre le patient acteur* 44
3) *Cadrer la relation* 44
4) *Décontextualiser la relation* 45
VII. **MODELISATION** 45
DISCUSSION 47
I. **FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE** 48
A. **Limites de l'étude** 48
1) *Environnement des entretiens* 48

2) *Lieu d'exercice des médecins généralistes* 48
3) *Manque d'expérience du chercheur* 48
4) *Moyen d'enregistrement unique sans secours* 48
5) *Temps d'entretien* 48
6) *Limite des références bibliographiques* 49
B. Forces de l'étude 49
1) *Première thèse qualitative sur le sujet* 49
2) *Méthode de recrutement de l'échantillon* 49
3) *Entretiens compréhensifs* 49
4) *Triangulation des données* 49
5) *Grille COREQ* 49
II. DISCUSSION AUTOUR DES PRINCIPAUX RESULTATS 50
A. La relation médecin malade 50
1) *Les attentes des médecins généralistes* 50
2) *Les attentes des patients* 51
B. Amitié médecin-malade 52
C. Impact dans la relation de soins 52
1) *L'absence de changements* 53
2) *Une perte d'objectivité* 53
3) *Redevance des médecins généralistes* 53
D. Mécanismes de défense du médecin généraliste 54
III. PISTES D'AMELIORATION ET PERSPECTIVES 55
A. Améliorer la formation des jeunes médecins : piste pédagogique 55
B. Organisation de formation aux Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) 56

CONCLUSION 57

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 58

Annexe 1 : Classification du risque 61

Annexe 2 : Première version du guide d'entretien 63

Annexe 3 : Deuxième version du guide d'entretien 64

Annexe 4 : Version finale du guide d'entretien 65

Annexe 5 : Grille COREQ 67

Annexe 6 : Codage Axial 70

RESUME

Introduction : La relation médecin-patient est complexe et évolutive au même titre que la société. Malgré ses capacités d'adaptation dans sa relation aux autres, il arrive parfois que le professionnalisme du médecin généraliste laisse place à une part de subjectivité : se développe alors une relation d'amitié entre médecin et patient. L'objectif de cette étude était de s'intéresser au vécu de chaque médecin, quand l'amitié s'immisce dans les soins.

Méthode : Une étude qualitative a été menée par des entretiens individuels auprès de médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France entre février 2021 et décembre 2021. L'analyse a été menée par théorisation ancrée avec triangulation des données.

Résultats : Un total de dix entretiens a permis la suffisance des données. Le médecin généraliste intervenant en première ligne était sollicité en permanence. La fragilité psychologique, sociale ou organique du patient représentait une difficulté supplémentaire dans le maintien d'une distance émotionnelle avec le patient. Le médecin généraliste pouvait se mettre en danger par une disponibilité à la demande, et un dépassement de ses limites sur le plan professionnel et émotionnel. Pour y faire face, il s'efforçait de se protéger en dichotomisant vie privée et vie professionnelle et en autonomisant le patient dans les soins.

Conclusion : L'introduction de l'amitié dans les soins demande des efforts supplémentaires au médecin généraliste pour maintenir un cadre professionnel et éviter l'envahissement émotionnel. Avantageuse pour le patient, elle représente surtout un poids pour le médecin. Plusieurs ajustements sont alors nécessaires de la part du médecin généraliste pour y faire face et rétablir l'équité dans les soins.

INTRODUCTION

« *C'est seulement dans l'effacement de soi, que l'on peut, par empathie, percevoir la réalité de l'autre.* »

Jean-Pierre Otte

La médecine est à la fois une science exacte objective et une science subjective interpersonnelle humaine.

La relation médecin-patient est complexe et évolue au même titre que la société.

C'est dans cette dynamique que le médecin généraliste laisse place à une relation basée sur l'intersubjectivité, le partage de l'expérience vécue entre lui et le patient (1).

I. LA RELATION MEDECIN-PATIENT

Le médecin est un être humain à part entière, doté de capacités d'adaptation dans sa relation aux autres. Il les tire de son enseignement facultaire et du serment d'Hippocrate(2) prononcé lors de sa soutenance de thèse d'exercice. La relation médecin-patient est une alliance thérapeutique particulière basée sur la confiance, l'intersubjectivité et dénuée d'affects dans certains cas (3).

L'empathie représente le socle de toute relation médecin-malade. Elle signifie une attitude du médecin, caractérisée par une attention au malade basée sur le dévouement, l'écoute et la disponibilité. Elle désigne sa capacité à travailler activement sur les émotions. Cette relation s'équilibre ainsi dans un échange constructif et bienveillant, tout en restant professionnel. Sans elle, la confiance que chaque patient

concède à son médecin traitant, en serait fragilisée et serait un obstacle dans l'évolution de cette relation. C'est cette confiance qui permet d'avoir un « *rôle thérapeutique indirect* »(4).

Mais cette évolution, qualifiée de *co-évolution*(5), n'est permise que par la capacité du médecin à se placer dans la position du patient avant chaque prise de décision médicale, par le maintien d'une distance émotionnelle. Il s'agit d'un juste milieu émotionnel : comprendre sans chercher à éprouver. Mélissa Mailhot l'illustre parfaitement dans son travail : « *The limits, or boundaries, of the physician-patient relationship define the psychological and social distance that physicians and patients expect to find and feel comfortable with.* » (6).

Les médecins désignés comme les plus empathiques semblent plus altruistes et poursuivent moins de buts personnels. Une majorité de patients souhaitent une relation humaine avec leur médecin (7).

Il peut arriver que cet équilibre soit rompu et que ce professionnalisme laisse place à une part d'objectivité. Ainsi dans ce pacte de soin se développe une relation d'amitié, décrite par Max Scheler comme « *Fusion affective* , fruit de la « *contagion affective* » (8).

Il est intéressant de réfléchir à ce moment où l'empathie bascule alors vers la sympathie, voire l'amitié.

II. L'AMITIE MEDECIN-MALADE

Le médecin reste un être social et à ce titre les relations qu'il crée sont nécessaires à son équilibre, aussi bien professionnelles que personnelles : « *nos amitiés tiennent une place majeure dans notre sociabilité* »(9).

Peut-on définir l'amitié ?

L'amitié ne peut se résumer en une définition univoque. La définition de l'amitié présente sur le site du Centre National de Ressource Textuelles et Lexicales rend compte de cette complexité : il en existe différentes formes (10).

Aristote résume l'amitié en la fusion de deux entités : temps et proximité (11). On voit que la relation médecin malade répond parfaitement à cette représentation.

L'introduction de l'amitié dans les soins est décrite depuis l'antiquité. Par exemple l'amitié est définie par Sénèque comme une possibilité, et non une transition automatique (12), alors que Celse considère l'amitié comme « nécessaire »(13).

Philip Alexander Reider nous explique que la bonne entente reste sa priorité dans son choix de médecin traitant (13). Il commence par rappeler la nécessité d'une relation professionnelle, « ce qui qualifierait au mieux ma relation avec mon médecin est son caractère professionnel ». Mais il ne s'arrête pas à son professionnalisme, puisqu'il écrit « *nous nous sommes compris lors de notre premier entretien* » tout en mettant un point d'honneur à préciser qu'il « *ne fait ni partie de mon cercle d'amis ni de ma famille* ». On retrouve ici cette ambiguïté : d'un côté le médecin ne doit pas appartenir à notre propre famille « proche » c'est-à-dire loin du sentimental et de l'intime, mais de l'autre il faut que celui-ci « *me comprenne* »(13).

Il existe des dérives, avec la naissance dans la littérature au XVIIème siècle d'une vision utilitariste de l'amitié entre patient et médecin. Cette notion d'avantages existe d'ailleurs dans chacune des parties : fausse amitié envers la clientèle aisée pour le médecin, décrite par Jean Bernier en 1689, et intérêts économiques évidents du patient à entretenir son amitié avec le médecin, lui évitant de payer les soins.(13)

III. COMMENT S'EFFECTUE CETTE TRANSITION SYMPATHIE-EMPATHIQUE ?

Ce changement peut se faire au fil des années, ou par un évènement intercurrent rapprochant les deux parties. Il peut s'effectuer par l'influence du milieu d'exercice(14).

Rourke mettait en lumière dès 1993, la pluriformité de la relation médecin malade qui pouvait toucher chaque médecin, et ce, « *even in large urban areas* »(14). Par opposition à la campagne, où « *such a separation of relationship is practically impossible* » en référence à cette distance émotionnelle impossible entre médecin et patient dans les relations de soins.

L'introduction des sentiments dans la relation de soins est connue de la littérature : les soins médicaux prodigués à un membre de la famille par exemple, ont largement été décrits. LaPuma(15) posait en 1992 les bases d'un questionnement qui devrait se poser à chaque médecin avant l'engagement ou non, envers un membre de sa famille. Une classification du risque en fonction de l'objet de la demande a vu le jour pour aider les praticiens dans leur choix de répondre à cette demande(16). (**Annexe 1**)

Plusieurs recherches se sont intéressées aux soins délivrés aux amis des médecins et aux particularités engendrées par cette relation d'amitié préexistante à la relation de soins (14,17,18).

Les études qui s'intéressent aux changements dont doit faire face le médecin généraliste, lors de la naissance d'une relation d'amitié avec son patient, sans qu'elle ne soit pré existante aux soins, sont rares dans la littérature.

En France, il n'existe pas d'obstacle légal à soigner ses proches, même si plusieurs codes d'éthique internationaux le déconseillent (19,20). D'ailleurs, la première mention de « non conseil » de soins apportés aux proches voit le jour en 1794 par Thomas Percival(21).

Légalement, l'ordre national des médecins français, dans l'article 7 du code de déontologie, basé sur l'article R-4127-7 du Code de Santé Publique(22), commente :

« Le médecin doit aussi s'efforcer de ne pas être influencé par les sentiments inspirés par les personnes rencontrées. […] L'objectivité est nécessaire à l'action du médecin. »

Rourke voit un avantage à se rapprocher du patient : « *creater knowledge and understanding of a patient though an intimate patient physician relationship can be beneficial unless the intimacy threatens the physician's independance of action* »(16).

Chacun se place ici dans l'optique du patient, et non sur le ressenti du médecin vis-à-vis de cette transition.

Quel est le vécu du médecin généraliste lorsque se met en place une relation d'amitié dans la relation malade-médecin ?

L’objectif de cette étude était de s’intéresser au vécu des médecins généralistes, quand l’amitié s’immisce dans les soins et d’étudier les changements induits dans la consultation.

MATERIELS ET METHODES

I. TYPE D'ETUDE

L'étude réalisée était une étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée de données issues d'entretiens individuels de type semi-directifs.

II. POPULATION CIBLE ET RECRUTEMENT

La population étudiée était les médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France. Ils ont été recrutés par échantillonnage raisonné théorique entre février 2021 et novembre 2021, orientant la recherche de nouveaux participants en fonction des analyses précédentes.

Chaque participant a été recruté directement, après un contact initial téléphonique ou par messagerie instantanée, permettant de présenter la thématique globale de l'étude. Les participants ne connaissaient pas la question de recherche.

Les critères d'inclusion étaient d'être un médecin généraliste, installé, dans la région Hauts-de-France. Les médecins généralistes ont été caractérisés par le sexe, l'âge, le nombre d'années d'installation, le mode d'exercice.

III. LE GUIDE D'ENTRETIEN

Un premier guide d'entretien a été élaboré par le chercheur et son directeur de thèse, avec des thèmes généraux selon la revue de la littérature (**Annexe n°2**). Ce guide d'entretien a été évolutif et actualisé au fur et à mesure des entretiens, avec

ajustement des questions ouvertes pour aboutir à quatre « thèmes ». Au final, trois versions ont vu le jour. (**Annexes n°3,4**).

IV. REALISATION DES ENTRETIENS ET RECUEIL DE DONNEES

Chaque entretien a été réalisé en présentiel jusqu'au 15 décembre 2021, dans un lieu adapté et choisi par le participant. Chaque entretien était de type compréhensif selon les principes de J.C Kaufmann. Le nombre d'entretiens a été fixé par l'obtention de la suffisance des données : atteinte lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles propriétés pour compléter une catégorie existante ou en suggérer une nouvelle.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone iPhone®. Chaque enregistrement audio a été retranscrit de façon anonymisée *ad-integrum* à l'aide d'un ordinateur portable de marque Asus® et du logiciel Microsoft Word®.

Un journal de bord a été tenu tout au long de la recherche, permettant à l'élaboration théorique de rester ancrée aux matériaux des entretiens. Dans le journal de bord, des comptes-rendus de terrain, de codages, théoriques, et opérationnels ont permis l'analyse ancrée dans les données et de rassembler, après chaque analyse d'entretien, les nouvelles pistes à explorer. Il a permis au chercheur d'analyser ses ressentis à la fin de chaque entretien, mais aussi de recueillir chaque réflexion hors contexte.

V. L'ANALYSE DES DONNEES

L'ensemble des verbatims a été analysé à l'aide du logiciel Microsoft Excel® selon le principe de théorisation ancrée. Une triangulation des données a été réalisée indépendamment entre le chercheur et un médecin formé à la recherche qualitative (CC). L'analyse a été réalisée selon les principes de C.Lejeune. Le codage ouvert avec étiquettes expérientielles et propriétés ont permis l'émergence de catégories conceptuelles amenant à la réalisation d'une modélisation des résultats. Cette étude a été confrontée aux critères de scientificité de la grille Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ), dont 30 critères ont pu être validés.

VI. CADRE LEGAL ET ETHIQUE

Avant chaque début d'entretien, le consentement oral de chaque participant a été recueilli concernant l'enregistrement audio et la retranscription de chaque entretien. Aucun refus n'a été mis en évidence. Chaque participant était libre de mettre fin à l'entretien à tout instant. Les données ont été anonymisées et désidentifiées. Les enregistrements retranscrits ont été détruits.

Deux participants étaient des connaissances directes du chercheur, aucun lien n'a été mis en évidence pour les autres participants au préalable de l'étude.

Cette étude utilisant une méthodologie de référence MR-004, n'a pas nécessité de déclaration de conformité auprès de la CNIL. Elle n'a par ailleurs pas nécessité d'accord préalable auprès du Comité de Protection des Personnes.

RESULTATS

I. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

Au total, dix médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France ont participé à l'étude dont quatre femmes et six hommes. Un seul participant était à la retraite. Tous les modes d'exercices étaient représentés, à savoir : rural, urbain et semi-rural. La durée des entretiens était comprise entre vingt-six et soixante minutes, avec une moyenne de trente-deux minutes.

Participant	Sexe	Exercice	Années d'exercice	Années d'installation	Durée de l'entretien
M1	M	Rural	34	14	34'49''
M2	M	Urbain	40	40	34'23''
M3	M	Urbain	38	38	31'56''
M4	F	Urbain	13	12	25'52''
M5	M	Urbain	7	2	26'15''
M6	M	Rural	20	10	60'59''
M7	F	Semi-rural	6	1	28'39''
M8	F	Semi-rural	14	13	44'53''
M9	M	Urbain	14	9	29'41''
M10	F	Urbain	41	30	34'31''

II. LE MEDECIN GENERALISTE : UNE PERSONNALITE SINGULIERE

La dualité entre la reconnaissance d'un statut particulier : celui de médecin généraliste, et la revendication d'être finalement un individu comme les autres était décrite tout au long de l'étude. Il existait d'une part le professionnalisme du médecin généraliste, sous entendant son objectivité, en dualité perpétuelle avec d'autre part sa sociabilité en tant qu'être humain, masquant sa subjectivité.

A. Être médecin : une profession humaine

1) *Un métier encadré*

La relation médecin-malade s'intégrait dans un cadre strict, puisqu'après **avoir reçu un enseignement théorique**, le médecin **prêtait serment** et était **soumis à un code juridique**.

M8 « les premières fois que j'ai entendu ça c'était en cours il me semble dans mes premiers moments d'étudiant en médecine. Quelque chose qui est découvert de façon juridique et pas forcément de façon sociale sur les obligations ou pas d'un point de vue médical, et de tout ce qui peut être autour de la relation médecin malade juridique. »

M10 «[…] la mise en place des recommandations de la HAS […] il y a eu du tri dans tout cela et des recommandations de bonne pratique ! »

Dans ce cadre codifié, le médecin s'efforçait d'**être équitable** avec chaque patient après avoir prêté serment. Ce professionnalisme émanait de la formation médicale théorique qu'il avait reçue et le forçait à prendre en charge chaque patient de la même façon.

M5 « j'essaye d'être toujours équitable avec tout le monde ! On ne choisit pas qui on soigne ! […] je prends tout le monde en charge de la même façon. Je vais dire, ce n'est pas parce que je préfère un patient que je vais lui faire passer un scanner plus vite qu'un autre que j'aime moins. »

M8 « Et c'est la même chose pour ces amitiés que j'ai pu créer, ou j'arrive à dissocier ce moment où on est chez moi, c'est assez rare hein, ça arrive mais c'est assez rare, et où je les vois ici, et c'est différent. Au cabinet en tout cas, la relation médecin malade est assez reproductible je pense »

2) Un métier privilégié

Mais en dehors de ce cadre strict, le médecin demeurait quelqu'un de **privilégié** puisqu'il était accueilli au sein des domiciles. Ce privilège n'influençait d'ailleurs pas sa prise en charge médicale.

M2 «[…] il n'y a pas tant de personnes que ça qui rentrent dans votre intimité […] C'est une question de confiance aussi de faire rentrer quelqu'un dans son intimité. »

M5 « je soigne de la même façon au cabinet qu'à domicile »

M7 « Et puis on va chez eux, c'est quand même particulier, ils ouvrent la porte de leur maison! »

Il représentait également un **pilier** pour les patients, doté d'une certaine notoriété à son insu.

M6 «[…] ils attendent beaucoup de nous. Nous on n'attend pas forcément, enfin on essaye en tout cas de ne pas trop rentrer dans leur vie de façon intrusive. C'est un peu difficile. »

M8 «[…] j'ai cette conscience aussi dans l'autre sens que j'ai un pouvoir aussi, on le voit hein, de, les gens sont impressionnés quand ils vont chez le médecin, on le ressent très fortement ! »

Enfin, le médecin était également privilégié par le fait de **recevoir des attentions** de la part de ses patients.

M6 « Mais voilà les gens il veulent faire plaisir ! Par contre je repars souvent avec des pommes, des poires, des citrouilles, des machins ! […]Donc si leur petite gaufrette ça leur fait plaisir, on ne va pas leur dire non ! »

3) *Un métier social*

Être médecin généraliste était surtout perçu comme un **métier humain**, où le relationnel est essentiel puisqu'il différenciait ce dernier d'une simple machine.

M2 « […] on ne peut pas faire que du scientifique sinon ça devient une machine hein. Autant avoir un ordinateur et avec les nouvelles technologies, la télémédecine, la médecine avec l'ordinateur. Ça reste un métier humain de toute façon. […] le plaisir du métier, c'est l'approche humaine. »

M6 « une relation malade médecin, c'est vraiment une relation ! Plus que dans d'autres métiers où il n'y pas besoin de ce relationnel »

B. Un être humain comme les autres

Pour autant, les médecins se revendiquaient **être une personne comme les autres**, c'est-à-dire quelqu'un d'imparfait avec ses faiblesses et ses émotions.

M1 « […] on est des êtres humains avant tout. »

1) Avec ses faiblesses

Comme tout être humain, le médecin généraliste ne pouvait **ni plaire, ni s'entendre avec tout le monde**, mais il s'efforçait de maintenir une qualité de soins universelle.

M6 « De toute façon on ne peut pas plaire à tout le monde, et ce n'est pas un souci ! »

M7 « […] c'est comme tout dans la vie on a des affinités différentes avec certaines personnes »

M9 « Du coup ça ne peut pas marcher avec tous même si on essaye de faire bonne figure et de faire en sorte que les choses fonctionnent bien. »

Il lui arrivait d'ailleurs d'être **soucieux de l'avis de l'autre**.

M5 « […] je n'ai pas eu de mauvais avis sur Google mais j'ai failli en avoir un ! »

2) Avec ses émotions

Il pouvait **ressentir de la culpabilité** concernant la prise en charge de ses patients.

M5 « on a peur de passer à côté de quelque chose et de le regretter ! »

Et même de la **tristesse**, vis-à-vis de la perte de ses patients.

M6 « Et quand on perd ces gens-là on est triste. »

Il pouvait dans certains cas chercher à **être réconforté**, comme tout être humain dans une situation difficile.

M6 « […] parfois tu cherches le réconfort auprès de tes patients ! »

3) *Un être social comme un autre*

Il n'en demeurait pas moins un **être social** comme tout être humain avec la nécessité de **créer des relations**.

M1 «[…] heureusement nous ne sommes pas des moines soldats bien sûr. […] la vie est comme ça, la vie est faite de rencontres. »

4) *Être respecté*

Comme toute personne, le médecin généraliste souhaitait **être respecté en tant que personne** hors de son lieu de travail.

M8 « […] à ne jamais m'interpeller en tant que médecin quand je suis en dehors du cabinet ! Ils ne vont pas me demander non plus une ordonnance alors que je vais rechercher mon enfant ! […] je pense qu'ils ont compris qu'il faut avoir une différence entre le médecin qui est au cabinet et le médecin qui est à côté en train de boire un coup chez quelqu'un ou de manger pour passer une soirée. »

III. L'AMITIE AVEC LE PATENT : UNE REALITE ?

A. La relation médecin-malade paternaliste

Les médecins avaient un **rapport paternaliste** avec leurs patients il y a quelques années, qu'ils avaient hérité de leur formation.

M3 « il y avait un rapport paternaliste en fait de la médecine qui faisait qu'on avait des patients qui étaient nos patients, puis c'était une période de concurrence entre les médecins. Donc euh on était vraiment jaloux de nos patients quelque part quand ils allaient voir un autre médecin. »

M9 « Je te dis au fur et à mesure de mon cursus, et comment je l'ai vu au début de mes premiers remplacements. La relation médecin-malade j'avais l'impression que c'était très médecin centré où c'était un peu le médecin qui décidait. »

B. L'évolution de cette relation

Puis cette dimension paternaliste s'était effacée progressivement pour laisser place à une **relation équilibrée** entre médecin et patient, pour avoir une **réciprocité**.

M3 « […] c'est le rapport paternaliste en fait de la relation qui a disparu. Et je pense que c'est une bonne chose d'ailleurs »

M6 « Et d'un point de vue médical c'est pareil, je ne leur cache plus comme à une époque et de toute façon c'était le médecin qui savait tout et eux ne savaient rien. Maintenant ils ont accès à internet ! Donc ils sont au courant de tout, […] le principe c'est d'être le plus honnête avec eux donc il n'y a pas de secrets ! De toute façon si on n'est pas honnête après… Ça va dans les deux sens ! »

Le **patient était placé au centre du soin** gravitant autour de lui un **médecin à l'écoute, empathique**.

M1 « […] avoir une relation avec euh, le patient qui relève non pas de l'amitié mais plus de l'empathie. Ce qui est quand même une nuance très importante. »

M8 « Donc dans les circonstances d'empathie, je vais avoir une posture qui va être plus humaine et moins professionnelle »

M9 « […] qui a changé au fur et à mesure du temps. Au départ, très centré médecin après très centré malade. »

Tous deux s'ancraient dans une **alliance thérapeutique**, afin d'évoluer conjointement dans le temps.

M3 « Je travaille beaucoup pour l'alliance thérapeutique. »

M6 « c'est primordial pour soigner les gens d'avoir une bonne relation médecin-malade. […] c'est le fondement de l'alliance thérapeutique »

M9 « on avance ensemble en fait, on essaye de créer un chemin ensemble, on avance ensemble en fait étape par étape ! »

Cette **empathie** était la base de chaque relation, car elle renforçait la confiance du patient envers son médecin, en se sentant compris par ce dernier.

M9 « C'est mieux parce que je trouve qu'on a progressé en tant que médecins pour être moins correcteurs, et être vachement plus dans le partage. Ne pas imposer des

choses aux patients, j'ai l'impression qu'on arrive mieux à ressentir ce que pense le patient, on arrive à se mettre à sa place[…] »

La **relation de confiance** était donc primordiale voire indispensable dans chaque relation de soins puisque le médecin **s'engageait dans une vraie relation** avec son patient, comme une **relation de couple**.

M4 « Arriver à une relation qui permette au patient de dire librement les choses et je pense que ça peut aider à prendre en charge le patient d'une meilleure façon. »

M6 « Donc je pense que c'est ça une relation malade médecin, c'est vraiment une relation ! Plus que dans d'autres métiers où il n'y pas besoin de ce relationnel, ou de cet affectif limite ! Pour travailler là c'est vraiment important ! »

M10 « […]il n'y a pas de soins possibles sans relation, on parle même d'une « alliance » en psy entre le patient et le médecin. Il y a une relation de confiance indispensable pour la prise en charge du patient »

M9 « Alors c'est particulier, c'est comme un couple la relation médecin malade. »

Le **relationnel, renforcé avec l'expérience** avait cependant une certaine limite : le médecin ne **faisait pas partie de la famille**, mais en était **son prolongement**.

M9 « Il y a beaucoup de patients qui m'ont déjà dit qu'on était le prolongement de la famille. »

Cependant, certains médecins mettaient en avant une autre dimension de cette relation malade-médecin, plus **utilitariste** où le patient consultait n'importe quel

médecin à un instant T et non son médecin traitant. La disponibilité primait donc sur le relationnel.

M3 « La distance s'est accrue avec le temps entre le patient et le médecin traitant qui est devenu de plus en plus un prestataire de service. […] Maintenant on voit qui est là : « moi je suis malade à telle heure, je vais voir SOS, je vais voir le médecin qui...je peux même aller sur Doctolib ». Donc il y a un consumérisme qui n'était pas le cas avant »

De même, émanait des conjonctures actuelles une certaine **obligation** de relation de soins, où devant la pénurie sectorielle de médecins généralistes, le patient était forcé de choisir tel ou tel médecin.

M7 « […] c'est vrai aussi qu'avec la désertification médicale, on ne peut pas vraiment dire que les gens nous choisissent. Parce qu'ils viennent parce qu'ils n'ont pas trop le choix ! »

C. La proximité médecin-malade

Pour la plupart des médecins, une certaine **proximité** était nécessaire pour soigner.

M4 « […] ce que j'entends par relation proche c'est quand les patients peuvent tout me dire. »

M5 « « Relation médecin malade » déjà c'est une relation de confiance, relation d'empathie. »

M6 « […] c'est la relation qui permet, de confiance, je pense que c'est le maître mot, qui permet de pouvoir instaurer le dialogue entre le patient lambda qui vient avec son

problème physique et autre, et dont il veut s'ouvrir au médecin, pour lequel il ne faut pas qu'il ait d'appréhension »

D'ailleurs, sans elle, la qualité du soins pouvait en être impactée.

M9 « Il y a des patients qu'on apprécie moins, parce qu'ils sont plus spéciaux, ça colle moins. Et du coup forcément la relation est plus artificielle je pense.[…] on essaye de faire en sorte que non, mais oui quand même »

D. L'amitié médecin-malade

De cette proximité, naissait parfois une **amitié médecin-malade** avec certains patients au fil du temps. En effet, cette amitié n'existait pas initialement mais s'était développée progressivement. Aucune unité précise n'avait été mise en évidence, seulement la notion de **temporalité**, voire d'expérience.

M1 « Oui c'est déjà arrivé bien sûr que, avec le temps, des personnes qui sont des patients sont devenus des amis […] »

M4 « J'ai des affects particuliers plus avec certains patients parce que voilà il y a des affinités qui se créent avec les gens et puis il y a le parcours de chaque patient. »

M5 « c'est encore un peu « tôt » pour avoir une vraie relation d'amitié comme un médecin qui a 20 ans de carrière, qui connait les gens depuis 20 ans, ce n'est pas encore pareil que moi depuis deux ans."

M6 « […] j'ai des patients qui sont devenus des amis, ils viennent ils me tutoient, une fois cinq fois, vingt fois trente fois donc on finit par les tutoyer »

M8 « […] c'est vraiment le temps qui fait que le lien est plus important et moins distant qu'un soignant pur. »

Cette amitié n'existait qu'entre un patient et son médecin traitant, et n'était **pas transposable** à un autre cadre de consultation tel que la garde, ou à une première consultation face à un nouveau patient.

M8 « Au cabinet se crée quand même des liens d'un peu plus proximité avec certains patients, […] Du coup ce lien-là je ne l'ai effectivement pas dans d'autres circonstances : quand je ne connais pas le patient je ne l'ai pas, en garde je ne l'ai pas »

Mais l'amitié n'est pas sans conséquences, aussi bien du côté du patient, mais surtout du côté du médecin !

M10 « on peut développer des relations amicales et c'est là où ça peut devenir compliqué ! »

IV. ÊTRE EN PREMIERE LIGNE : UNE SOLLICITATION PERMANENTE DE LA PART DU PATIENT

A. Être un confident

En soins primaires, le médecin généraliste était le **premier interlocuteur** et faisait souvent office de **confident.**

M7 « il y a plus de confidences parce que les gens sont chez eux. »

M8 « T'es un confident, t'es quelqu'un, je pense qu'il faut qu'on soit des médecins auxquels les patients osent parler de tout ! »

B. Être vulnérable

Les médecins rapportaient être vulnérables plus facilement en campagne qu'en ville, où le lien était *de facto* très proche des patients.

M4 « Pour avoir remplacé en campagne, où il n'y a pas de secrétariat, la relation est différente. Beaucoup plus familiale et amicale je dirai »

M5 « Mais je pense que un médecin de ville, a plus de facilités à garder de la distance avec ses patients qu'un médecin de campagne qui est quasiment tout seul pour plusieurs villages. Il peut moins cacher sa vie privée je pense ! »

C. Se sentir harcelé

Les médecins rapportaient être sollicités sur leurs jours de repos, avec la sensation d'**être harcelés** hors cadre professionnel.

M1 « il y a toujours une personne dans une assemblée qui va vous prendre à part […] on nous pose une question dans un cadre qui n'est pas professionnel »

M2 « J'étais en vacances à l'autre bout de la France. Plutôt que d'appeler le remplaçant, ils m'appelaient. »

M5 « […] ils sont très envahissants au niveau médical comme ils pensent qu'ils ont un passVIP entre guillemets, ils essayent d'en profiter ! A toujours me solliciter pour un oui pour un non »

M7 « un dimanche matin il a commencé à m'envoyer des messages pour une prise en charge »

M10 « ils venaient toquer à la porte, même s'il y avait un médecin de garde ! »

Cette sursollicitation **impactait leur vie personnelle**.

M4 « Je pense que le fait d'être lié à ses patients, notamment très amicalement, je pense que c'est aussi un frein pour notre vie privée »

D. Se sentir agressé

La tentative d'aller plus loin dans la relation de la part des patients, était souvent perçue comme une **agression** par les médecins.

M7 « il y a vite des gens qui essayent quand même, de devenir amis. »

M9 « Ces gens à qui finalement tu donnes, […] du coup quand il y avait quelque chose qui ne leur allait pas ou ne leur convenait pas, ont plus manifesté de colère»

M10 « Mais en ce moment on sent que l'agressivité augmente beaucoup avec le covid »

E. Un avantage pour le patient

L'amitié médecin-malade était perçue comme une **amitié à sens unique**, apportant plus au patient qu'à son médecin traitant, l'obligeant donc à s'en protéger.

M4 « ils se disent justement peut être qu'en passant par le docteur elle va nous donner le rendez-vous »

M7 « […] ils essayent d'amadouer pour obtenir ce qu'ils veulent.[…] on se dit bah voilà cette amitié elle avait un but final : c'était une revendication pour avoir plus de choses »

M9 « la peur qu'il y ait une contre-partie ! Qui ne sera même pas forcément, mais juste parce qu'on est un ami, bah c'est justement ce que je vois avec mes amis ! Ils ont tendance à demander des choses qu'ils ne demanderont pas forcément à leurs médecins. »

M10 « c'est bien bien d'être ami avec le médecin quoi, parce que si le médecin est en difficultés bah l'ami euh n'est pas là ! Ce n'est pas une vraie amitié les dés sont pipés dès le départ ! »

Mais le médecin lui-même perpétuait ce sentiment, en privilégiant parfois ce patient-ami dans les soins.

M5 « On va dire que c'est le genre de patient que l'on fait passer en priorité si vraiment y a une grosse urgence ou dès qu'ils ont besoin »

V. MISE EN DANGER DU MEDECIN GENERALISTE

Dans un souci de bienveillance, le médecin généraliste pouvait lui-même se mettre en danger, en permettant à certains patients des choses qu'il n'aurait pas permises en temps normal, ou alors par sa propre organisation personnelle.

A. Être influencé par le contexte

1) *Souffrance psychologique*

Le médecin généraliste, devant la souffrance psychologique de ses patients pouvait être amené à se mettre lui-même en danger en lui **donnant volontairement ses coordonnées personnelles**. Il lui concédait alors une **disponibilité sans limite**.

M4 « ça m'est déjà arrivé de donner mon numéro de façon volontaire, pour des situations bien ciblées des gens qui ne vont pas bien psychologiquement, pour qu'ils puissent m'appeler si vraiment il y a un souci »

2) *Les soins palliatifs*

Cette notion de mise en danger se retrouvait également dans les **situations de soins palliatifs**, où le médecin généraliste apportait une attention toute autre par rapport aux autres soins. Cette **attention était renforcée**, avec encore une fois, une disponibilité sans faille à leurs égards.

M4 « sur des situations qui ne sont pas forcément évidentes et où on s'implique à mon avis émotionnellement, pas amicalement mais émotionnellement de manière plus importante […] Et surtout pour les prises en charge palliatives, où forcément ils ont mon numéro de téléphone et ils peuvent me joindre tous les jours, le samedi et le dimanche et puis les nuits aussi. »

M7 « des phases palliatives, c'est vrai qu'on a encore plus d'empathie qu'habituellement, on est dans le respect mutuel mais on s'apprécie. Les gens apprécient qu'on les soigne, et nous on apprécie de les soigner. On est inquiet pour eux, on s'intéresse peut être un peu plus à leur cas qu'à la moyenne »

3) <u>Patients fragiles</u>

Chaque situation de **fragilité** représentait donc un investissement plus important de la part du médecin généraliste, mettant à rude épreuve son équilibre professionnel et personnel.

M7 « il y a des gens des fois pour qui on fait un peu plus attention justement parce qu'on sait qu'ils sont dans un contexte particulier, qu'ils ont une fragilité particulière, qu'ils ont besoin encore plus de bienveillance. »

B. Être disponible sans limites

1) <u>Lieu d'habitation</u>

Il existait un **lien entre le lieu d'habitation et le lieu d'exercice** du médecin généraliste : plus ils étaient rapprochés, plus le médecin généraliste était sollicité, voire harcelé, en dehors de ses heures d'exercice.

M2 « Pour revenir à votre question euh le lieu d'habitation et le lieu d'exercice, la proximité ça a toujours été flagrant, c'était comme ça »

2) *Coordonnées personnelles*

Les médecins généralistes qui donnaient leurs coordonnées personnelles telles que leur numéro de téléphone, se voyaient sollicités à longueur de journée. Les patients avaient tendance à en **abuser, et à en profiter** pour avoir recours à des passe-droits.

M2 « Il fallait toujours passer par le secrétariat, je voulais pas. Et le peu de personnes à qui je le donnais, ils en abusaient. »

M5 « ça devient compliqué à gérer parce que c'est des coups de téléphone tôt le matin alors qu'on n'a pas forcément envie d'être embêté, qu'on a un secrétariat […] il y a peut-être une dizaine de patients qui ont mon numéro perso et c'est tout quoi. »

3) *Réseaux sociaux*

La présence du médecin généraliste sur les **réseaux sociaux**, pouvait également nuire à son exercice. Certains médecins, se sentaient **obligés de leur répondre**.

M4 « Quand ils m'envoient un message par Messenger c'est plus parce qu'ils ont des difficultés à prendre rendez-vous via le secrétariat […] ou alors c'est pour des petites questions […] des petites questions pratiques alors c'est sûr que ça va vite à répondre mais, ça plus ça plus ça plus ça… »

C. Dépasser ses limites

1) *Ne pas savoir dire non*

Une fois le cadre professionnel dépassé de la relation, le médecin généraliste se trouvait en **difficultés de cadrer** les demandes intempestives, et même de **dire non** aux patients.

M4 « le fait d'être lié à ses patients, notamment très amicalement,[…] Je pense que c'est plus compliqué de dire non, que c'est plus compliqué de cadrer»

2) *Perte de jugement*

De même, il existait une **perte d'objectivité** visible dans les soins même si le médecin s'efforçait de rester identique dans sa prise en charge.

M1 « […] avec qui vous avez développé des sentiments d'amitié, quand vous devez le regarder, et qu'il vient pour une cause de soin, pour sa santé, vous devez le regarder comme un patient et non pas comme un ami pour garder toute votre objectivité […] ça demande un exercice de concentration beaucoup plus important »

3) *Outrepasser son rôle*

Toujours dans un souci de bienveillance, et par peur de décevoir le patient, le médecin pouvait être amené à **dépasser son rôle** de soignant, et à être **trop impliqué émotionnellement**. Le médecin généraliste se mettait en danger lui-même psychologiquement en s'impliquant de façon **déraisonnée** dans la prise en charge globale de son patient.

M8 « elle m'a demandé à moi, d'annoncer au petit le décès de son papa. Et je l'ai fait avec une posture que je pense professionnelle, par contre après quand je suis retournée dans la voiture j'ai pleuré et j'ai mis quelques dizaines de minutes avant de me remettre de cette situation qui m'avait pris trop d'énergie. »

M10 « le risque c'est de faire trop de transfert sur le patient, de trop s'impliquer sur le plan émotionnel »

4) *Avantager le patient*

Enfin, le médecin généraliste dépassait ses limites en **avantageant le patient** de par sa relation privilégiée, ce qui n'était pas sans conséquences dans sa pratique.

M5 « C'est plus beaucoup de demandes pour un oui, pour des petites choses quoi qui pourraient attendre mais il faut une réponse tout de suite quoi ! »

M8 « Si je ne fais pas payer mes amis très proches, mais à part une histoire financière, dans ma façon de me comporter avec eux dans la consultation, dans mes prescriptions ou ma façon de travailler euh non ! »

D. Baisser la garde

Avec l'expérience, le médecin généraliste **laissait place aux sentiments**, en délaissant son professionnalisme.

M2 « D'ailleurs commencer un stage, le souvenir que j'en ai c'était d'abord surtout du médical et surtout pas se tromper pas se tromper. Bon après avec le temps on se détend un petit peu et en connaissant les gens au bout de quelques années

d'installation de toute façon on connait tellement bien les gens, ce ne sont pas des amis, enfin pour certains ça le devient mais c'est quand même exceptionnel et faut pas que ça se généralise mais on les connait quand même bien et ça, l'approche humaine est quand même bien présente. »

M8 « […] c'est vraiment le temps qui fait que le lien est plus important et moins distant qu'un soignant pur. »

VI. MOYENS DE PROTECTION : CREATION D'UNE BARRIERE

Dans sa pratique, le médecin généraliste était en sollicitation permanente de demandes de soins, qu'elles soient justifiées ou non, pendant et hors cadre professionnel. Afin de maintenir une « juste » distance dans sa relation avec le patient avant tout pour se préserver lui-même, le médecin généraliste s'était créé une propre barrière.

A. Soutien familial

Dans sa pratique, le médecin généraliste avait besoin d'un **soutien familial**, pour l'aider à trouver du réconfort dans les situations difficiles, et se préserver du burn out. Parfois, ce soutien lui permettait **d'éviter les dérives relationnelles** avec certains patients en l'orientant.

M4 « En tout cas se protéger et conserver une vie à côté quoi, une vie familiale. Un socle important sur lequel il faut savoir se poser […] une vie familiale et une vie avec des amis, enfin voilà quelque chose qui nous aide à extérioriser.»

M6 « Sinon ça peut, et pour le peu que tu commences à en avoir ras le bol, t'as pas de vie de famille, t'as pas de sport c'est une catastrophe, je pense que le « Burn out » il est là !»

M7 « j'en avais parlé avec mon mari qui m'avait dit « bah tu vois c'est pas professionnel on a nos familles nos amis à côté et après y'a le côté professionnel de l'autre », donc c'était la première et la dernière fois que je l'ai fait. »

M9 « Alors parfois il y a des situations qui sont hyper tristes, je peux en toucher un mot à la famille et du coup tu as un mot un peu positif. Puis ça te réconforte que le travail que tu fais c'est le bon truc. »

B. Soutien professionnel

1) *Présence d'un secrétariat*

La présence d'un secrétariat, qu'il soit physique ou distanciel, permettait au médecin généraliste **d'imposer une distance professionnelle** avec ses patients.

M4 « Pour avoir remplacé en campagne, où il n'y a pas de secrétariat, la relation est différente. Beaucoup plus familiale et amicale je dirai »

2) *Présence d'une équipe pluridisciplinaire*

De même, le travail en équipe pluridisciplinaire permettait de créer un intermédiaire entre médecin généraliste et patient. Cet intermédiaire aidait le médecin à maintenir une distance avec le patient, en le protégeant des sollicitations.

M7 « je demande aux patients de se référer à leur infirmier à domicile qui passe quotidiennement pour qu'il juge si c'est nécessaire ou pas de nous appeler. »

M10 « si vraiment l'infirmière était enquiquinée elle m'appelait pour que je puisse l'aider. »

3) Création d'un réseau interprofessionnel

La **création de réseaux** entre professionnels de santé, mais surtout entre médecins généralistes constituait un soutien permanent pour les médecins généralistes, qui pouvaient partager leur expérience, demander des avis, se faire conseiller et même se tenir informés des dernières recommandations ou études.

M4 « Après les réseaux sociaux type Whatsapp, ou..je trouve que c'est bien parce que nous on a un réseau, on a un groupe WhatsApp pour la vaccination donc ce qui nous permet entre nous, entre professionnels hein pas avec les patients, de faire un avantage. Ça permet de communiquer entre nous, ça permet d'avoir les infos en temps en heure, les trucs qui sortent. »

M5 « Tout ce qui est Facebook ou autre ça n'a pas d'intérêt pour les médecins j'ai envie de dire, à part le Divan des médecins peut être ! Qui est connu, mais bon c'est plus un réseau entre médecins pour discuter de tous les sujets voilà ! »

C. Se protéger soi-même

1) *Connaître ses limites*

Outre les soutiens familiaux et professionnels, le plus important pour les médecins généralistes était de **connaître ses propres limites**, pour éviter de s'impliquer déraisonnablement dans la relation de soin avec le patient.

M10 « L'empathie c'est ça, on est à l'écoute mais sans se faire envahir par nos propres émotions et ça c'est important pour la protection du praticien. »

2) *Confiance en soi*

Cette protection passait par **la confiance en soi**, et de ne pas avoir peur à refuser des demandes, ou des soins aux patients.

M5 « savoir dire non quand il faut. » *M6 « ou alors on ne décroche pas, ou alors on décroche au téléphone et on dit « bah non là tu m'excuses mais là je suis occupé ». »*

3) *Garder sa vie privée*

La plupart des médecins généralistes préféraient **cacher leur vie privée** aux patients, afin d'éviter toute réflexion ou demande de la part des patients. Cela permettait de maintenir une distance avec le patient.

M5 « Alors moi je suis très agréable avec les patients je suis assez proche etc mais alors ils ne savent rien de ma vie privée ! »

4) Numéro de téléphone tenu secret

Le fait de donner accès aux coordonnées téléphoniques personnelles aux patients rendait le médecin généraliste disponible à n'importe quel moment. Cette disponibilité impliquait un investissement permanent, physiquement et psychologiquement dans les soins. Pour éviter l'épuisement professionnel et personnel, les coordonnées téléphoniques n'étaient données aux patients que dans des cadres de soins bien précis : le plus souvent la fin de vie proche.

M7 « à partir du moment où on donne son numéro de téléphone, ça veut dire qu'on est disponible n'importe quand ,et psychologiquement je ne suis pas prête à l'assumer »

M8 « j'avance avec un système de soin qui se sectorise de plus en plus et je reste en soin primaire et pas en soin d'urgence. Et du coup, j'ai reculé d'un certain degré de qualité pour ma propre qualité personnelle ! En gros je ne suis plus corvéable le week-end je laisse prendre le relais, parce qu'il y a un système de garde qui est performant ! »

M7 « Mais oui j'ai déjà donné vraiment pour des circonstances particulières surtout quand le décès est proche, aux familles, et les gens ont la délicatesse de ne pas l'utiliser pour autre chose. »

M9 « Quand je sens que ça va être la fin de vie, je laisse mon numéro de téléphone »

5) *Cadrer sa présence sur les réseaux*

L'exposition à la vie privée sur les réseaux était limitée par les médecins. Par un changement de nom, par le filtrage des « amitiés » virtuelles.

M4 « Il ne faudrait pas nous inscrire sur les réseaux sociaux, ou alors trouver un pseudo pour pas qu'on nous retrouve quoi. »

M7 « je pense qu'il ne faut pas nous-mêmes exposer notre vie privée car ça ne les regarde pas et ça peut créer des problématiques. Après c'est vrai que les gens essayent de nous retrouver sur les réseaux sociaux, c'est un peu surprenant, encore une fois pour copiner, et il faut savoir dire non »

M9 « je pense que ce n'est pas une bonne chose ! Qu'un médecin soit sur un réseau social et partage des infos avec ses patients, sans filtre ! »

6) *Lieu d'habitation éloigné du cabinet*

Pour préserver leur vie familiale, les médecins généralistes habitaient la plupart du temps loin du cabinet. Cette **distance entre domicile et lieu professionnel** permettait d'imposer une barrière dans la relation de soin avec le patient, en l'empêchant de solliciter hors cabinet le médecin.

M10 « Maintenant c'est plus facile parce que vous vivez à l'extérieur carrément, donc il n'y a plus cette confusion entre la vie personnelle et la vie professionnelle. »

D. Maintenir un cadre professionnel

1) *Rester professionnel*

Garder une attitude professionnelle peu importe la situation permettait au médecin de préserver son équilibre professionnel mais surtout personnel.

M8 « Je suis convaincue que plus je garde une posture professionnelle au moment des consultations, plus je rentre chez moi avec une qualité de vie et de travail qui est bonne. »

2) *Rester à sa place*

Il apparaissait essentiel de **tenir sa place de soignant**, sans s'investir trop émotionnellement dans chaque prise en charge, afin que le médecin généraliste se préserve lui-même.

M9 « il faut toujours rester à la place de médecin, avec de l'empathie de la sympathie mais ne pas aller trop loin dans la relation, être toujours à la position de médecin ! Médecin-ami on va dire, entre les deux. »
M10 « à rester bien dans sa place, à reconnaitre ses émotions et ne pas les projeter dans la relation avec le patient. »

E. Responsabiliser le patient

1) *Relation contractuelle*

Rendre la **relation médecin malade de manière contractuelle et renouvelable** à chaque consultation permettait au médecin de se protéger, en évitant de projeter la relation dans une dimension sentimentale telle que l'amitié.

M10 « la relation, bah c'est une relation contractuelle c'est-à-dire que notre patient ce n'est pas un proche, ce n'est pas quelqu'un, voilà il vient consulter on lui rend un service qui se conclut par un honoraire ! [...] Et c'est une relation de contrat, ça c'est important aussi à se mettre dans la tête du médecin pour se protéger justement ! »

2) Rendre le patient acteur

En mettant au centre du soin le patient, et en le rendant ainsi **acteur de sa santé**, les médecins participaient à son **autonomisation** dans le projet de soin.

M3 « L'«empowerment » c'est un concept qui suit de la réhabilitation psychosociale en fait, c'est vraiment que les gens doivent s'apprendre à s'autonomiser. Et la relation paternaliste qu'on a connue, ça infantilisait les gens »

M10 « l'éducation du patient, lui expliquer ce qu'il a, ce qu'il peut faire pour changer aussi pour qu'il soit acteur de sa santé quoi. L'éducation est primordiale […] »

3) Cadrer la relation

Pour éviter l'évolution vers l'amitié médecin malade, les médecins généralistes n'hésitaient pas à **cadrer la consultation**, par le respect du vouvoiement par exemple, ou encore par le respect de la vie privée.

M4 « On reste médecin, on doit être présent, avoir de l'empathie mais pas aller, voilà, on doit rester à notre place. […] savoir mettre des limites, un cadre à nos relations avec nos patients. […] Après sur des patients qui essayent de me poser des questions trop personnelles oui je cadre »

M5 « Le respect du vouvoiement déjà ! »

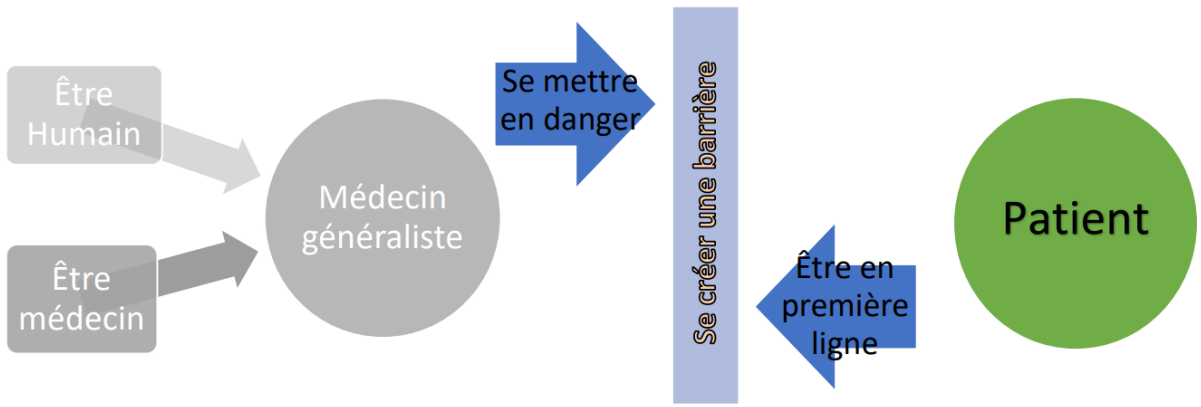
M7 « il y a des gens qui sont assez familiers, qui ont envie de tutoyer leur médecin, de les appeler par leur prénom, ça c'est une limite à poser parce que voilà quoi, encore une fois on peut être cordial, sympathique joyeux pendant les consultations sans forcément devenir familiers »

4) *Décontextualiser la relation*

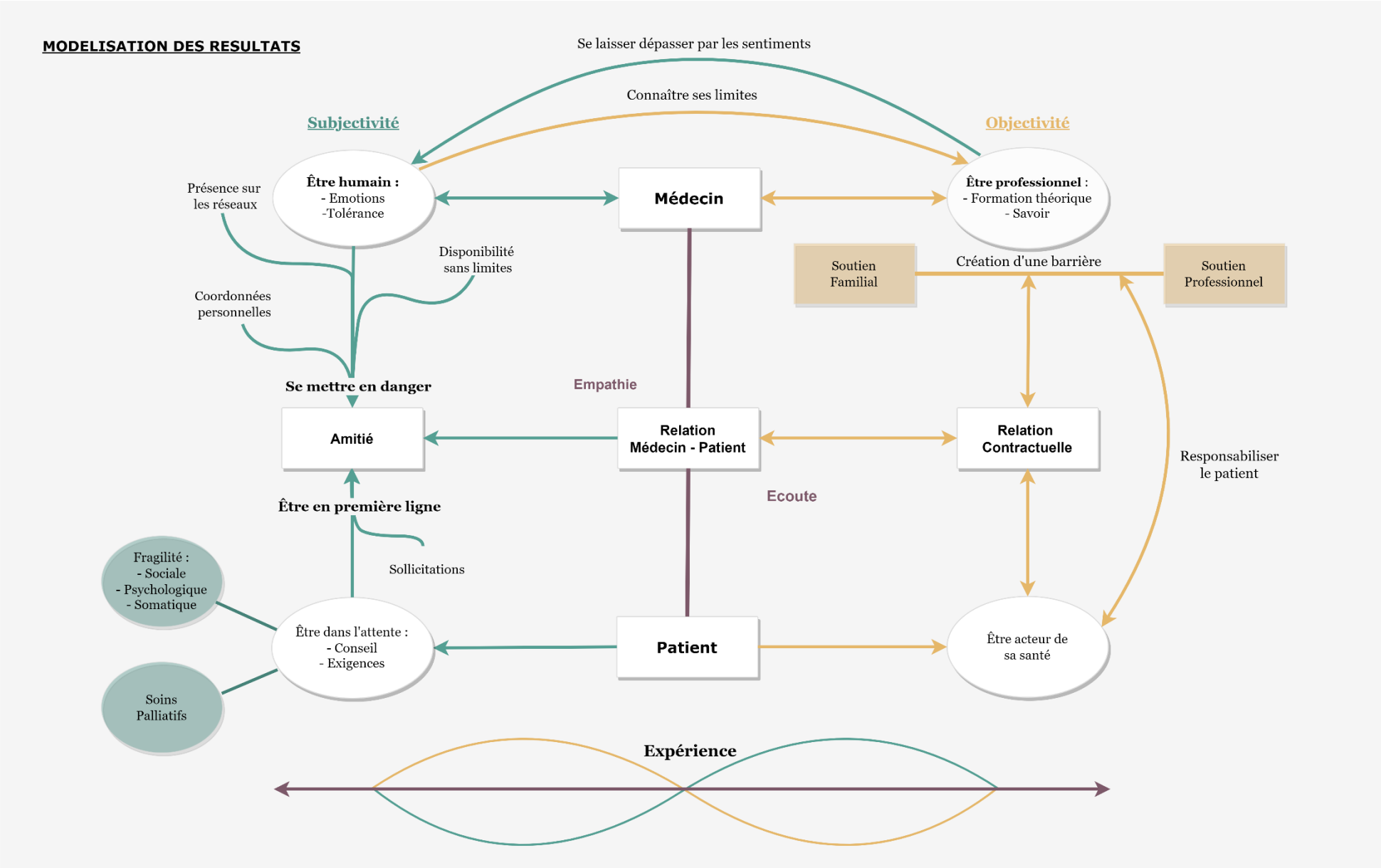
Dans les situations difficiles, comme par exemple les soins palliatifs, **décontextualiser** la consultation par le biais de la téléconsultation par exemple, permettait au médecin généraliste de diminuer son investissement émotionnel, pour ainsi se préserver.

M9 « un petit truc pour diminuer cette charge mentale ou au moins...c'est les téléconsult ! »

VII. MODELISATION



Première ébauche de modélisation


MODELISATION DES RESULTATS
Se laisser dépasser par les sentiments
Connaître ses limites
Subjectivité
Objectivité
Présence sur les réseaux
Être humain :
- Emotions
-Tolérance
Médecin
Être professionnel :
- Formation théorique
- Savoir
Disponibilité sans limites
Soutien Familial
Création d'une barrière
Soutien Professionnel
Coordonnées personnelles
Se mettre en danger
Empathie
Amitié
Relation Médecin - Patient
Relation Contractuelle
Responsabiliser le patient
Ecoute
Être en première ligne
Sollicitations
Fragilité :
- Sociale
- Psychologique
- Somatique
Être dans l'attente :
- Conseil
- Exigences
Patient
Être acteur de sa santé
Soins Palliatifs
Expérience

DISCUSSION

Tout médecin généraliste se retrouve engagé dans une relation avec ses patients.

Au cours de ses études, on lui apprend à rechercher la pathologie équivalente aux symptômes énoncés par le patient, afin de lui proposer l'option thérapeutique la plus adaptée. Cependant, le patient ne répond pas le plus souvent à ce simple modèle cartésien, mais ces symptômes s'inscrivent dans une dimension bio-psycho-sociale plus large et complexe à laquelle le médecin doit être sensible. Ces compétences techniques de savoir et savoir-faire ne suffisent plus aux demandes du patient : la dimension de savoir-être devient alors essentielle dans la relation de soin.

Définir les propres limites de cette relation médecin-malade est complexe, et les dérives vite engagées.

Tout au long de l'étude, planait une sorte de non-dit sur l'amitié médecin-malade. Partagés entre leur formation théorique strict la prohibant d'un côté, et leur humanité de l'autre, les médecins généralistes étaient constamment en équilibre entre ces deux extrêmes pour y trouver un juste milieu.

Ils en connaissaient d'ailleurs les conséquences, aussi bien professionnelles que personnelles, et s'efforçaient de se protéger contre cette amitié qui pouvait naître des soins.

I. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

A. Limites de l'étude

1) *Environnement des entretiens*

Le choix des lieux d'entretiens avait été laissé aux interlocuteurs et certains n'étaient pas adaptés à une réalisation optimale des entretiens (domicile, salle de pause).

2) *Lieu d'exercice des médecins généralistes*

Seuls des médecins généralistes installés dans le département du Nord avaient accepté de participer à l'étude.

3) *Manque d'expérience du chercheur*

Il s'agissait d'une première expérience en matière d'entretiens compréhensifs du chercheur, impactant donc le déroulement de cette étude.

4) *Moyen d'enregistrement unique sans secours*

Le chercheur n'avait à disposition qu'un seul moyen d'enregistrement au cours des entretiens ce qui a pu occasionner une perte de données, puisque dans certains entretiens les données essentielles étaient formulées après coupure. Un second moyen d'enregistrement de secours aurait été le bienvenu.

5) *Temps d'entretien*

La durée moyenne des entretiens était de trente-deux minutes, par un chercheur inexpérimenté. Avec plus d'expérience, certains thèmes auraient été mieux développés, et les entretiens auraient été de plus longue durée.

6) *Limite des références bibliographiques*

Le peu de références bibliographiques sur le sujet a mis en difficulté cette recherche pour ne pas tomber dans l'interprétation.

B. Forces de l'étude

1) *Première thèse qualitative sur le sujet*

Cette étude était la première étude qualitative réalisée auprès de Médecins Généralistes installés concernant l'amitié médecin-malade naissante dans les soins.

2) *Méthode de recrutement de l'échantillon*

L'échantillonnage théorique a permis de recruter des participants qui ont été utiles à des fins d'éclairage du phénomène étudié et reflète une diversité d'expériences (parité, mode d'exercice et générations).

3) *Entretiens compréhensifs*

La réalisation d'entretiens compréhensifs semi-dirigés laissait place à l'expression des sentiments de l'interlocuteur. Le guide d'entretien en amont de ces interviews était évolutif et enrichi au fur et à mesure des retranscriptions.

4) *Triangulation des données*

La triangulation des données entre le chercheur et un médecin formé à la recherche qualitative.

5) *COREQ*

Un total de 30 critères sur 32 de la COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) ont été respectés. **(Annexe 2)**

II. DISCUSSION AUTOUR DES PRINCIPAUX RESULTATS

A. La relation médecin-malade

A l'heure actuelle où l'épidémie de Covid19 a mis à rudes épreuves nos relations sociales, il en est une dont les besoins ne sont plus à démontrer : la relation médecin-malade. L'importance d'une bonne relation était présente tout au long de cette étude, avec la notion de bien s'entendre pour bien soigner, même si le médecin s'efforçait au possible d'être équitable dans chaque situation. Néanmoins, une mauvaise relation entre médecin et patient compliquait les soins, en demandant un effort supplémentaire au médecin.

Selon le Pr Louis Portes ; « *Tout acte médical normal n'est, ne peut être et ne doit être qu'une confiance qui rejoint librement une conscience*. » (23).

Le savoir du médecin n'existe, et n'est mis en œuvre que par la confiance que lui confie son patient. Au cours de cette étude, la confiance du patient était recherchée avant chaque engagement dans une relation de soins. D'ailleurs, MC Boissier l'exprime très bien dans son ouvrage : « *la confiance peut avoir un rôle thérapeutique indirect* »(4).

Cette confiance naissait de l'empathie du médecin généraliste, dont les limites étaient simples : rester dans une relation professionnelle, en cherchant à comprendre les ressentis du patient sans réaliser de transfert sur sa propre personne. Chercher à comprendre le patient dans sa globalité, entre les consultations au cabinet et les visites à domicile, sans modifier le rapport professionnel de la relation de soins.

1) Les attentes des médecins généralistes

La représentation de cette relation auprès des médecins généralistes était simple : il fallait faire ses preuves pour gagner cette confiance inhérente aux soins. A

partir de cette confiance, la relation de soins était possible, et pouvait évoluer conjointement entre médecin et malade, en respectant une juste distance. Cette juste distance professionnelle pouvait être schématisée comme le prolongement de la famille : le médecin généraliste n'était ni un ami, ni un membre de la famille du patient.

Mais cette distance n'en occultait pas pour autant son empathie et humanisme envers le malade, elle permettait simplement de protéger le médecin généraliste. L'Académie Nationale de Médecine illustre bien cette idée sous la forme d' « Humanisme médical » (24).

Une étude nord-américaine, menée par Roter et Al. basée sur des enregistrements audio de consultations en soins primaires recherchait à la fin de celles-ci le critère de satisfaction. Les médecins généralistes étaient plus satisfaits lorsque la consultation était de type informative stricte, alors que les patients l'étaient plus envers une approche psychosociale stricte (25).

2) Les attentes des patients

Cette étude ne s'intéressait pas au point de vue des patients. Mais celle de Senand R et al. montre que le patient attend de son médecin traitant un rôle de conseiller, de confident, mais parfois d'ami dans 17% des réponses (26).

Il serait intéressant de réaliser dans le futur, une étude quantitative complémentaire en miroir pour identifier les attentes du médecin généraliste.

B. Amitié médecin-malade

La méfiance de la part des médecins généralistes était omniprésente. L'amitié médecin-malade était vécue comme un poids pour le médecin, et surtout un moyen pour le patient de lui soutirer des avantages.

Fort de sa formation théorique stricte sur le versant juridique, le médecin généraliste s'efforçait de maintenir une distance émotionnelle avec le patient, même si les sollicitations, perçues comme des agressions, était fréquentes dans sa pratique.

L'amitié semblait pourtant survoler chaque relation de soins. Sujet préoccupant pour les médecins généralistes, même s'ils niaient toute amitié créée dans les soins, leur implication dans certaines situations (soins palliatifs, fragilité psychologique du patient, décès) en disait le contraire.

La question était bien réelle : un médecin pouvait développer une amitié avec son patient, avec le temps ou par la force des évènements, mais était-ce sans impact ?

C. Impact dans la relation de soins

Plusieurs impacts avaient étaient mis en avant au cours de cette étude:

- L'absence de changement dans la relation de soins
- Une perte d'objectivité de la part du médecin, comme elle peut exister face à un membre de sa famille
- Une redevance vis-à-vis de leurs patients

1) *L'absence de changements*

Possible mais rare dans les entretiens, elle émanait le plus souvent des médecins qui prenaient déjà en charge des amis de longue date. Les médecins généralistes n'hésitaient pas à déléguer, quand la charge émotionnelle était trop importante, ou lorsque le contexte de consultation les mettait mal à l'aise, comme par exemple l'examen gynécologique.

2) *Une perte d'objectivité*

Le risque principal de développer une amitié avec un patient était représenté par la perte d'objectivité du soignant. Cette perte de jugement se retrouvait d'ailleurs entre un médecin et un membre de sa famille ou de ses amis proches. Finalement, amitié présente avant, ou après relation de soins, cela dépendait surtout de la personnalité du médecin généraliste : prenait-il en charge de manière impartiale sa famille, ses amis ?

Cette perte d'objectivité entrainait souvent une implication émotionnelle plus importante pour le médecin avec le risque à distance d'un burn out.

3) *Redevance des médecins généralistes*

Cette idée de redevance était énoncée par chaque médecin, et demeurait la raison principale d'une telle prudence avec l'amitié dans les soins.

Elle était représentée par une disponibilité sans limite avec parfois des appels téléphoniques pendant les vacances, des sollicitations par messages, une prise de rendez-vous plus rapide sans passer par le secrétariat. Les médecins généralistes avaient peur de ne pouvoir revenir en arrière et de ne savoir dire non aux demandes

par peur de décevoir des amis. Ils essayaient de se préserver professionnellement, mais aussi personnellement de cette amitié médecin-malade.

Annette Baier(27), dans sa théorie du « Trust and anti trust » définit ainsi la relation médecin-malade dans son versant paternaliste : A représente le patient, B le médecin et C l'idéal du patient, c'est à dire le bien être. Afin d'obtenir C, A est vulnérable et s'en remet à B.

Avec l'évolution de la relation, A et B tendent à être quasiment sur un pied d'égal : B partage son savoir avec A pour lui permettre d'atteindre C.

Or, dans cette étude, nous avons l'impression que l'amitié vient renverser cette vision, comme un retour en arrière à l'anormal. B devient à son tour vulnérable par rapport à A qui use de son amitié afin d'obtenir plus facilement C.

D. Mécanismes de défense du médecin généraliste

En réponse à une sollicitation de plus en plus croissante et importune, les médecins généralistes avaient développé des mécanismes de défense. Il est difficile de savoir si ces mécanismes servaient à éviter toute amitié médecin-malade ou simplement pour contenir cette amitié dans un cadre purement professionnel.

Ces mécanismes de défenses permettaient de créer une barrière infranchissable entre médecin et patient. Elle reposait sur plusieurs socles : le soutien familial, le soutien professionnel, le maintien du cadre professionnel et la responsabilisation du patient dans les soins, en plus des mécanismes de défenses propres au médecin généraliste.

Séparer vie familiale et vie professionnelle était essentiel pour les médecins généralistes. Cela comprenait de donner ses coordonnées téléphoniques dans un cadre très précis, de garder sa vie privée en se préservant au mieux des réseaux sociaux. Le fait d'avoir une vie familiale à côté représentait à lui seul un mode de soutien, et pas forcément le fait de se confier à un membre de sa famille puisqu'en général les médecins généralistes se confiaient très peu. D'ailleurs, une étude qualitative en Ille-et-Vilaine sur le vécu des médecins généralistes par rapport au décès de leurs patients, montrait que peu de médecins se livraient à leurs proches sur le décès de leur patients (28).

Le soutien professionnel était aussi essentiel au médecin généraliste. Dans une étude de Dumesnil et al., une des variables amenant au burn out des médecins généralistes est l'absence de contact avec les confrères, démontrant l'importance de débats, colloques entre eux (29).

L'exercice au sein d'une MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle) était vécue comme protectrice par les médecins généralistes, de même qu'être maître de stage universitaire. L'intromission de tierces personnes dans la relation de soins, en ne la rendant plus exclusive permettait de créer une distance avec le patient. Cependant, cela pouvait également la détériorer du point de vue du patient, se sentant abandonné par son médecin traitant.

III. PISTES D'AMELIORATION ET PERSPECTIVES

A. Améliorer la formation des jeunes médecins : piste pédagogique

Le manque de formation était mis en évidence au cours des entretiens, sur la juste distance à imposer dans chaque relation.

Des enseignements sous forme de groupes BALINT(30) existent déjà à la Faculté de Médecine de Lille. Il s'agit de groupe de discussions en petit comité dont les modalités d'organisation et d'animation sont expliquées sur le site de la Société Médicale Balint (31).

Ceux-ci permettent de traiter de la relation médecin-malade en petits groupes, et de débattre autour de jeux de rôles. Intégrer la notion d'amitié au sein de ces enseignements permettraient aux jeunes médecins de réfléchir en amont de leur exercice à une possibilité d'évolution de la relation qui se présentera dans leur exercice.

B. Organisation de formation aux Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS)

Evoquée lors des entretiens, l'apprentissage du refus n'est pas à sous-estimer. Nous l'avons vu au cours de cette étude : l'expérience ne représente pas une variable protectrice, et peut bien au contraire permettre l'introduction d'amitié dans les soins. En d'autres termes, un médecin expérimenté peut plus facilement « céder » à une amitié avec un patient, plutôt qu'un jeune médecin. En complément de cours réalisés à la fac peu avant son exercice libéral, des formations approfondies au cours de sa carrière organisées par les URPS permettrait de le conforter dans ces situations de bascule.

CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en avant la dualité qui s'impose tout au long de la carrière du médecin généraliste entre professionnalisme et humanisme. En perpétuel équilibre entre son savoir théorique et son savoir-être, le médecin généraliste s'efforce de maintenir une juste distance dans les soins, aussi bien pour se protéger lui-même, que pour protéger les soins.

L'introduction de l'amitié dans les soins perturbe cet équilibre en lui demandant des efforts supplémentaires pour maintenir un cadre professionnel et éviter l'envahissement émotionnel. L'amitié est perçue comme un avantage pour le patient, et un poids pour le médecin. Celle-ci se développait préférentiellement avec le temps, ou dans des situations de fragilité. Plusieurs ajustements sont alors nécessaires de la part du médecin généraliste pour y faire face.

Accompagner les étudiants dans leur formation par le biais de groupes de réflexion autour de cette amitié médecin-malade leur permettrait d'acquérir dès les premières sollicitations des mécanismes de défense, et de se préparer à trouver leur propre équilibre pour leur exercice.

Il serait intéressant d'explorer le point de vue des patients par d'autres études complémentaires, afin de mieux comprendre leurs attentes de cette amitié.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Stern D. Summary. Psychotherapies. 2005;25(4):215-22.

2. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 5 févr 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate

3. Fivaz-Depeursinge E. Corps et intersubjectivité. 1 janv 2001;21:63-9.

4. Boissier M-C. La confiance dans la relation médecin-malade. Commentaire. 2012;Numéro 139(3):799-806.

5. Vannotti M. L 'empathie dans la relation médecin – patient. Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux. 2002;no 29(2):213-37.

6. Mailhot M. Caring for our own families. Can Fam Physician. 1 mars 2002;48(3):546-7.

7. Cosnier J (1927-) A du texte. Psychologie des émotions et des sentiments / Jacques Cosnier [Internet]. 1994 [cité 29 janv 2022]. Disponible sur: https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k48001944

8. Scheler MF, undefined. Nature et formes de la sympathie. Contribution à l'étude des lois de la vie émotionnelle. Traduit de l'allemand par M. Lefebvre. Paris: Payot; 1928.

9. L'Exercice de l'amitié. Pour une histoire des pratiques amicales aux XVIIIe et XIXe siècles, Anne Vincent-Buffault, Sciences humaines - Seuil | Editions Seuil [Internet]. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: https://www.seuil.com/ouvrage/l-exercice-de-l-amitie-pour-une-histoire-des-pratiques-amicales-aux-xviiie-et-xixe-siecles-anne-vincent-buffault/9782020196734

10. AMITIÉ : Définition de AMITIÉ [Internet]. [cité 5 févr 2022]. Disponible sur: https://www.cnrtl.fr/lexicographie/amiti%C3%A9

11. Aristote, Éthique à Nicomaque (Livres VIII et IX) [Internet]. [cité 5 févr 2022]. Disponible sur: https://www.editions-ellipses.fr/accueil/1231-aristote-ethique-a-nicomaque-livres-viii-et-ix-9782340004160.html

12. J.-C.-0065) S (0004 av. Des bienfaits [Internet]. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: https://data.bnf.fr/fr/12194469/seneque_des_bienfaits/

13. Rieder PA. Le médecin, mon ami? Archive ouverte de l'Université de Genève. Archive ouverte de l'Université de Genève; 2014.

14. Rourke LL, Rourke JT. Close friends as patients in rural practice. Can Fam Physician. juin 1998;44:1208-22.

15. La Puma J, Priest ER. Is there a doctor in the house? An analysis of the practice of physicians' treating their own families. JAMA. 1 avr 1992;267(13):1810-2.

16. Rourke JT, Smith LF, Brown JB. Patients, friends, and relationship boundaries. Can Fam Physician. déc 1993;39:2557-64.

17. Doctors treating their families | The BMJ [Internet]. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: https://www.bmj.com/content/348/bmj.g4281.long

18. Eastwood GL. When relatives and friends ask physicians for medical advice: ethical, legal, and practical considerations. J Gen Intern Med. déc 2009;24(12):1333-5.

19. Medical Council - Professionalism [Internet]. [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: https://medicalcouncil.ie/professionalism/

20. Good medical practice [Internet]. Medical Council. 2019 [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: https://www.mcnz.org.nz/our-standards/current-standards/good-medical-practice/

21. Percival T, éditeur. MEDICAL ETHICS; or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the professional Conduct of Physicians and Surgeons. In: The Works, Literary, Moral, and Medical, of Thomas Percival, MD: To Which Are Prefixed, Memoirs of his Life and Writings, and a Selection from his Literary Correspondence [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2013 [cité 20 oct 2021]. p. 355-8. (Cambridge Library Collection - History of Medicine; vol. 2). Disponible sur: https://www.cambridge.org/core/books/works-literary-moral-and-medical-of-thomas-percival-md/medical-ethics-or-a-code-of-institutes-and-precepts-adapted-to-the-professional-conduct-of-physicians-and-surgeons/E67122C80728828672C7736D28DC3D27

22. Article R4127-7 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912868/

23. Portes L, Carlotti. A la Recherche d'Une Éthique Médicale. Etudes Philos. 1954;9(2):212-212.

24. Contenus de la relation médecin-malade : place des modèles psychologiques – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: https://www.academie-medecine.fr/contenus-de-la-relation-medecin-malade-place-des-modeles-psychologiques/

25. Communication patterns of primary care physicians - PubMed [Internet]. [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9002500/

26. SENAND R, CHAMBONET JY. Esquisse par des patients de leur médecin généraliste. Rev Prat - Médecine Générale. 20 nov 1995;(vol. 9, n° 318):65-70.

27. Meyers DT. Feminist social thought: a reader [Internet]. New York, London: Routledge; 1997 [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: http://prism.librarymanagementcloud.co.uk/newman-ac/items/131312

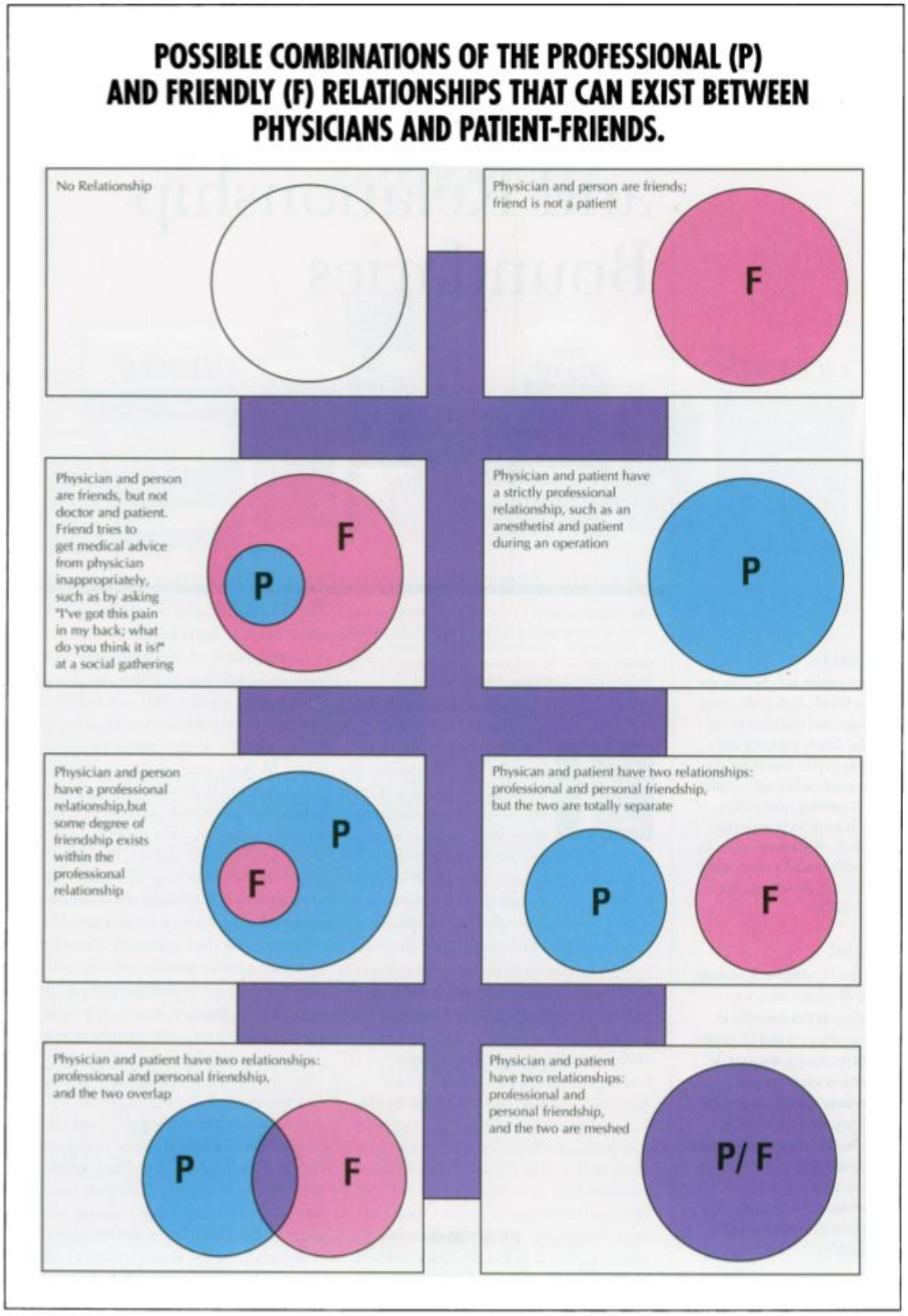
28. Ladevèze M, Levasseur G. General practitioners and the death of their patients. Prat Organ Soins. 2010;41(1):65-72.

29. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Professional burn-out of general practitioners in urban areas: prevalence and determinants. Sante Publique (Bucur). 1 oct 2009;21(4):355-64.

30. Psychologies.com. Groupe Balint: Définition de Groupe Balint [Internet]. 2013 [cité 5 févr 2022]. Disponible sur: https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Groupe-Balint

31. Les groupes Balint | Société Médicale Balint [Internet]. [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php

<u>Annexe 1 :</u> Classification du risque, Rourke JT, Smith LF, Brown JB. Patients, friends, and relationship boundaries. Can Fam Physician. déc 1993;39:2557-64.



2558 *Canadian Family Physician* VOL 39: *December 1993*

<u>Annexe 2 :</u> Première version du guide d'entretien

Règles de l'entretien

- Anonymat de chaque participant
- Consentement à la réalisation de l'entretien et de son enregistrement audio
- Aucun jugement ne sera effectué
- Chaque témoignage est important

Questionnaire quantitatif

<u>Questionnaire n°</u>

Anonymat	
Nom :	Prénom :
Âge :	
Sexe :	
Mode d'exercice : ☐ Urbain ☐ Cabinet de groupe ☐ Semi rural ☐ Seul en cabinet	
Nombre d'années d'expérience :	

Questions ouvertes

Présentation

1. Parlez-moi un peu de vous, de votre parcours, de votre pratique médicale

Sujet de recherche

2. Qu'évoque pour vous la notion d'*Amitié* ? Comment s'applique-t-elle dans votre quotidien de médecin ?
3. A quelle occasion avez-vous été confronté à cette amitié entre vous et votre patient?
    - Quelles sont les circonstances vous ayant amené à cette relation d'amitié ?
4. Quels sont les changements que vous avez remarqués lors de la consultation médicale ? sur votre vie privée ?

    - Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez rencontrés personnellement une fois cette amitié installée ?
    - Quelles sont au contraire les avantages et bénéfices que vous avez rencontrés ?

5. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer cette relation de soin une fois les « limites » de l'empathie dépassées ?
6. Selon vous, existe-t-il un lien entre lieu d'exercice et la nature des relations malade-médecin ?
    - notion de transition entre pratique en cabinet seul chez soi et MSP
    - notion de distance naturelle selon site de travail
7. La visite à domicile est propre à notre profession médicale, qu'est-ce que vous pouvez me dire sur cette entrée dans l'intimité propre des patients?

Ouvertures

8. Que pensez-vous des réseaux sociaux dans votre quotidien professionnel?

Fin de l'entretien

9. Existe-t-il des choses non abordées au cours de l'entretien que vous souhaiteriez ajouter ?

Questions bonus si non évoqué lors de l'entretien:

- *Quelle est votre réaction face à l'insistance d'un patient pour dépasser le cadre professionnel?*
- *Que pensez-vous du fait de donner un numéro de téléphone ou une adresse mail personnelle aux patients?*

<u>Annexe 3 :</u> Deuxième version du guide d'entretien

Introduction : Présentation de l'étude

Règles de l'entretien

- Anonymat de chaque participant
- Consentement à la réalisation de l'entretien et de son enregistrement audio
- Aucun jugement ne sera effectué
- Chaque témoignage est important

Questions ouvertes

Sujet de recherche

1. ***Question "BRISE GLACE"*** Comme vous le savez la relation médecin patient dit aussi le "colloque singulier" est particulière, comment qualifiez-vous la relation que vous entretenez avec vos patients, de manière générale?
2. Qu'évoque pour vous la notion d'*Amitié* entre un patient et son médecin traitant?
3. Vous êtes-vous, vous-même retrouvé dans cette situation ? Quelles sont les circonstances vous ayant amené à cette relation d'amitié ?
4. **Que** pensez-vous de son impact dans les soins ?
5. Quelles seraient vos suggestions limiter les impacts une fois l'amitié installée ?
6. Selon vous, existe-t-il un lien entre lieu d'exercice et la nature des relations malade-médecin ?

- notion de transition entre pratique en cabinet seul chez soi et MSP
- notion de distance naturelle selon site de travail

7. La visite à domicile étant un contexte de consultation médicale particulier, qu'est-ce que vous pouvez me dire sur cette entrée dans l'intimité propre des patients?

Ouvertures

Que pensez-vous des réseaux sociaux dans votre quotidien professionnel?

Fin de l'entretien

Existe-t-il des choses non abordées au cours de l'entretien que vous souhaiteriez ajouter ?

Présentation

Enfin, parlez-moi un peu de vous, de votre parcours, de votre pratique médicale

Questionnaire quantitatif

Questionnaire n°

Anonymat	
Nom :	Prénom :
Âge :	
Sexe :	
Mode d'exercice : • Urbain ☐ Cabinet de groupe • Semi rural ☐ Seul en cabinet	
Nombre d'années d'expérience :	

Questions bonus si non évoqué lors de l'entretien:

- *Que pensez-vous du fait de donner un numéro de téléphone ou une adresse mail personnelle aux patients?*

<u>Annexe 4 :</u> Version finale du guide d'entretien

Règles de l'entretien

- Anonymat de chaque participant
- Consentement à la réalisation de l'entretien et de son enregistrement audio
- Aucun jugement ne sera effectué
- Chaque témoignage est important

Questions ouvertes

1. Relation médecin-malade
2. L'amitié entre un patient et son médecin traitant
3. L'amitié dans les soins
4. Lieu d'exercice/lieu d'habitation
5. Visite à domicile

Ouvertures

Que pensez-vous des réseaux sociaux dans votre quotidien professionnel?

Fin de l'entretien

Existe-t-il des choses non abordées au cours de l'entretien que vous souhaiteriez ajouter ?

Présentation

Enfin, parlez-moi un peu de vous, de votre parcours, de votre pratique médicale

Questionnaire quantitatif

<u>Questionnaire n°</u>

Anonymat	
Nom :	Prénom :
Âge :	
Sexe :	
Mode d'exercice : • Urbain • Semi rural	 ☐ Cabinet de groupe ☐ Seul en cabinet
Nombre d'années d'expérience :	

<u>Annexe 5 :</u> Grille COREQ - traduite française des lignes directrices Coreq

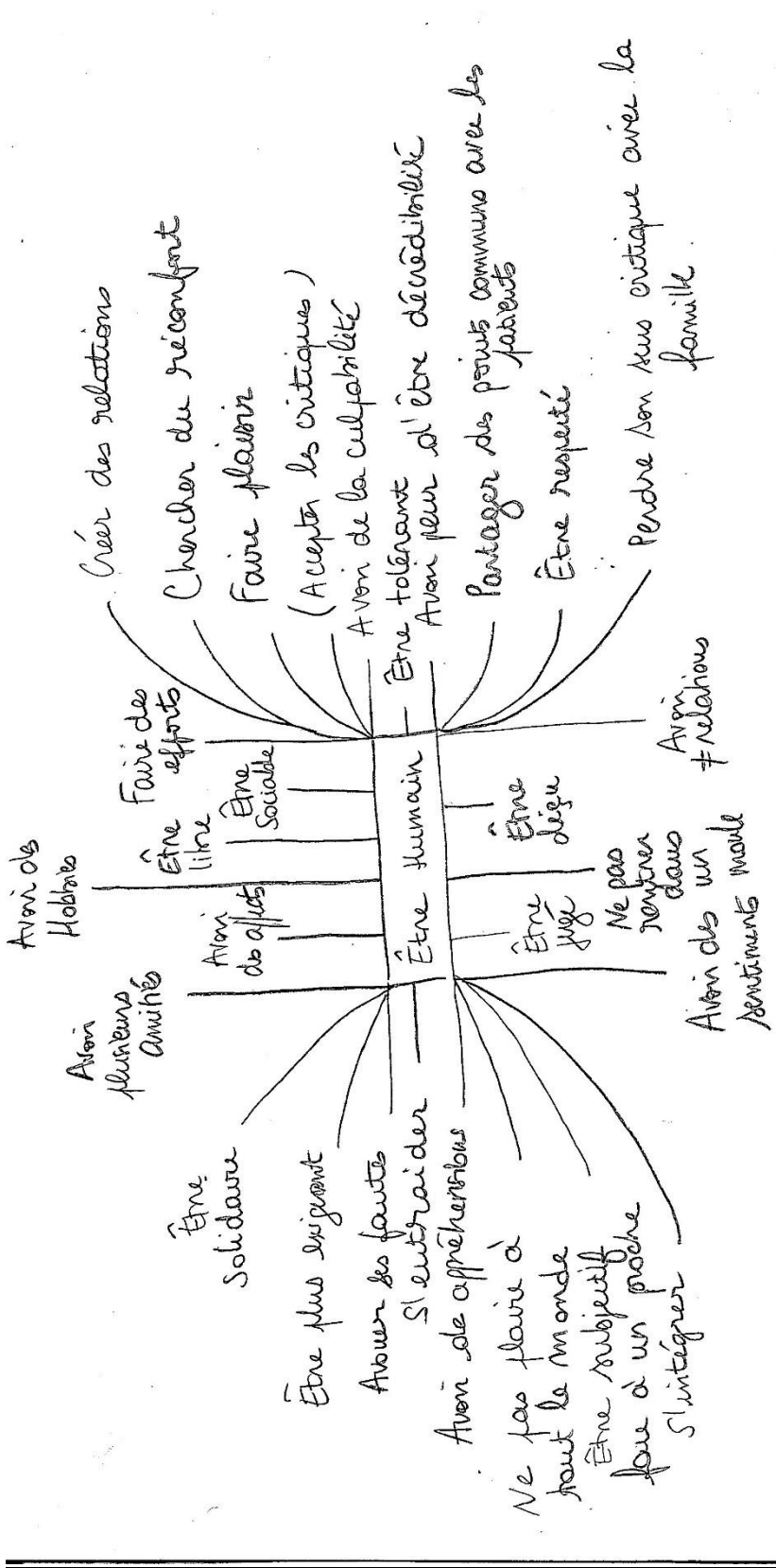
N°	Item	Guide questions / Description
<u>Domaine 1</u> : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Camille LEDUC	Enquêteur / Animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2. Validation du 3ème cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
3. Interne en médecine générale	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Femme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Initiation à la recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6. Connaissances, inconnus	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Interne de médecine générale réalisant une étude sur la relation médecin-malade	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? *Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche*
8. Interne de médecine générale	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur / animateur ? *Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche*
<u>Domaine 2</u> : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Analyse par théorisation ancrée	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? *Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse du contenu*)
Sélection des participants		
10. Echantillonnage dirigé et par effet boule de neige	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? *Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige*
11. Téléphone, courriel	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? *Par exemple :*

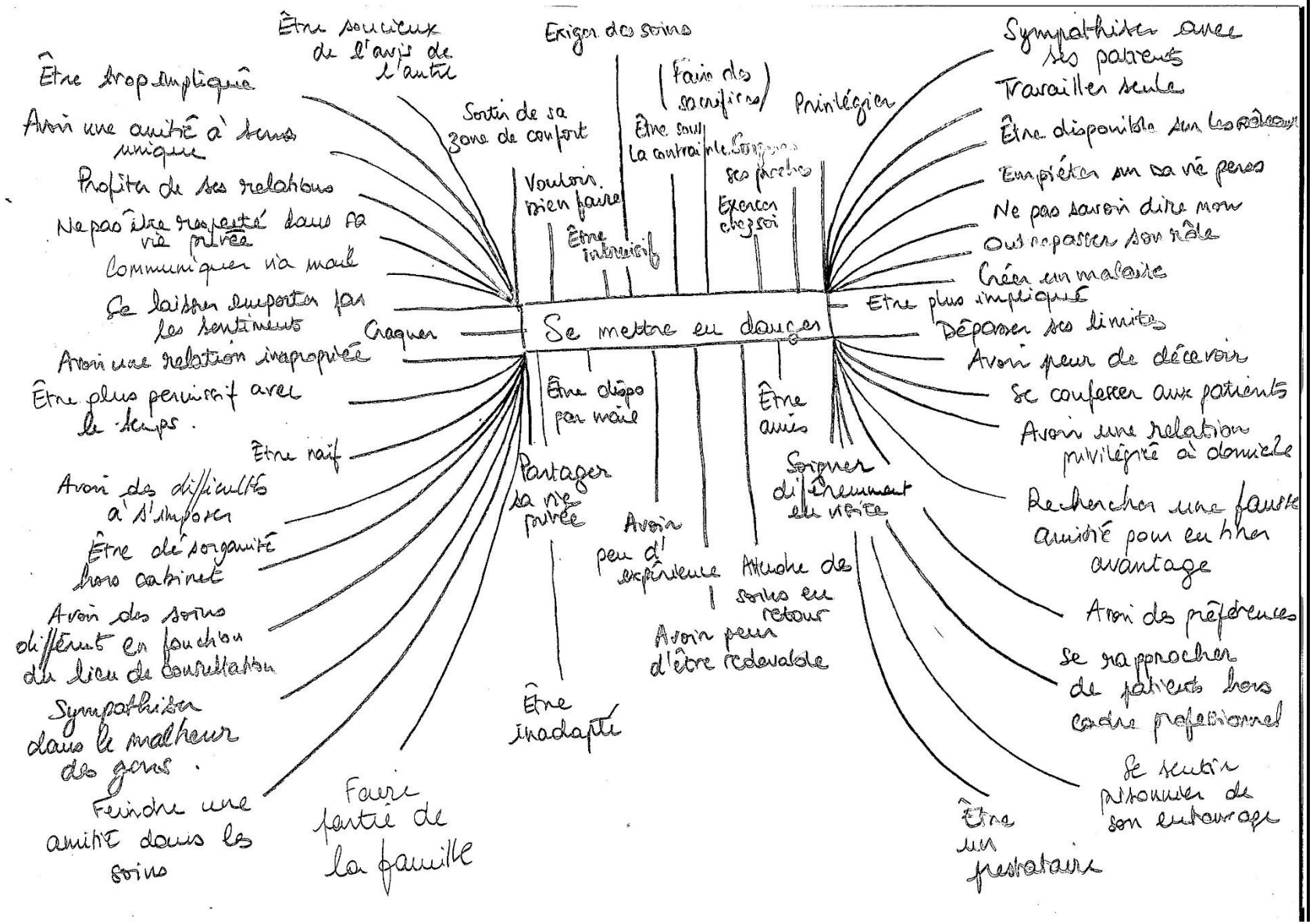
		face-à-face, téléphone, courrier, courriel
12. Dix participants	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. 0	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14. Selon le choix du participant : lieu professionnel / domicile / Lieu neutre	Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ? *Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail*
15. Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Sexe, âge, type d'activité (rurale / semi-rurale / urbaine), et nombre d'années d'exercice	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? *Par exemple : données démographiques, date*
Recueil des données		
17. Oui. Guide d'entretien testé au préalable par un entretien exploratoire.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Oui	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21. 32 min en moyenne	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Oui (suffisance des données atteinte)	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		

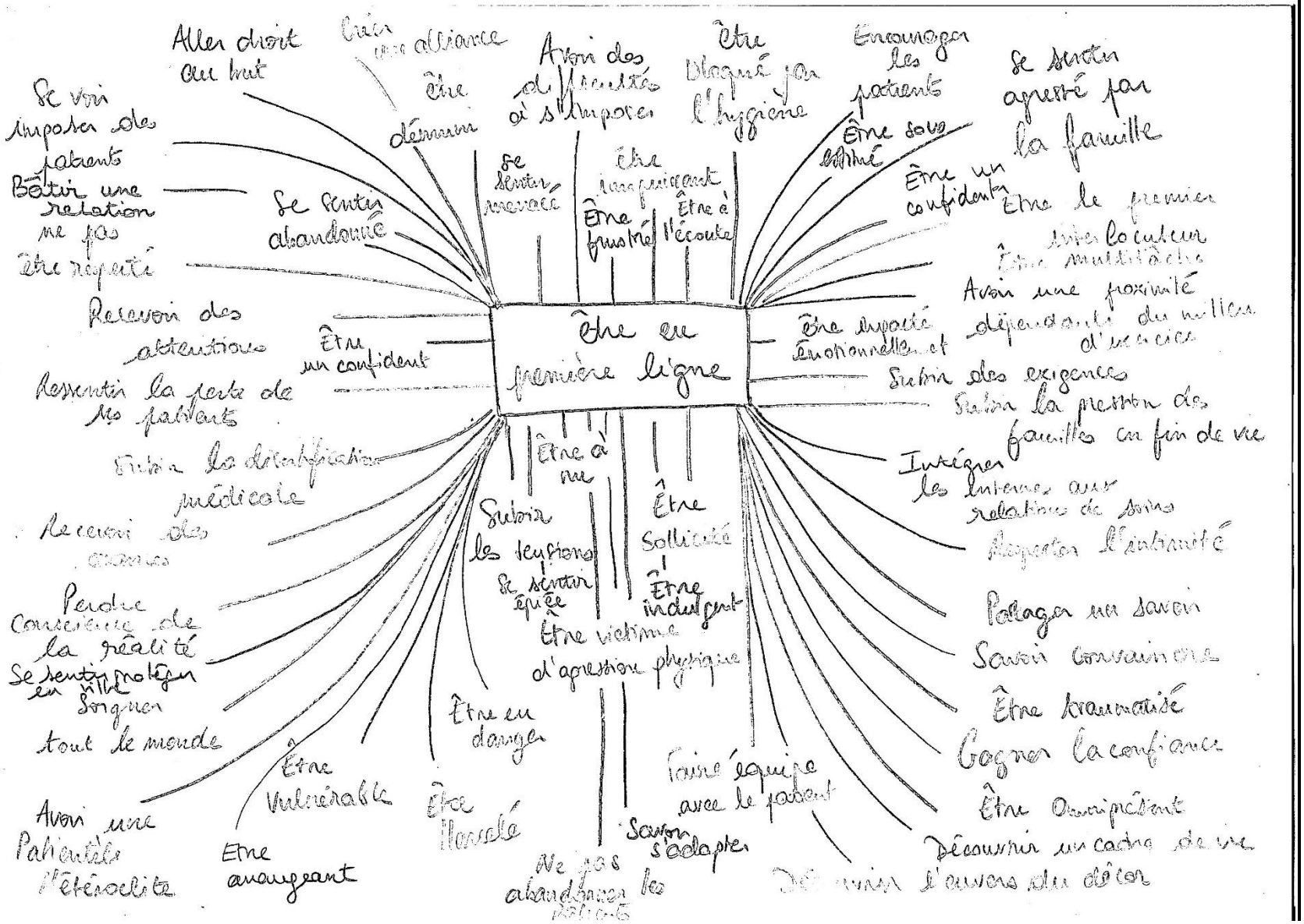
24. Deux. L'auteur et un chercheur indépendant pour le codage ouvert puis l'auteur seul pour le codage axial et sélectif	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Oui par modélisation du codage	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. Excel	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimés des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29. Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation est-elle identifiée ? *Par exemple : numéro de participant*
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y-a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

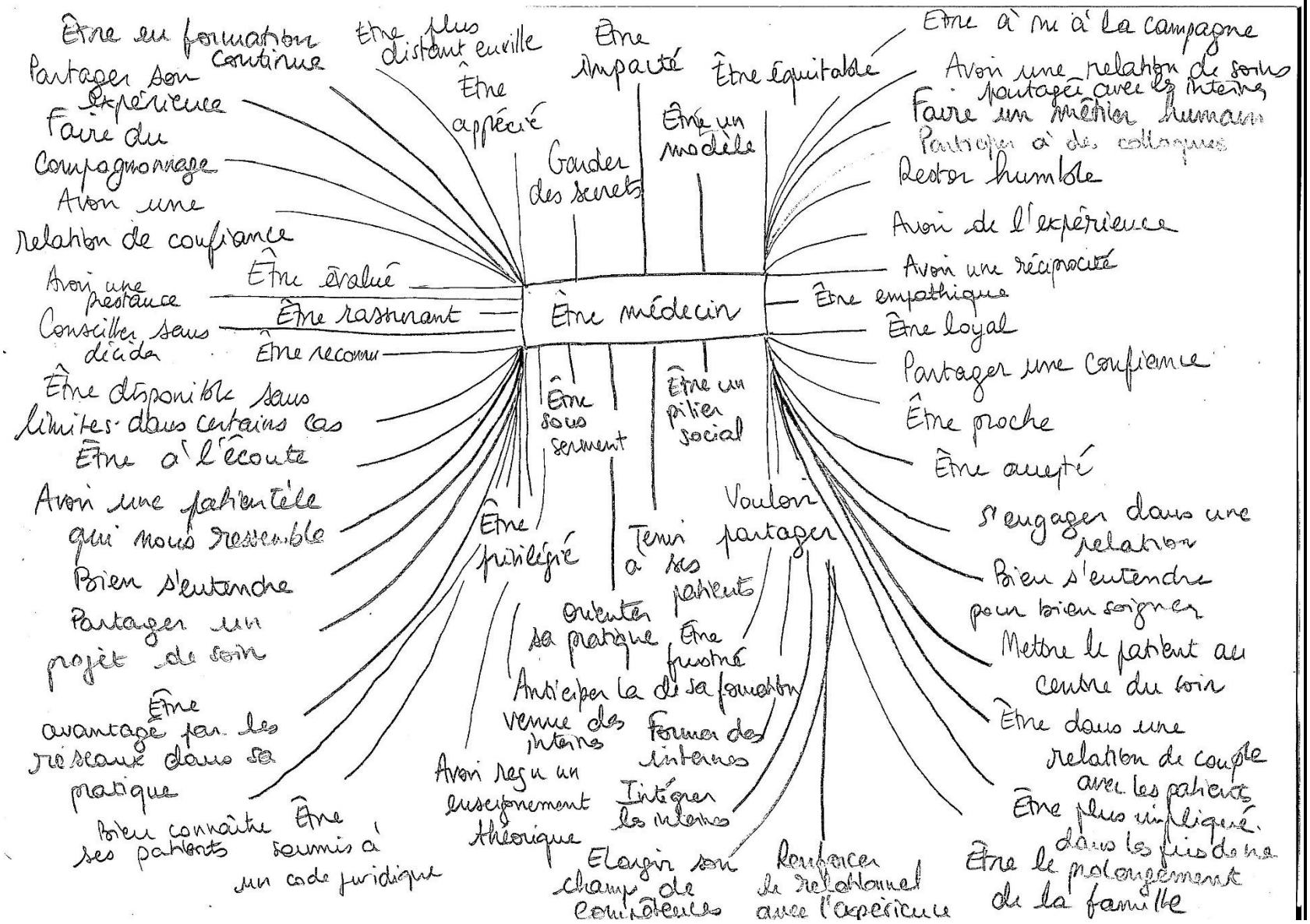
Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4. Disponible sur : http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012314004331

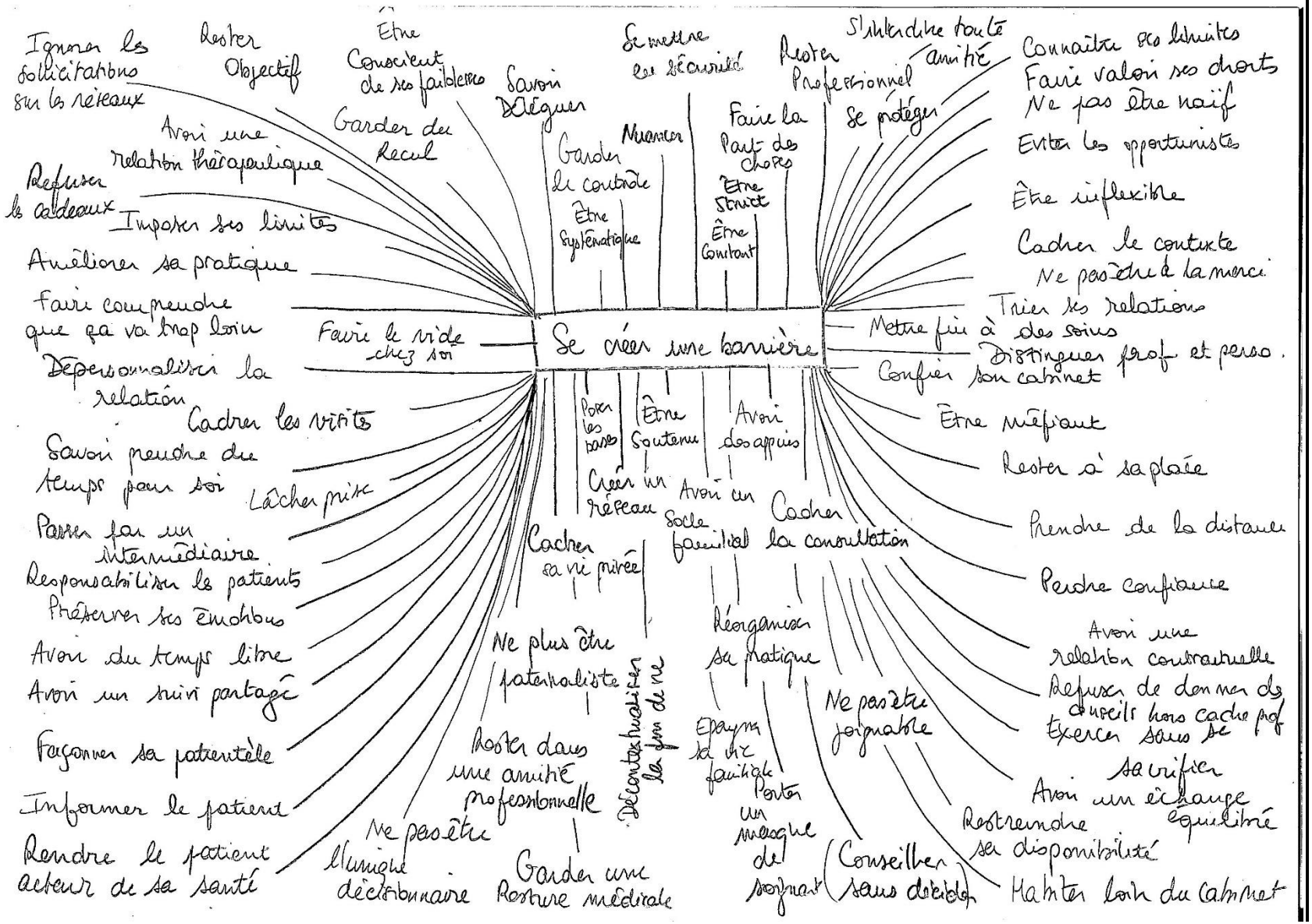
<u>Annexe 6 :</u> Codage Axial




Se mettre en danger
Être trop impliqué
Avoir une amitié à sens unique
Profiter de ses relations
Ne pas être respecté dans sa vie privée
Communiquer via mail
Se laisser emporter par les sentiments
Craquer
Avoir une relation inappropriée
Être plus permissif avec le temps.
Être naïf
Avoir des difficultés à s'imposer
Être désorganisé hors cabinet
Avoir des soins différents en fonction du lieu de consultation
Sympathiser dans le malheur des gens.
Prendre une amitié dans les soins
Être soucieux de l'avis de l'autre
Sortir de sa zone de confort
Faire partie de la famille
Vouloir bien faire
Être intrusif
Exiger des soins
(Faire des sacrifices)
Être sous la contrainte
Être dispo par mail
Partager sa vie privée
Être inadapté
Avoir peu d'expérience
Avoir peur d'être redevable
Attendre des soins en retour
Privilégier
Sacrifier ses proches
Exercer chez soi
Être amis
Soigner différemment en visite
Sympathiser avec ses patients
Travailler seule
Être disponible sur les réseaux
Empiéter sur sa vie perso
Ne pas savoir dire non
Outrepasser son rôle
Créer un malaise
Être plus impliqué
Dépasser ses limites
Avoir peur de décevoir
Se confesser aux patients
Avoir une relation privilégiée à domicile
Rechercher une fausse amitié pour en tirer avantage
Avoir des préférences
Se rapprocher de patients hors cadre professionnel
Se sentir prisonnier de son entourage
Être un prestataire


Être en première ligne
Aller droit au but
Créer une alliance
Être démuni
Avoir des difficultés à s'imposer
Être bloqué par l'hygiène
Encourager les patients
Se sentir agressé par la famille
Se voir imposer des patients
Bâtir une relation
Se sentir abandonné
Se sentir inutile
Être frustré
Être impuissant
Être à l'écoute
Être sous estimé
Être un confident
Être le premier interlocuteur
Être multitâche
Avoir une proximité dépendante du milieu d'exercice
Être un confident
Être impacté émotionnellement
Subir des exigences
Subir la pression des familles en fin de vie
Intégrer les internes aux relations de soins
Respecter l'intimité
Partager un savoir
Savoir convaincre
Être traumatisé
Gagner la confiance
Être omniprésent
Découvrir un cadre de vie
Découvrir l'envers du décor
Ressentir la perte de mes patients
Subir la diminution médicale
Recevoir des attentions
Recevoir des remerciements
Perdre conscience de la réalité
Se sentir protégé en ville
Soigner tout le monde
Avoir une patientèle hétéroclite
Être vulnérable
Être angoissant
Être démuni
Être en danger
Être à me
Subir les tentations
Se sentir épuisé
Être victime d'agression physique
Être sollicité
Être indulgent
Faire équipe avec le patient
Savoir s'adapter
Ne pas abandonner les patients


Être médecin
Être en formation continue
Partager son expérience
Faire du compagnonnage
Avoir une relation de confiance
Avoir une prestance
Conseiller sans décider
Être disponible sans limites dans certains cas
Être à l'écoute
Avoir une patientèle qui nous ressemble
Bien s'entendre
Partager un projet de soin
Être avantagé par les réseaux dans sa pratique
Bien connaître ses patients
Être soumis à un code juridique
Être plus distant en ville
Être apprécié
Être évalué
Être rassurant
Être reconnu
Être impacté
Garder des secrets
Être un modèle
Être sous serment
Être un pilier social
Être privilégié
Tenir à ses patients
Orienter sa pratique
Anticiper la fin de sa formation
Être frustré
Avoir reçu un enseignement théorique
Former des internes
Intégrer les internes
Élargir son champ de compétences
Renforcer le relationnel avec l'expérience
Vouloir partager
Être équitable
Être à mi à la campagne
Avoir une relation de soins partagée avec les internes
Faire un métier humain
Participer à des collègues
Rester humble
Avoir de l'expérience
Avoir une réciprocité
Être empathique
Être loyal
Partager une confiance
Être proche
Être auprès
S'engager dans une relation
Bien s'entendre pour bien soigner
Mettre le patient au centre du soin
Être dans une relation de couple avec les patients
Être plus impliqué dans les fins de vie
Être le prolongement de la famille


Se créer une barrière
Ignorer les sollicitations sur les réseaux
Rester Objectif
Être Conscient de ses faiblesses
Savoir Déléguer
Garder du Recul
Avoir une relation thérapeutique
Refuser les cadeaux
Imposer ses limites
Améliorer sa pratique
Faire comprendre que ça va trop loin
Faire le vide chez soi
Dépersonnaliser la relation
Cadrer les visites
Savoir prendre du temps pour soi
Lâcher prise
Passer par un intermédiaire
Responsabiliser les patients
Préserver ses émotions
Avoir du temps libre
Avoir un suivi partagé
Façonner sa patientèle
Informer le patient
Rendre le patient acteur de sa santé
Garder le contrôle
Être Systématique
Se mettre en sécurité
Nuancer
Faire la part des choses
Être Strict
Être Constant
Rester Professionnel
S'interdire toute amitié
Se protéger
Connaître ses limites
Faire valoir ses droits
Ne pas être naïf
Éviter les opportunistes
Être inflexible
Cadrer le contexte
Ne pas être à la merci
Trier ses relations
Mettre fin à des soins
Distinguer prof et perso.
Confier son cabinet
Être méfiant
Rester à sa place
Prendre de la distance
Perdre confiance
Avoir une relation contractuelle
Refuser de donner des conseils hors cadre prof
Exercer sans se sacrifier
Avoir un échange équilibré
Restreindre sa disponibilité
Habiter loin du cabinet
Poser les bases
Être Soutenu
Avoir des appuis
Créer un réseau
Avoir un Socle familial
Cadrer la consultation
Cacher sa vie privée
Ne plus être paternaliste
Décontextualiser la fin de vie
Réorganiser sa pratique
Ne pas être joignable
Rester dans une amitié professionnelle
Épuiser sa vie familiale
Porter un masque de soignant
Ne pas être l'unique décisionnaire
Garder une Posture médicale
(Conseiller sans décider)

AUTEURE : Nom : LEDUC Prénom : Camille

Date de soutenance : Jeudi 03 Mars 2022

Titre de la thèse : Vécu des médecins généralistes installés lorsque se crée une amitié dans la relation de soins : étude qualitative dans les Hauts-de-France.

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : *Médecine Générale*

DES + FST/option : *Médecine Générale*

Mots-clés : relation médecin-malade, amitié, étude qualitative, relation de soins, friendship, family physicians

Résumé :

Introduction : La relation médecin-patient est complexe et évolutive au même titre que la société. Malgré ses capacités d'adaptation dans sa relation aux autres, il arrive parfois que le professionnalisme du médecin généraliste laisse place à une part de subjectivité : se développe alors une relation d'amitié entre médecin et patient. L'objectif de cette étude était de s'intéresser au vécu de chaque médecin, quand l'amitié s'immisce dans les soins.

Méthode : Une étude qualitative a été menée par des entretiens individuels auprès de médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France entre février 2021 et décembre 2021. L'analyse a été menée par théorisation ancrée avec triangulation des données.

Résultats : Un total de dix entretiens a permis la suffisance des données. Le médecin généraliste intervenant en première ligne était sollicité en permanence. La fragilité psychologique, sociale ou organique (soins palliatifs) du patient représentait une difficulté supplémentaire dans le maintien d'une distance émotionnelle avec le patient. Le médecin généraliste pouvait se mettre en danger par une disponibilité à la demande, et un dépassement de ses limites sur le plan professionnel et émotionnel. Pour y faire face, le médecin généraliste s'efforçait de se protéger en dichotomisant vie privée et vie professionnelle et en autonomisant le patient dans les soins.

Conclusion : L'introduction de l'amitié dans les soins demande des efforts supplémentaires au médecin généraliste pour maintenir un cadre professionnel et éviter l'envahissement émotionnel. Avantageuse pour le patient, elle représente surtout un poids pour le médecin. Plusieurs ajustements sont alors nécessaires de la part du médecin généraliste pour y faire face et rétablir l'équité dans les soins.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs : Monsieur le Docteur Laurent TURI, Madame le Docteur Delphine LEGRAND-DUFOUR

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Charles CAUET