



HAL
open science

Attitude des médecins généralistes face aux sollicitations de leurs amis : étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes en Picardie

Hugo Lemor

► **To cite this version:**

Hugo Lemor. Attitude des médecins généralistes face aux sollicitations de leurs amis : étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes en Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03187824

HAL Id: dumas-03187824

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03187824v1>

Submitted on 1 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES-VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2020

N° 2020 - 200

**ATTITUDE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES FACE AUX
SOLLICITATIONS DE LEURS AMIS**

Étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes en Picardie

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 26 NOVEMBRE 2020 À 18H00

Hugo LEMOR

Né le 15/06/1991 à Compiègne (60)

COMPOSITION DU JURY :

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ

Membres du jury :

- Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN
- Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI
- Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Georges JUNG

DÉDICACES

À mon président du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Coordonnateur du DES de psychiatrie

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse,

Soyez assuré, monsieur le Professeur, de toute ma gratitude et de mon profond respect.

À mes juges,

Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Anatomie et cytologie pathologique)

Vous me faites l'honneur de porter attention à mon travail,

Veillez croire en l'expression de ma reconnaissance et de ma considération.

Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Médecine vasculaire

Chef du Service de Médecine Vasculaire

Vous me faites l'honneur et la gentillesse de juger ce travail,

Je vous prie d'accepter mes sincères remerciements. Soyez également assurée de toute mon estime à m'avoir fait découvrir votre belle spécialité lors de mon cursus universitaire.

À Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Médecine interne

Je vous suis très reconnaissant d'avoir immédiatement accepté de participer au jury de soutenance de ma thèse,

Veillez trouver le témoignage de mon profond respect.

À mon directeur de thèse,

À Monsieur le Professeur Georges JUNG

Professeur Associé de Médecine Générale

Département de Médecine Générale

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail de thèse,

Je vous remercie infiniment pour votre aide, vos conseils avisés, votre disponibilité malgré vos nombreuses obligations et l'intérêt que vous avez témoigné à ce sujet d'étude.

J'ai également eu la chance d'intégrer votre cabinet médical au cours de mon internat. Votre rigueur, patience, dévouement et bienveillance entre autres se sont imposés à moi comme des modèles. Je tâcherai d'être fidèle à votre exemplarité tout au long de ma carrière professionnelle.

Pour toutes ces raisons, veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse considération.

GLOSSAIRE

CDN	Chambre Disciplinaire Nationale
CEOM	Conseil Européen des Ordres des Médecins
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DUMGA	Département Universitaire de Médecine Générale d'Amiens
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes
FMC	Formation Médicale Continue
GEP	Groupes d'Échange de Pratique
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSU	Maître de Stage Universitaire
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
WONCA	World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	11
I. Choix de la méthode	11
II. Population étudiée et mode de recrutement.....	11
III. Entretiens	11
1. Préparation	11
2. Déroulement.....	12
3. Retranscription	12
IV. Analyse des données.....	12
1. Méthode d'analyse	12
2. Codage	13
3. Saturation	13
4. Triangulation.....	13
RÉSULTATS.....	14
I. Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens.....	14
II. Résultats de l'étude	15
1. La notion d'amitié.....	15
2. Les objectifs de la demande	16
A. Motif de la demande.....	16
B. Contexte de la demande.....	17
C. But de la demande	18
3. Le contexte matériel.....	19
4. La démarche médicale.....	21
5. Les risques de la relation médecin-patient-ami.....	23
A. Pour la prise en charge	23
B. Pour le médecin	24
C. Pour l'ami	28
D. Pour la relation	28
6. Les limites identifiées	29
7. Les avantages de la relation médecin-patient-ami	32
A. Pour la prise en charge	32

B. Pour le médecin	33
C. Pour l'ami	34
D. Pour la relation	34
8. Les situations favorables	35
9. Les conseils des médecins interrogés.....	37
10. Les stratégies de réponse.....	39
11. Comparaison avec les sollicitations des membres de sa famille.....	41
DISCUSSION	42
I. Intérêt du sujet	42
II. Forces et faiblesses de l'enquête	42
III. Discussion des résultats	44
1. Relation médecin - malade - ami : un mixte non évident de deux types de relations..	44
2. Une situation très fréquente	46
3. Des procédures particulières dans des contextes particuliers	46
4. La distance relationnelle	49
5. Un comportement hétérogène des médecins avec un objectif : tenter de maintenir un équilibre difficile entre la relation médicale et la relation amicale.....	51
6. Les spécificités du soin d'un ami par rapport à un membre de la famille	53
7. Le besoin d'un professionnalisme.....	54
CONCLUSION.....	56
BIBLIOGRAPHIE.....	57
ANNEXES.....	61
Annexe 1 : le guide d'entretien	61
Annexe 2 : les entretiens	62

INTRODUCTION

Au cours de leur carrière, les médecins sont souvent confrontés aux sollicitations de leurs amis [1]. Dans ce genre de situation, les relations personnelles et professionnelles peuvent souffrir [2]. Pourtant près de 100% des praticiens ont déjà effectué une prescription pour un proche. Les médecins généralistes semblent davantage concernés, même si cela intéresse toutes les spécialités et tous les modes d'exercice [3,4].

La World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians (WONCA) a proposé en 2011 une définition révisée du médecin généraliste [5] : « Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel [...] » Le médecin généraliste devrait donc prendre en charge tous types de patients. Il ne devrait pas y avoir de barrière empêchant son accès.

Il est précisé dans le code de la santé publique [6] qu'un médecin a le devoir de répondre à une situation d'urgence (article R4127-47). Au contraire, il ne peut accepter une mission d'expertise médicale concernant une personne qu'il connaît (article R4127-105). En dehors de ces deux contextes précis, nous avons le choix de nous investir ou non dans le parcours de soins de nos amis.

La prise en charge sur le plan médical d'un membre de sa famille a déjà été abordée dans la littérature. Le risque principal est la perte d'objectivité qui s'accoutume difficilement avec l'obligation de neutralité et d'empathie du médecin [7]. Le manque de détachement entraînerait même une diminution de la qualité de la prise en charge [8]. Il est donc préconisé de rediriger simplement nos proches vers un confrère. Si le soin ne peut être différé, il conviendrait de le réaliser dans un contexte professionnel et d'en informer le médecin traitant référent [9]. Par ailleurs, soigner un confrère peut également provoquer une ambiguïté des rôles qui amène à un échec de la relation [10].

Cependant, peu d'écrits traitent spécifiquement des demandes de prise en charge émanant de l'entourage amical du médecin. J'ai pourtant moi-même déjà reçu de nombreuses sollicitations venant de mes amis. Bien souvent, je ne savais pas comment me positionner en tant que soignant.

Dans son livre blanc publié en 2011 [11], le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) indique qu'un médecin peut, comme tout internaute, créer un profil sur un réseau social grand public. Or, il est précisé qu'il doit refuser toute sollicitation de patients désireux de faire partie de ses relations en ligne. « Cette proximité virtuelle comporte en effet le risque de compromettre la qualité de la relation médecin-patient qui doit rester celle de l'empathie et de la neutralité des affects. » Il apparaît difficile de prendre en charge sur le plan médical une personne avec qui l'on est ami sur le web. La question est donc plus que légitime concernant notre entourage amical réel. Il faut pourtant y être préparé afin de pouvoir répondre à une nécessité de continuité des soins. Certaines situations, comme la pratique de la médecine en milieu rural, laissent moins de marge de manœuvre au médecin [12].

Une étude récente examine le ressenti des patients pris en charge par un ami médecin [13]. Si une facilité d'accès aux soins est mentionnée, la pudeur à l'abord de certains sujets est pointée du doigt. J'ai donc décidé d'étudier les caractéristiques de la relation médecin-malade-ami, en m'intéressant au point de vue des médecins généralistes.

Comment les médecins gèrent-ils les demandes de soins venant de leur entourage amical ? L'objectif principal de ce travail est d'analyser le comportement des médecins généralistes face aux sollicitations de leurs amis. Les objectifs secondaires sont d'identifier les situations à risque et les situations favorables. Il s'agit donc de comprendre comment améliorer le vécu et la qualité de ce type de prise en charge.

I. Choix de la méthode

Afin de répondre aux objectifs, j'ai choisi d'effectuer une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Cette méthodologie est utilisée lorsque les facteurs étudiés sont subjectifs et difficilement mesurables [14]. Elle facilite l'élaboration d'idées nouvelles.

II. Population étudiée et mode de recrutement

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste thésé et d'exercer une activité libérale en Picardie.

Le recrutement a d'abord été effectué de manière aléatoire en consultant les pages jaunes. J'ai alors contacté les secrétariats des médecins sélectionnés afin de me présenter et d'expliquer ma démarche. Le thème de l'étude n'était pas mentionné à ce stade pour éviter toute réflexion préalable. Un rendez-vous était convenu avec les médecins volontaires qui choisissaient le lieu et le moment de l'entretien. Nous pouvons ainsi disposer d'un endroit calme et du temps nécessaire au bon déroulement des entretiens. J'ai ensuite observé un effet « boule de neige ». Trouvant mon sujet intéressant, d'autres médecins de maisons de santé où je me suis rendu m'ont spontanément proposé de participer à l'étude. Enfin, j'ai sélectionné les médecins au fur et à mesure de la réalisation des entretiens afin d'obtenir des profils variés au sein de l'échantillon. L'objectif était de rechercher l'expression de la diversité des points de vue.

III. Entretiens

1. Préparation

Un guide d'entretien a été réalisé (Annexe 1). Une première partie visait à présenter l'enquêteur, le directeur de thèse et le sujet d'étude. J'invitais ensuite les médecins à se présenter. Puis, j'ai élaboré une série de questions ouvertes et neutres, avec relances éventuelles, permettant de répondre aux objectifs de ma recherche. Les deux premières questions abordaient le motif médical de recours et le contexte matériel de la consultation. La troisième question s'intéressait à la démarche médicale. Trois autres questions exploraient les

avantages et les inconvénients de ce type de relation. La septième question examinait les conséquences de cette situation. Je proposais aux médecins de compléter librement l'entretien s'ils le souhaitaient. Les participants étaient alors remerciés et je leur proposais de leur communiquer les résultats de l'étude. Ce guide d'entretien a été réalisé avec mon directeur de thèse et validé par le Département Universitaire de Médecine Générale d'Amiens (DUMGA) avant sa mise en application. Il n'a pas eu besoin d'être adapté au fur et à mesure de la progression de l'étude.

2. Déroulement

Les entretiens ont été réalisés du 30 avril 2019 au 16 janvier 2020. Tous ont été effectués par moi-même. Ils ont eu lieu en face à face au cabinet des médecins généralistes, sauf pour deux d'entre eux qui se sont déroulés par téléphone. L'ensemble des entretiens a été enregistré à l'aide d'un dictaphone. Le consentement oral à la participation à l'étude et à l'enregistrement audio était systématiquement recueilli auprès des participants. Je leur rappelais alors que les données seraient anonymisées lors de la retranscription.

3. Retranscription

Tous les entretiens ont été retranscrits manuellement, mot à mot et dans leur intégralité à l'aide du logiciel Microsoft Word® (Annexe 2). Le langage non verbal a été mentionné, ce qui aide à comprendre le sens du texte et apporte de la richesse aux résultats. Pour garantir l'anonymat, les noms des villes et des personnes citées ont été supprimés. Les entretiens ont été classés par ordre chronologique.

IV. Analyse des données

1. Méthode d'analyse

Les données ont été analysées selon la méthode de théorisation ancrée ou « grounded theory ». Elle permet de rendre explicite et compréhensible les données issues de l'analyse des entretiens et de les mettre en relation [15].

2. Codage des entretiens

L'analyse des retranscriptions a été effectuée à l'aide du logiciel de recherche qualitative NVivo® 11. L'encodage consistait à décrypter les données des entretiens phrase par phrase. Les idées exprimées par les médecins étaient donc codées en un ou plusieurs mots, formant un « nœud ». Chaque nœud a été ensuite regroupé par catégorie. Puis ces catégories étaient mises en relation entre elles, permettant d'établir une théorie en réponse à la question de recherche. Cette théorie est issue des données des entretiens, d'où la théorie ancrée.

3. Saturation des données

L'analyse des données était effectuée au fur et à mesure de la réalisation des entretiens jusqu'à saturation des données. Celle-ci était obtenue lorsqu'aucune nouvelle donnée n'était apportée par le codage des entretiens. Elle a été contrôlée par deux entretiens successifs n'apportant pas de nouveaux éléments, mettant fin à l'étude. La saturation des données détermine donc la taille de l'échantillon.

4. Triangulation

Une deuxième analyse des données a été pratiquée de manière indépendante par mon directeur de thèse, monsieur le Professeur Jung. Cette étape permet de vérifier la concordance des données obtenues. Elle garantit une certaine rigueur scientifique en confirmant la validité des résultats de l'analyse [16].

RÉSULTATS

I. Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 30 avril 2019 au 16 janvier 2020. La saturation des données a eu lieu à partir du treizième entretien. Quinze ont été effectués au total (*tableau 1*). Ils ont duré de dix à quarante-et-une minutes pour une moyenne de vingt-deux minutes. Huit femmes et sept hommes ont participé à l'étude. La moyenne d'âge était de 44 ans et demi. Dix médecins généralistes exerçaient dans la Somme, trois dans l'Oise, un dans l'Aisne et un remplaçant dans les trois départements.

Entretiens	Sexe	Âge	Lieu d'exercice	Cabinet	Pratique complémentaire	Durée de l'entretien
M01	H	60	urbain	cabinet de groupe	Diplôme Inter Universitaire (DIU) de médecine vasculaire et de médecine du sport	15'
M02	F	32	urbain semi-rural rural	multiple	Remplaçante	22'
M03	H	57	rural	cabinet de groupe	DIU d'expertise médicale et Maître de stade universitaire (MSU)	25'
M04	F	34	semi-rural	Maison de santé pluri disciplinaire (MSP)	Activité salariée en EHPAD	15'
M05	F	39	semi-rural	MSP	DIU de gynécologie	25'
M06	F	34	semi-rural	cabinet individuel	Ancienne cheffe de clinique MSU	15'
M07	F	47	semi-rural	MSP	Médecin commandant des pompiers et MSU	24'
M08	H	51	urbain	cabinet de groupe	MSU et activité salariée en unité de soins de longue durée (USLD)	25'
M09	H	56	urbain	cabinet de groupe	DIU de gériatrie, membre de l'association PALPI et MSU	36'
M10	H	55	urbain	cabinet de groupe	DIU de médecine du sport et activité salariée en EHPAD et hôpital	14'
M11	H	52	urbain	cabinet de groupe	∅	10'

M12	F	39	urbain	cabinet de groupe	∅	15'
M13	F	47	urbain	cabinet individuel	MSU et médecin de l'aide sociale à l'enfance	41'
M14	H	30	urbain	cabinet de groupe	∅	20'
M15	F	33	rural	cabinet de groupe	MSU et membre du DUMGA	24'

Tableau 1. Caractéristiques des médecins et des entretiens

La deuxième personne interrogée effectue des remplacements dans les trois départements picards et ne possède pas de cabinet personnel, l'entretien a donc été réalisé par téléphone. Pour des raisons de commodité, un autre participant a préféré réaliser une entrevue téléphonique. Tous les autres entretiens ont eu lieu en tête à tête au cabinet des médecins généralistes.

II. Résultats de l'étude

Chaque résultat est illustré d'une ou plusieurs citations référencées selon le *tableau 1*. (entretiens allant de M01 à M15).

1. La notion d'amitié

- L'ami, le proche : une distance très variable.

- M02 : « *Tu as proche et très proche* ».
- M04 : « *Distinguer les proches, les amis, les contacts, des gens qu'on croise occasionnellement* ».
- Autres références : M01, M07 et M10.

- La situation pouvait s'inverser :

- M05 : « *parfois c'est moi qui ai besoin de mes amis médecins* ».

- La proximité géographique entraine parfois en considération :

- M05 : « *J'ai des voisins [...] qui avaient un peu tendance à abuser* ».

- Proche par relation interposée :

- M03 : « *ça peut aussi être des amis de ma fille* »
- M03 : « *des demandes particulières, qui transitent par ma femme, qui peut avoir des amis qui savent que je suis médecin* ».
- Autres références : M01, M05 et M7.

- L'impact des relations professionnelles :

- M02 : « En tant que médecin j'ai beaucoup d'amis médecins ».
- M07 : « je suis médecin des pompiers [...] je suis le médecin traitant pour certains, et il y a un côté amical avant d'être le médecin ».
- Autre référence : M04.

2. Les objectifs de la demande

Afin de mieux apprécier les spécificités de cette relation, la première étape était de comprendre pourquoi un malade préfère solliciter son ami médecin plutôt que son médecin référent habituel.

A. Motif de la demande

- Le médecin généraliste devait s'adapter à des demandes variées :

- M03 : « *C'est très varié, ça peut aller de la pathologie ponctuelle rhinopharyngée à une douleur non étiquetée, aux certificats d'aptitude pour le sport etc* ».
- M04 : « *des petites choses, prises de sang, tests de grossesse ...* ».
- Autres références : M13 et M14.

- La personne pouvait être en quête d'une ordonnance ou d'un certificat médical :

- M02 : « *C'est surtout pour des certificats médicaux. Après ça peut être aussi pour des ordonnances* ».
- Autres références : M03, M04, M05, M07, M08, M10, M11, M13 et M14.

- L'ami médecin était un recours en cas de pathologie aiguë infectieuse :

- M12 : « *Le plus souvent c'est quand même pour de l'infectieux [...] en cas de pathologie saisonnière* ».
- Autre référence : M03.

- Pour des gestes précis comme une suture :

- M08 : « *j'ai aussi du matériel de suture car il m'est arrivé moult fois de suturer des amis à la maison* ».
- Autre référence : M02.

- Une démarche de premier recours était parfois observée. Il s'agissait alors de conseils ou de réassurance, voire d'orientation que le médecin prodiguait envers ses amis :

- M02 : « *Le rôle que j'ai vis-à-vis de mes amis [...] c'est plus un rôle de conseils, et pour les rassurer. Savoir est-ce que ça nécessite une prise en charge rapide, ou*

pas ».

○ M03 : « *Des fois, ils ne savent pas qui aller voir. Ça peut aussi être un conseil d'orientation* ».

○ Autres références : M01, M04, M05, M06 et M09.

- Il s'agissait rarement de suivi chronique :

○ M12 : « *pas pour du chronique* ».

- Bien que ce genre de demande pouvait exister :

○ M14 « *certains [...] m'ont carrément demandé pour être leur médecin traitant. Pour du suivi au long court* ».

○ Autres références : M07, M08, M09 et M13.

B. Contexte de la demande

Les médecins étaient sollicités par leurs amis dans les situations suivantes :

- Le caractère urgent était évoqué :

○ M01 : « *C'est toujours des demandes qui paraissent urgentes pour eux* ».

○ M05 : « *en général c'est des situations de pseudo urgence* ».

- En cas d'indisponibilité du médecin traitant habituel :

○ M14 : « *Si le médecin n'est pas disponible, je veux bien voir mon ami* ».

○ M04 : « *on est dans un secteur ici où voir un médecin c'est compliqué, on est tous débordés* ».

○ Autres références : M02, M03 et M05.

- En cas d'impossibilité pour l'ami de consulter :

○ M03 : « *La majeure partie des gens qui me sollicitent sont des gens qui ne peuvent pas consulter, ou sont à l'étranger... Il m'est arrivé qu'un ami me sollicite car il avait une infection urinaire et était à New-York donc ce n'est pas évident* ».

○ Autre référence : M13.

- Pour éviter de faire appel à leur médecin généraliste :

○ M15 : « *Pour [...] éviter de déranger le médecin. On préfère déranger l'ami plutôt que le médecin* ».

○ Autres références : M04 et M07.

- Ou encore pour éviter de consulter un spécialiste ou de se rendre aux urgences :

○ M07 : « *C'est aussi parfois des renouvellements d'ordonnance de spécialistes, pour de la dermatologie par exemple, pour une crème particulière et éviter de*

retourner chez le dermatologue qui a de longs délais ».

- M15 : « *pour pas déranger le SAMU, elle est venue avec sa puce qui avait 39°C au cabinet et qui hurlait sur une otite ».*
- Autres références : M01 et M02.

C. But de la demande

a. Obtenir un avantage personnel

- Certaines personnes tentaient de tirer profit de leurs relations :

- M01 : « *Ils veulent [...] obtenir grâce à leurs relations un avantage. [...] les gens essayeront toujours d'obtenir quelque chose qu'ils ne peuvent pas obtenir facilement ailleurs ».*
- Autre référence : M07.

- La notion de dépannage était récurrente :

- M07 : « *C'est souvent des [...] dépannages en tous genres ».*
- Autres références : M02, M03, M04, M05, M08, M10, M11, M12, M13 et M15.

- Les patients voulaient aussi gagner du temps en passant par leur ami médecin :

- M01 : « *Ils veulent raccourcir les délais ».*
- Autres références : M04, M05, M06, M07 et M12.

- Et ainsi ils obtenaient immédiatement une réponse à leur question :

- M13 : « *l'objectif c'est d'avoir une réponse rapide ».*
- Autres références : M04 et M15.

- D'après M11 « *c'est une question de simplicité ».*

- Autres références : M03, M06, M07, M08, M10, M12 et M13.

- Ils cherchaient parfois à obtenir des réponses à leurs inquiétudes :

- M15 : « *ils s'inquiètent, ils trouvent qu'avoir un avis médical serait pas mal ».*
- Autres références : M04, M13 et M14.

- M01 mettait également en garde contre les demandes sauvages qui ont pour objectif d'éviter le paiement de l'acte médical : « *Mais il ne faut pas non plus que ce soit toujours une demande comme ça, en dehors des clous pour ne pas payer ».*

b. Obtenir un avantage en lien avec la relation

- En passant par leur ami médecin, certaines personnes cherchaient à avoir un avis de quelqu'un de confiance et ainsi être mieux prises en charge :

- M08 : « *ils sont contents d'avoir un médecin, quelqu'un du monde médical, qui les connaît bien, quelqu'un en qui ils ont confiance [...] je pense qu'ils s'imaginent que leur prise en charge sera optimale. Ou plus optimale* ».
- Autres références : M06, M11, M13 et M15.

- L'ami pouvait aussi effectuer une demande qui concerne quelqu'un de sa famille :

- M04 : « *Ils s'inquiètent [...] donc ils demandent des choses pour leur propre famille* ».
- Autres références : M07, M13 et M14.

3. Le contexte matériel

Il s'agissait de comprendre comment le médecin faisait face aux sollicitations de ses amis.

A. Identique

- Pour certains médecins, le contexte matériel ne semblait pas particulier. La consultation se déroulait alors avec les mêmes règles qu'une visite à domicile :

- M08 : « *Il arrive tout à fait que la consultation ne se fasse pas de manière classique au cabinet. Malgré tout, quand il y a une consultation comme ça, elle se fait toujours de manière pleine et entière, comme si j'étais en visite !* ».
- M05 : « *le matériel je l'ai car j'ai toujours tout ce qu'il faut dans mon sac. J'ai un sac de visite donc j'ai fatalement tout ce qu'il faut dans ma voiture pour soigner les urgences tout-venants. Après ça ne change pas grand chose, j'arrive à me mettre en mode « visite à domicile »* ».

- La consultation pouvait aussi se faire normalement au cabinet :

- M09 : « *Les gens prennent rendez-vous comme tout le monde, je ne les prends pas entre deux, il n'y a pas de passe-droit* ».
- Autre référence : M08.

- Dans ce cas, le dossier médical informatisé était mis à jour :
 - M08 : « *ils ont un dossier médical qui est rempli régulièrement et à toutes les consultations* ».
 - Autres références : M01, M05 et M07.
- La consultation pouvait être facturée :
 - M09 : « *Habituellement je les fais payer pour que la relation qui nous unit soit professionnelle, je les soigne parce que je suis médecin, je les vois parce qu'ils ont besoin de moi, et c'est reconnu comme tel* ».
 - Autres références : M08, M14 et M15.

B. Différent

- Le contexte matériel pouvait être très différent d'une consultation classique :
 - M01 : « *Le contexte peut-être particulier s'il te pose une question en plein milieu d'un repas, chez un copain quand tu n'as pas de matériel, et en disant c'est urgent* ».
 - M12 : « *en règle générale ça tombe soit le week-end soit le soir. Donc plus souvent en dehors du cabinet* ».
 - Autres références : M07, M08, M10, M11, M13 et M14.
- Il s'agissait parfois de consultation téléphonique :
 - M10 : « *pour des petites choses, ça peut être un avis par téléphone* ».
 - Autres références : M02, M04, M11, M12, M13 et M14.
- Ou bien, la gestion se faisait par message :
 - M03 : « *C'est surtout des demandes par SMS* ».
 - Autres références : M06, M07, M08, M12, M13, M14 et M15.
- Il existait des demandes d'avis par photos interposées :
 - M04 : « *C'est assez biaisé, car il y a les consultations téléphoniques, les photos « il a une plaque qu'est-ce que c'est ? »* ».
 - Autres références : M02, M03, M12, M13 et M15.
- Le médecin gérait alors les problèmes de santé de ses amis à distance :
 - M13 : « *Il y a beaucoup de gestion à distance, pas de cadre, ce n'est pas dans le cadre du sacro-saint cabinet* ».
 - Autres références : M02, M04 et M15.
- M13 ajoutait que ce genre de prise en charge se référait fréquemment à de la télémédecine :

« *c'est de la télémédecine. Ce n'est pas du tout au cabinet, un examen clinique* ».

- La tenue de dossier était alors inexistante :

- M03 : « *Alors là, je n'ai aucune tenue de dossier, non* ».
- Autres références : M02, M04, M05 et M07.

- L'acte médical était souvent gratuit :

- M01 : « *comme c'est des amis il n'y a jamais de facturation* ».
- Autres références : M02, M03, M04, M05, M07, M08, M10, M12, M14 et M15.

- M08 expliquait qu'il avait parfois recours au tiers-payant : « *ce qui m'arrive aussi c'est de ne pas faire payer la consultation mais de prendre la carte vitale [...] Donc je m'assois [...] pas complètement sur la consultation* ».

4. La démarche médicale

A. Identique

- Pour certains médecins interrogés, la démarche médicale était identique que le patient soit un ami ou non :

- M08 : « *J'ai vraiment l'impression que je fais la même médecine avec les amis qu'avec les patients. Et je m'en fais un point d'honneur* ».
- Autres références : M01, M02, M04, M05, M07, M09, M10 et M14.

- Même à distance, la première étape restait d'interroger la personne :

- M04 : « *Je pose toutes les questions quand même par téléphone ou par message. Puis j'avise en fonction* ».
- Autre référence : M15.

- Le médecin intervenait dans le traitement de la douleur aiguë de ses amis. M05 : « *Je veux bien aussi soulager dans l'urgence par exemple [...] car c'est aussi notre rôle* ».

- Des médecins gardaient le vouvoiement lors de la consultation médicale :

- M09 : « *on passe souvent au vouvoiement lors de la consultation, et on repasse au tutoiement ensuite. Ça se fait intuitivement, je ne réfléchis pas avant* ».
- Autre référence : M13.

- Il arrivait que des médecins acceptent leurs amis au sein de leur patientèle :

- M14 : « *certains m'ont carrément demandé pour être leur médecin traitant. Pour du suivi au long court* ».
- Autres références : M03, M05, M08, M09, M10, M11, M12 et M13.

- M05 indiquait qu'un patient est libre de choisir son médecin référent, que celui-ci soit un ami ou non : « *Je considère que le patient est maître de sa santé, de sa prise en charge et de*

son parcours de soin ». Cette personne interrogée précisait même que le rôle du médecin est de pouvoir répondre à tous types de sollicitations : *« c'est aussi quelque part le rôle du médecin de pouvoir soigner tout le monde, comme le dit le serment d'Hippocrate [...] on est censé pouvoir apporter secours à tout le monde »*.

B. Différente

- À l'inverse, la démarche médicale pouvait être différente :
 - M12 : *« j'ai quand même l'impression de faire différemment »*.
 - Autres références : M03, M06, M09, M13, M14 et M15.
- L'examen clinique était parfois inexistant :
 - M13 : *« c'est rare quand je suis amené à palper mes copains [...] c'est vraiment rare que je fasse des examens cliniques »*.
 - Autres références : M05, M06, M10, M12 et M15.
- M12 affirmait que l'abord du patient-ami est particulier : *« la consultation, j'essaye de ne pas faire de différences. Mais dans l'abord déjà on se tutoie »*.
- Le caractère sauvage de certaines sollicitations venant d'amis entraînait le médecin à avoir une flexibilité dans ses horaires de travail, modifiant la démarche médicale habituelle :
 - M14 : *« Il y a plus de spécificités au niveau de la souplesse des horaires de travail »*.
 - Autres références : M01 et M05.
- L'approche était particulière lorsque le médecin soignait un ami confrère :
 - M13 : *« Je pense que c'est encore pire d'être médecin et de soigner des amis médecins »*.
 - Autre référence : M15.
- Des changements de comportement étaient observés lorsqu'un patient devenait un ami :
 - M12 : *« même dans nos patients, il y a des gens avec qui l'on devient plus proche même s'ils ne sont pas des amis, mais le lien change aussi. Et les prises en charge changent aussi »*.
 - Autre référence : M07 et M13.
- Enfin, l'attitude était différente en fonction de l'expérience du médecin :
 - M13 : *« au début de notre carrière on peut avoir tendance à se lancer à corps perdu dans certaines prises en charge, mais plus on a d'expérience, plus on connaît ses limites »*.
 - Autre référence : M14.

5. Les risques de la relation médecin-patient-ami

L'objectif de ce paragraphe est de recenser les effets négatifs de ce genre de relation, tels qu'ils ont été cités par les médecins interrogés. Ils sont regroupés sous forme de carte conceptuelle (*figure 1*).

A. Pour la prise en charge

- Être hors contexte :

- M11 : « *tu n'es pas forcément concentré [...] tu peux banaliser ta réaction, ta réponse, et pas forcément être très attentif. C'est le danger* ».
- Autres références : M05, M06, M13, M14 et M15.

- S'engager dans une relation inappropriée :

- M06 : « *J'estime que ce n'est pas mon rôle. Je ne suis pas en contact avec cette personne en tant que médecin mais en tant qu'ami. Donc ce n'est pas une relation appropriée* ».
- Autres références : M07, M09, M11 et M13.

- Perdre du temps médical :

- M03 : « *c'est humain, mais vous allez passer plus de temps à discuter de choses et d'autres plutôt que de parler de la pathologie médicale* ».
- Autres références : M09 et M12.

- Faire les choses à moitié :

- M06 : « *j'aurais peut-être tendance à faire à la va-vite pour être rapidement débarrassée* ».
- Autres références : M01, M03, M11 et M13.

- Ne pas prendre en charge le patient dans sa globalité :

- M15 : « *effectivement, ce n'est peut-être qu'un certificat mais moi, dans ma pratique, j'aimerais faire le point sur autre chose comme les vaccins, la prise de sang et c'est dommage de se priver de ce genre de consultation* ».
- Autres références : M08 et M12.

- Minimiser ou au contraire agir par excès :

- M09 : « *quand un patient vient te voir, il prend rendez-vous [...] tu le soignes. La demande d'un proche, c'est rarement exprimé de cette façon-là. Par exemple « j'ai mal à la tête ». Ce n'est pas une demande mais l'affirmation d'un symptôme. Et donc le moment où l'on se met en route est différent. Le risque c'est de se*

mettre en route soit trop tôt « ah il a mal à la tête qu'est-ce que c'est » alors qu'il ne serait jamais allé voir le médecin ; ou trop tard « il m'a dit qu'il avait mal à la tête mais il ne m'a pas demandé ce que j'en pensais ». Donc le risque c'est soit de minimiser, soit de maximaliser c'est-à-dire d'être anormalement anxieux. Et au niveau des explorations et de la conduite à tenir c'est la même chose ».

- Autres références : M04, M05, M07, M08, M11, M12, M13, M14 et M15.

- Obtenir une observance médiocre du patient :

- M03 : *« la difficulté de faire passer un message ».*
- M07 : *« on ne sait pas si ce qu'on dit aura un impact finalement ».*

- Être confronté à une pathologie grave chez son ami :

- M13 : *« si le pote en question a une tumeur, là c'est un peu l'horreur ».*
- Autres références : M07 et M15.

- Ces risques engendraient une possible altération de la qualité de la prise en charge :

- M12 : *« je pense qu'on ne soigne pas bien les gens, ou moins bien en tout cas ».*
- Autres références : M06, M13 et M14.

- Cela ramenait enfin à la notion d'erreur médicale :

- M06 : *« le risque d'erreur aussi, on ne sait jamais, si je fais une erreur [...] qu'est-ce qu'il se passe ? ».*
- Autres références : M01, M03, M05, M07, M08, M11, M12, M13, M14 et M15.

B. Pour le médecin

a. Sur le plan professionnel

- Le médecin pouvait avoir un abord différent du problème lorsqu'un ami le sollicitait :

- M13 : *« L'approche n'est pas la même. C'est complexe ».*
- Autres références : M04, M11 et M14.

- Le dossier médical de l'ami n'était pas forcément connu du praticien :

- M06 : *« on ne connaît pas la personne sur le plan médical, et on est peut-être un peu plus gêné pour demander des précisions d'ordre médical ».*
- Autres références : M04 et M07.

- Il existait un risque de ne pas disposer de tous les éléments nécessaires :

- M06 : *« la prise en charge ne serait pas adaptée ; Il me manquerait des informations que je n'oserais pas demander et que la personne n'oserait peut-être pas me dire ».*

- Autres références : M02, M03, M04 et M05.
- Le statut du médecin pouvait être ambivalent :
 - M15 : « *qui viennent-ils voir ? L'ami ou le médecin ?* ».
 - Autres références : M03, M07 et M11.
- Et ainsi, le médecin pouvait perdre en crédibilité :
 - M03 : « *ils vous voient comme le copain mais pas comme le médecin donc vous êtes moins crédible, c'est moins facile* ».
 - Autres références : M05 et M14.
- Il pouvait se sentir pris en otage, en éprouvant des difficultés à refuser ce genre de sollicitation :
 - M13 : « *avec les amis, c'est un peu plus compliqué [...] de refuser* ».
 - Autres références : M04, M05 et M15.
- Le risque était de ne pas être compris par la personne. M06 : « *ça entraînait parfois une incompréhension « mince ce serait plus facile que tu fasses telle prescription ». Le fait que je refuse, ça complique un peu la situation* ».
- Le médecin n'osait pas toujours aborder certains sujets, faire des annonces ou affirmer des recommandations :
 - M07 : « *je suis moins incisive qu'avec un patient qui ne serait pas un ami en dehors. On n'ose pas dire tout le temps les choses* ».
 - Autres références : M06, M12, M13 et M15.
- Il n'avait pas forcément le recul nécessaire :
 - M13 : « *Tu as besoin de détachement [...] Un médecin qui n'a pas de recul ne soigne pas bien* ».
 - Autres références : M09, M11 et M12.
- La neutralité du médecin était remise en question :
 - M06 : « *il y a un devoir de neutralité et d'empathie aussi. En tant qu'ami c'est difficile. Je ne me vois pas neutre en lui annonçant qu'on lui a trouvé un cancer* ».
 - Autres références : M07, M10 et M12.
- Comme son devoir d'objectivité :
 - M05 : « *on n'est pas clairvoyant et on n'est pas objectif* ».
 - Autres références : M02, M04, M13 et M15.
- Le médecin se sentait obligé de demander des nouvelles par la suite :
 - M15 : « *On se sent un peu obligé et en même temps on ressent le besoin de faire le service après vente pour être vraiment sûr que ça se soit bien passé et qu'on ne soit pas passé à côté de quelque chose parce que de A à Z, ce n'est pas une*

consultation classique ».

- Autre référence : M06.

- Et enfin, peu importe le type de demande, c'est la responsabilité du médecin qui était en jeu :

- M13 : « *ça engage ta responsabilité. Ça reste un acte médical* ».
- Autres références : M12 et M14.

b. Sur le plan personnel

- Le médecin pouvait être confronté à des abus venant de ses amis :

- M5 : « *ils avaient un peu tendance à abuser. Je devais passer le soir après les consultations à 21h30* ».
- Autres références : M01, M02, M03, M13 et M14.

- Les demandes pouvaient venir de connaissances éloignées :

- M04 : « *j'ai moins de demande des vrais amis que des « contacts » finalement* ».
- Autre référence : M05.

- Le médecin pouvait subir l'influence d'une tierce personne, par laquelle la demande transitait :

- M03 : « *il m'est arrivé d'avoir des demandes particulières, qui transitent par ma femme, qui peut avoir des amis qui savent que je suis médecin [...] Donc c'est compliqué !* ».
- Autre référence : M05.

- Il pouvait ainsi être sur-sollicité :

- M14 : « *des fois, ça peut sembler être un fardeau parce que si on est overbooké, ça rajoute une charge de travail, une charge mentale en plus* ».
- Autres références : M04, M08 et M10.

- Et cela empiétait sur sa vie privée. M08 : « *J'ai déjà parfois le sentiment de ne pas consacrer beaucoup de temps à ma famille ou à mes amis, donc je me dis qu'il faut faire un choix* ».

- En subissant des sollicitations en dehors de ses horaires de travail :

- M06 : « *Ça me gêne pendant qu'on est en soirée, en train de parler de je ne sais quoi, d'un seul coup de devoir faire intervenir ma profession [...] Le risque principal c'est déjà de se retrouver à travailler pendant le temps de repos* ».
- Autres références : M03, M04, M05, M08, M09, M13, M14 et M15.

- Et des sollicitations trop fréquentes :
 - M08 : « *Sentiments négatifs, parfois être trop ennuyé* ».
 - Autres références : M03, M04, M05 et M13.
- D'après M03 : « *c'est assez chronophage [...] donc pour celui qui est sollicité ce n'est pas un cadeau* ».
- Le médecin pouvait également se sentir mal à l'aise face à ce genre de situation :
 - M12 : « *on peut être mal à l'aise aussi, que ce soit le fait de déshabiller les gens, selon les pathologies aussi, les diagnostics qu'on doit annoncer* ».
 - Autres références : M04, M06, M07, M13, M14 et M15.
- Il ne souhaitait pas forcément connaître les informations médicales de ses amis :
 - M06 : « *il y a des choses que je n'ai pas envie de savoir de mes amis [...] je pense que ça me préserve [...] Et en plus ça ne me regarde pas* ».
 - Autre référence : M12.
- Ainsi, certains médecins ne voyaient pas d'intérêt personnel dans ce genre de situation :
 - M06 : « *Je n'y vois pas d'avantage pour moi* ».
 - M08 : « *pas d'avantage particulier [...] aucune gloire. Je suis médecin point* ».
- Et n'y éprouvaient pas forcément de plaisir :
 - M06 : « *c'est assez égoïste, je ne prends pas forcément plaisir à aller dépanner les uns les autres* ».
 - Autres références : M13 et M15.
- Soigner ses amis avait un impact émotionnel trop important :
 - M07 : « *Ça m'est arrivé de diagnostiquer un cancer du sein chez une amie jeune et aussi de suivre une grossesse difficile chez une amie ayant fait une fausse couche tardive avant [...] C'est très impactant émotionnellement* ».
 - Autre référence : M13.
- Le médecin subissait une pression plus importante qu'habituellement :
 - M13 : « *quand il s'agit des amis, je pense que tu te mets une pression beaucoup plus importante* ».
 - Autres références : M07 et M12.
- La situation pouvait se retourner contre le médecin :
 - M10 : « *C'est trop compliqué et ça peut être retourné contre toi. C'est déjà très compliqué quand c'est des patients avec qui il n'y a pas d'affectif en jeu et que tu ne connais pas* ».
 - Autre référence : M01 et M06.

- Le sentiment de culpabilité que peut éprouver le médecin était également abordé :
 - M13 : « *il ne faut pas que tu te plantes. Et tu imagines la culpabilité après* ».
 - Autre référence : M14.

C. Pour l'ami

- L'ami pouvait ressentir de la gêne :
 - M13 : « *ça ne me gêne pas. Par contre, un ami, lui, peut être gêné* ».
 - Autres références : M08, M12 et M14.
- Notamment par rapport à la pudeur. M12 : « *Je pense que c'est plus par rapport au physique, au toucher, à une certaine forme de nudité [...] et ils se mettent à nu dans tous les sens du terme* ».

D. Pour la relation

- Avec un ami, la réciprocité de l'échange modifiait la relation. Le médecin avait donc des difficultés pour se positionner :
 - M05 : « *ils nous rendent service aussi autrement [...] Donc on se sent aussi redevable parfois et on se dépanne mutuellement. Mais c'est parfois limite et pas toujours justifié* ».
 - Autres références : M03 et M07.
- Le médecin pouvait subir des reproches de son entourage amical :
 - M01 : « *il faut toujours savoir que même si c'est des relations, si tu fais la moindre faute, et que tu n'es pas dans les clous, ils seront encore plus tranchants et plus négatifs qu'un patient* ».
 - Autres références : M06 et M14.
- La prise en charge médicale avait un impact sur la relation privée :
 - M14 : « *si jamais je me plante [...] je pense que l'amitié en pâtit [...] les relations amicales deviennent plus tendues. Et ça, c'est un peu une angoisse* ».
 - Autres références : M02, M07, M11 et M13.

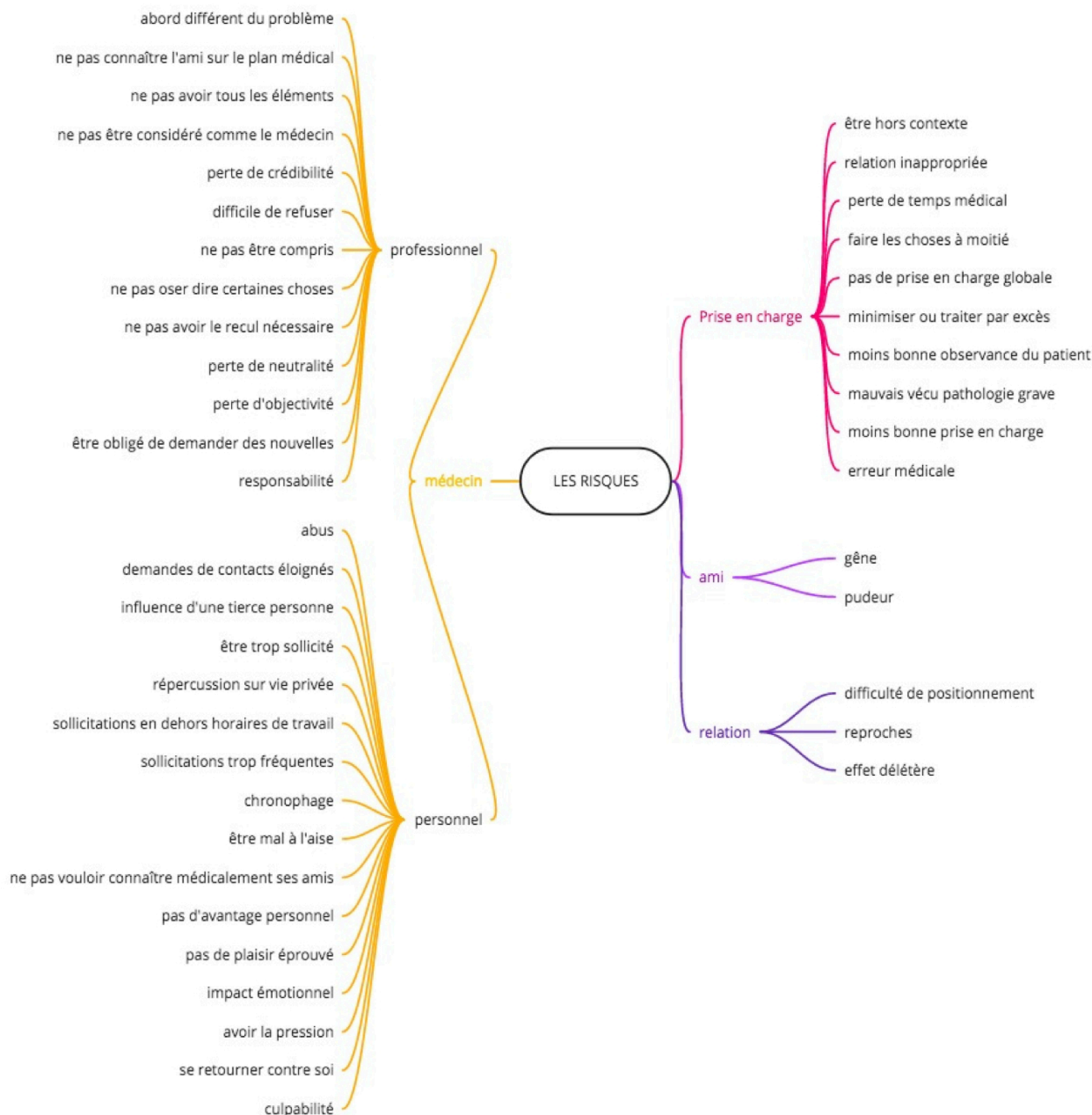


Figure 1. Carte heuristique 1 – Les risques

6. Les limites que les médecins ont identifiées

- Certains médecins ne s'étaient fixé aucune limite :

- M09 : « *quand on est médecin généraliste, on doit pouvoir répondre à toutes les demandes* ».
- Autres références : M04, M08 et M11.

- Au contraire, M06 refusait toutes prises en charge de ses amis : « *0 ! Après, dans une situation très urgente je pourrais intervenir. C'est tout* ».

- Il existait d'autres situations intermédiaires.

A. Domaines médicaux

- Le suivi chronique :

- M15 : « *je refuse de suivre de A à Z les amis ou les enfants des amis parce que pour moi c'est un terrain qui est glissant* ».
- Autres références : M02, M05, M06, M12 et M13.

- Les pathologies graves :

- M13 : « *Si j'ai un ami qui me sollicite et pour lequel il y a un diagnostic qui n'est pas bon, je passe la main [...] Je ne ferais pas de la bonne médecine de toute façon* ».
- Autres références : M05, M07, M09 et M12.

- Les arrêts de travail :

- M01 « *arrêts de travail jamais ! Ça c'est sacré* ».
- Autre référence : M15.

- Les certificats médicaux :

- M12 : « *il y a des choses que je refuse de faire. Par exemple les certificats médicaux c'est hyper fréquent* ».
- Autres références : M05 et M10.

- La gynécologie :

- M10 : « *la gynécologie chez une amie, là je vais botter en touche* ».
- Autres références : M01, M03, M08, M12 et M14.

- La sexualité :

- M05 : « *Un examen des parties intimes par exemple. J'estime qu'entre amis on n'a pas à rentrer dans cette intimité là. Ou des problèmes de couple, de mœurs* ».
- Autres références : M07 et M10.

- La psychiatrie :

- M13 : « *un suivi psychiatrique, ça pourrait être étrange* ».
- M15 : « *j'ai une patiente qui m'a été envoyée par une de mes collègues parce que c'était une de ses amies et puis le jour où elle lui a demandé de lui faire un courrier pour être hospitalisée en psychiatrie, elle s'est dit « bon, on arrête, tu iras voir ma consœur »* ».
- Autre référence : M05.

- La télédermatologie. M03 : « *les consultations dermatologiques. Déjà ce n'est pas toujours évident. Mais parfois les gens vous envoient une photo, suivant la couleur avec les téléphones ça donne un rendu atroce. C'est peut-être ce qu'il y a de plus gênant* ».

B. Comportement du médecin

- Des participants insistaient sur la nécessité de se fixer ses propres limites :
 - M07 : « *Il faut mettre des limites, en fonction de ce que l'on a envie de faire* ».
 - Autres références : M01, M03, M05, M08, M10, M12 et M13.
- Et soulignaient l'importance d'adopter un comportement confraternel :
 - M01 : « *Chacun ses patients et s'ils ont un médecin traitant ils utilisent leur médecin traitant pour leurs requêtes [...] on sait que s'il y a un médecin traitant, il ne faut pas intervenir* ».
 - Autres références : M02, M05, M06, M07, M08, M13, M14 et M15.
- M06 refusait de réaliser des prescriptions pour ses amis : « *Je ne sortirai jamais mon ordonnancier* ».
- M01 se limitait à un patient à la fois et à un motif de consultation lorsqu'il s'agissait d'un ami : « *je ne traite QUE la personne qu'il y a en face. Je me limite à un sujet, maximum un tangentiel, mais pas plus* ».
- Certains médecins refusaient d'avoir des amis au sein de leur patientèle :
 - M05 : « *je ne serai pas le médecin traitant d'un ami* ».
 - Autres références : M04, M06, M12 et M15.
- Sur le même principe, certains médecins refusaient de se lier d'amitié avec leurs patients :
 - M13 : « *Je n'ai jamais franchi le cap de devenir amie avec des patients par contre. Ça, c'est une règle que je me suis imposée* ».
 - Autre référence : M08.
- M09 se limitait aux personnes faisant partie de son secteur géographique : « *je ne soigne que des gens sur mon secteur, donc les gens en dehors de mon secteur je ne les soigne pas* ».
- Finalement, certains médecins préféraient accompagner leurs proches en tant qu'ami et non en tant que médecin :
 - M09 : « *je préfère être l'accompagnant aimant que l'accompagnant soignant, et je trouve qu'il n'est pas possible de pouvoir faire les deux* ».
 - Autre référence : M13.

C. Légalité

- Les demandes ambiguës :
 - M14 : « *Les demandes un peu farfelues [...] je leur dis que clairement, ça c'est non [...] Il faut rester droit* ».

- Autre référence : M04 et M11.
- Le cadre légal :
 - M07 : « *si on me demande un truc illégal je ne le ferai pas* ».
 - Autres références : M08 et M13.
- M10 rappelait la loi concernant les expertises médicales : « *tout ce qui est certificat de coups et blessures [...] effectivement il ne vaut mieux pas que ce soit des gens que tu connais. C'est trop compliqué et ça peut être retourné contre toi* ».

7. Les avantages de la relation médecin-patient-ami

Dans ce paragraphe, j'énumère les points positifs que les médecins interrogés ont mis en avant lors des entretiens. Ils sont regroupés sous forme de carte conceptuelle (*figure 2*).

A. Pour la prise en charge

- D'après M01, le médecin pouvait utiliser ses relations pour obtenir une prise en charge plus rapide pour ses amis : « *avec mes relations [...] je peux écourter les délais [...] C'est le seul avantage que l'on peut utiliser* ».
- Les amis étaient parfois plus à l'écoute :
 - M14 : « *vu que ce sont des amis, ils ont confiance et une meilleure observance* ».
 - M12 : « *comme c'est des gens proches, on peut faire passer des messages plus facilement* ».
 - Autre référence : M04.
- La finalité était de leur offrir une prise en charge de meilleure qualité :
 - M09 : « *même si c'est un accompagnement difficile, ils se sont appuyés sur moi à un moment donné et j'ai tout fait pour mettre en place une prise en charge de bonne qualité* ».
 - M08 : « *rendre service parfois dans une possibilité de diriger, de connaître bien les réseaux, les modes de soins, ce qui donne l'impression d'optimiser la prise en charge de mon ami. De lui rendre le service d'avoir une prise en charge peut-être meilleure* ».
 - Autres références : M12 et M14.

B. Pour le médecin

a. Sur le plan professionnel

- M09 affirmait que les demandes ambiguës étaient moins fréquentes venant de nos amis : *« finalement on a plus de demandes fallacieuses ou décalées, notamment d'arrêts de travail, avec les gens qu'on connaît moins qu'avec les gens qu'on connaît ».*
- Le médecin avait une meilleure connaissance du patient lorsque celui-ci était un ami :
 - M01 : *« comme on les connaît bien [...] ça permet d'avoir une anamnèse du patient un peu plus courte ».*
 - M07 : *« on connaît bien les gens car on connaît plus leur vie. Donc on apprécie parfois plus facilement une problématique ».*
 - Autres références : M08 et M14.
- M12 expliquait que l'abord est plus simple avec les enfants : *« avec les enfants ça a un côté plus facile, c'est cool parce qu'ils me connaissent ».*

b. Sur le plan personnel

- Pas de gêne ressentie :
 - M10 : *« ça ne me pose pas vraiment de problème, ni pour eux ni pour moi ».*
 - Autres références : M02, M03, M04, M07, M09, M11 et M13.
- Le médecin était content de voir un ami :
 - M14 : *« ça permet de les voir un peu plus souvent car on n'a pas forcément le temps avec le rythme de vie qu'on a ».*
 - Autres références : M09 et M12.
- L'expérience vécue était positive et apportait de la satisfaction au médecin :
 - M14 : *« Ça peut paraître un peu paternaliste comme attitude mais c'est vrai que je me dis que je tiens à eux alors du coup, j'essaye de faire ce qu'il faut pour essayer de les maintenir en bonne santé. C'est une satisfaction ».*
 - Autres références : M01, M02, M05 et M10.
- Le praticien rendait service à son ami et donc se sentait utile :
 - M08 : *« Sentiments positifs, le plaisir de rendre service, très clairement ».*
 - M14 : *« La sensation de leur venir en aide et d'être utile ».*
 - Autres références : M01, M02, M03, M04, M05, M07, M12, M13 et M15.

- Il avait la reconnaissance de ses amis :

- M05 : « *t'as plein de remerciements car ils sont très reconnaissants pour le coup* ».
- Autre référence : M09.

- Le côté valorisant de ce type de prise en charge était mis en avant :

- M05 : « *On est quand même valorisé car on leur apporte un soulagement, une réassurance, tout de suite. Et puis c'est valorisant car s'ils nous sollicitent, c'est qu'ils nous estiment compétent en tant que médecin* ».
- Autre référence : M02.

- La prise en charge de l'ami pouvait flatter l'égo du médecin :

- M08 : « *je pense qu'il y a un petit côté prétentieux à prendre en charge ses amis [...] Un petit côté « je ne suis pas trop mauvais médecin donc du coup tant qu'à faire autant qu'ils m'aient moi que quelqu'un d'autre* ». Et ça c'est assez intéressant ».
- Autres références : M05 et M13.

- Enfin, ce type d'expérience se révélait salutaire et anti-burn-out pour le médecin. M05 : « *on n'est jamais médecin par hasard, c'est aussi pour aider les autres facilement et sans rien leur redemander. C'est ce qui fait la beauté de notre métier et nous valorise, ce qui fait qu'on se sent bien et c'est aussi quelque part anti-burn-out de pouvoir se dire qu'on est utile* ».

C. Pour l'ami

- En dehors des objectifs cités précédemment, l'ami pouvait également se sentir plus à l'aise avec un ami médecin. M13 : « *le fait d'être ami peut faire que la personne soit plus à l'aise avec moi qu'avec un autre médecin* ».

D. Pour la relation

- Des médecins interrogés décrivaient soit une absence de répercussion sur la relation amicale :

- M10 : « *ça n'a jamais rien changé* ».
- Autres références : M03, M04, M05, M08, M12, M13 et M15.

- Soit un effet positif :

- M14 : « *on est [...] leur ami mais aussi leur médecin et du coup, ça renforce un peu plus le lien je pense* ».

○ Autre référence : M09.

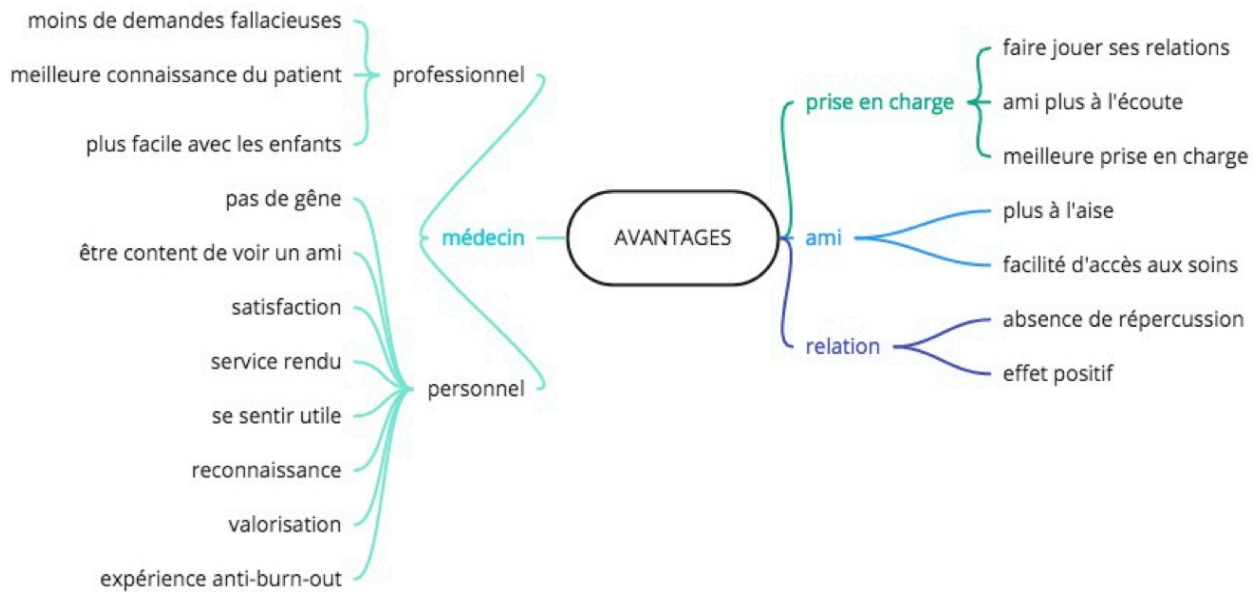


Figure 2. Carte heuristique 2 – Les avantages

8. Les situations favorables

- Il était rappelé que dans une situation d'urgence, le médecin se doit de prendre en charge la personne, peu importe le degré d'amitié :

○ M13 : « *Dans l'urgence, on se doit d'assister toute personne* ».

○ Autres références : M01, M05, M06, M08, M11 et M15.

- Il ne devait pas déroger à son obligation de continuité des soins, notamment en pratique rurale :

○ M04 : « *on est dans un secteur ici où voir un médecin c'est compliqué* ».

○ M09 : « *Si je devais dire stop à tous les gens avec qui j'ai un relationnel particulier, je ne soignerais plus beaucoup de personnes (rires)* ».

- D'autres situations favorables pouvaient être identifiées en fonction du type de demande ou du type de relation.

A. Type de demande

- Les demandes ciblées :

○ M06 : « *exceptionnellement sur un avis succinct, par exemple quelqu'un qui me demande « j'ai fait tel vaccin en telle année, est-ce que je suis à jour ou est-ce que je dois reconsulter pour le remettre à jour ? » bon, je vais répondre. Quelque chose de très très simple* ».

- Autres références : M05, M11, M13 et M15.
- Les demandes ponctuelles :
 - M13 : « *Il faut vraiment que ce soit ponctuel* ».
 - Autres références : M02, M04, M14 et M15.
- Les demandes raisonnables :
 - M04 : « *On me demande occasionnellement des choses qui sont raisonnables donc je le fais. Je pense que si à chaque fois on me demande plein de choses je finirais par dire stop s'il y avait des abus* ».
 - Autres références : M02 et M05.
- Au total, le tout-venant apparaissait plus favorable par rapport au suivi chronique lorsque le patient était un ami. M05 : « *quand c'est de la bobologie, de l'infectiologie saisonnière, ça ne me dérange pas. Quelque chose de tout-venant qui n'implique rien ni personne comme une lombosciatique, il n'y a pas de problème* ».

B. Type de relation

- Relation de confiance :
 - M10 : « *Après c'est une histoire de confiance et généralement avec ces gens-là, la confiance est totale donc ça ne pose pas de problème* ».
 - Autres références : M03, M08, M13 et M14
- Le respect mutuel. M03 : « *ils sont assez respectueux en général* ».



Figure 3. Carte heuristique 3 – Situations favorables et limites

9. Les conseils des médecins interrogés

- De manière générale, des médecins interrogés précisaient que chacun est libre de procéder comme il le souhaite avec ses amis. Cela dépend de notre personnalité et de l'organisation qui nous convient :

- M06 : « *suivant la personnalité de chacun, celui qui est prêt à prendre en charge son entourage amical, pourquoi pas, mais dans ce cas-là jusqu'au bout. C'est tout ou rien* ».
- Autres références : M02, M08, M09, M12 et M15.

A. Avant la prise en charge

- Fixer les règles dès le début :

- M09 : « *il faut se poser la question avant de commencer plutôt qu'après. Parce qu'une fois que t'es dedans c'est dur. Et déjà quand t'es interne tu as déjà des sollicitations* ».
- M06 : « *mettre la barrière dès le départ. Parce que si ce n'est pas fait dès le départ c'est trop tard. Les gens ne comprennent plus à mon avis que du jour au lendemain ce soit compliqué* ».
- Autres références : M03, M04, M05, M07 et M14.

- M01 déclarait : « *Il faut savoir se dégager d'une fausse urgence, prendre le temps* ».

- Il convenait de distinguer les vrais amis des simples relations :

- M04 : « *distinguer les proches, les amis, les contacts, des gens qu'on croise occasionnellement* ».
- Autres références : M02 et M12.

- Avoir conscience des risques :

- M09 : « *J'en ai conscience [du risque], avoir conscience de quelque chose ce n'est pas forcément l'éviter, mais déjà en prendre acte* ».
- Autres références : M13 et M14.

- Dissocier le temps amical du temps médical :

- M13 : « *bien dissocier le temps médical et le temps amical. Voir l'ami comme un patient comme les autres. Et se mettre clairement dans la posture du médecin* ».
- Autres références : M14 et M15.

- Comme M15, M10 rappelait la nécessité d'être attentif : « *il faut être vigilant* ».

- Enfin, des médecins conseillaient simplement d'éviter ce genre de situation :
 - M06 : « *c'est des situations délicates et je pense qu'il vaut mieux éviter tout ça* ».
 - Autres références : M03, M13 et M15.

B. Pendant la prise en charge

- M05 conseillait de trouver le juste milieu : « *Refuser tout en bloc, ça me paraît difficile. Accepter tout en bloc, ce n'est pas professionnel non plus. Il faut trouver la demi-mesure* ».
- Ne pas faire les choses à moitié :
 - M09 : « *Je pense que si on le fait il faut qu'il y ait un vrai deal. Il faut faire signer les conventions de médecin traitant [...] on est le capitaine de la relation médicale même si on est à l'écoute du patient* ».
 - Autre référence : M06.
- Rester objectif :
 - M11 : « *essayer de toujours garder le côté objectif de toutes les situations [...] et de ne pas se laisser influencer par le côté amical de leur relation* ».
 - Autre référence : M02.
- Se faire respecter :
 - M03 : « *Vous faire respecter ! On a la patientèle qu'on mérite. Et c'est valable pour tout type de demande* ».
 - Autres références : M07 et M14.
- Penser à l'intérêt commun :
 - M14 : « *Si c'est une sollicitation qui peut mettre en danger, je lui dis que [...] je peux avoir moi, comme lui des problèmes donc ce n'est pas dans notre intérêt* ».
 - Autres références : M13 et M15.
- Rester professionnel :
 - M01 : « *il faut rester très professionnel [...] et le plus possible dans le cadre de la médecine que tu exerces* ».
 - Autres références : M02, M03, M08, M09, M10, M11 et M14.
- Garder sa posture de médecin :
 - M08 : « *je me mets vraiment dans la posture du médecin. Donc du coup ça me protège [...] Si j'ai des choses agréables ou désagréables à dire, je peux les dire, quelque part à ce moment là je ne suis plus l'ami, mais le médecin* ».
 - Autres références : M09, M11, M13 et M15.

C. Après la prise en charge

- Reconnaître ses erreurs :

- M01 : « *comme dans tout acte de médecine, tu peux te tromper, mais si tu te trompes faut le reconnaître* ».
- Autre référence : M13.

- Prêter attention au secret médical :

- M09 : « *lorsque l'on se voit au cabinet, on se voit au cabinet, mais on n'en reparle pas ailleurs. C'est le secret médical* ».
- Autres références : M01 et M15.

10. Les stratégies de réponses

- Lorsque le médecin souhaitait refuser une sollicitation d'un ami, plusieurs stratégies de réponses ont été évoquées. Parmi elles, le fait de dire que l'on ne peut pas répondre à la demande :

- M06 : « *je n'ai aucun matériel médical à la maison. Je laisse tout au cabinet. Donc ça aussi ça peut-être une stratégie de réponse : je ne peux pas car je n'ai pas mon matériel* ».
- Autres références : M05, M10 et M12.

- Être franc :

- M01 : « *la meilleure façon est de répondre de la manière la plus franche possible et directe* ».
- Autres références : M08, M11 et M13.

- Expliquer les raisons du refus :

- M11 : « *quand tu leur expliques bien, ils l'entendent* ».
- Autres références : M10, M13, M14 et M15.

- M06 s'aidait d'exemples concrets pour appuyer son propos : « *Quand on m'embête vraiment, je prends pour exemple : « mais le jour où tu auras des problèmes d'érection est-ce que tu viendras me consulter ? Non ! Donc je ne peux pas être ton médecin traitant ». C'est le genre de chose qui mettrait tout le monde mal à l'aise. Et effectivement ce message là passe très bien. Comme l'exemple du toucher rectal. Et les gens comprennent tout de suite que ce n'est pas adapté* ».

- Éviter d'y être confronté :

- M03 : « *je suis plutôt dans une conduite d'évitement* ».

- Autres références : M04 et M15.
- M06 utilisait l'ignorance : « *une autre stratégie c'est également de ne pas répondre. Tu reçois un message, tu ignores et les gens finissent par comprendre* ».
- Remettre à plus tard en faisant reconsulter la personne :
 - M04 : « *je dis « tu peux prendre ça en attendant mais il faut que tu consultes* » ».
 - Autres références : M01 et M12.
- Certains médecins donnaient un rendez-vous au cabinet pour éviter d'être hors cadre :
 - M10 : « *je lui dis qu'il prenne rendez-vous et qu'il vienne me voir pour régler le problème* ».
 - Autres références : M01, M03, M05, M07, M11 et M14.
- M09 expliquait qu'il ne prenait plus de nouveaux patients : « *Ma patientèle fait que je ne prends plus de nouveau patient, donc finalement j'ai assez peu de demandes* ».
- Ne pas habiter sur son lieu de travail :
 - M09 : « *j'ai quitté mon lieu de vie, je n'habite plus au même endroit où je travaille, parce que je ne supportais pas trop de rencontrer des gens [...] qui me traitaient comme un médecin alors que moi j'étais en repos* ».
 - Autre référence : M05.
- Ne plus fréquenter la personne :
 - M09 : « *si un jour je devais me mettre mal avec un ami pour ça, eh bien je me mettrais mal avec lui. Ça, il n'y a aucun problème. Le professionnel c'est le professionnel* ».
 - Autre référence : M06.
- S'appuyer du soutien d'une tierce personne. M06 : « *Et quand je l'ai dit 2 ou 3 fois, la 4ème fois c'est mon mari qui le dit plus fermement (rires) et puis c'est vite compris* ».
- Ou tout simplement, refuser la prise en charge :
 - M08 : « *Ça m'arrive souvent de dire non. Donc on dit non à ses amis comme on dit non à ses patients* ».
 - Autres références : M01, M03, M04, M05, M06, M07, M09, M11, M12 et M14.
- Enfin, la stratégie de réponse qui paraissait la plus évidente était de renvoyer la personne vers son médecin traitant ou un autre confrère :
 - M01 : « *ils utilisent leur médecin traitant pour leur requête* ».
 - M10 : « *la gynécologie chez une amie là je vais botter en touche et je renvoie vers le spécialiste* ».
 - Autres références : M02, M04, M05, M06, M07, M08, M09, M13, M14 et M15.

11. Comparaison avec les sollicitations des membres de sa famille

- Certains médecins interrogés trouvaient la situation identique, que la demande vienne d'un ami ou d'un membre de leur famille :

- M15 : « *Par rapport à la famille, je vois les choses tout à fait semblables* ».
- Autres références : M06 et M12.

- D'autres participants ont en revanche identifié des particularités lorsque les sollicitations venaient d'un ami :

- M09 : « *Le médecin comme l'ami il est interchangeable, que le [membre de la famille] ne l'est pas. Je pense que vraiment il vaut mieux faire le choix d'être dans cette place très particulière que l'on a dans la famille, plutôt que de devenir le médecin qui va vouloir résoudre des problématiques non résolues [...] Donc vraiment pour moi il y a un gros distinguo entre la famille et les amis* ».
- Autres références : M02, M04, M05, M07, M08, M10, M11, M12 et M13.

I. Intérêt du sujet

Le serment d'Hippocrate [17] stipule : « Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera ». Le médecin ne doit donc pas refuser de requête, peu importe sa provenance. Le texte précise également : « Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission ». Or, il est admis que la relation médecin-malade est plus complexe lorsque le patient est un proche [18]. Cela illustre parfaitement l'ambiguïté qu'il peut y avoir à l'abord de ces situations particulières, les textes pouvant sembler contradictoires. Ils laissent, dans tous les cas, la libre interprétation aux médecins, qui ont le choix de soigner ou non leurs amis.

Cette conjoncture est pourtant très peu abordée ou discutée, notamment lors des longues études médicales [19]. Or, la quasi-totalité des internes en médecine est déjà confrontée à des demandes de prise en charge venant de leurs proches. Plus de 90% d'entre eux se sont d'ailleurs sentis en difficulté [20].

Les études existantes sur ce thème font référence aux demandes venant de proches en général [21]. Elles incluent les sollicitations émanant de l'entourage amical, familial et professionnel du médecin. L'originalité de mon travail réside dans le fait que je m'attache à analyser les spécificités de la relation médecin-patient-ami.

II. Forces et faiblesses de l'enquête

1. Les points forts de l'étude

La méthodologie employée était adaptée au sujet de l'étude. La recherche qualitative est appropriée lorsque l'on a pour objectif d'analyser des données subjectives non quantifiables. Elle permet alors d'étudier des comportements et des ressentis. La méthode d'analyse par grounded theory était également adéquate, puisqu'elle permet de poser un regard neuf sur des phénomènes anciens [22]. Les entretiens individuels semi-dirigés ont été préférés à d'autres méthodes de recueil de données telles que les focus groupes. Le sujet étudié étant

intime, les conditions de réalisation des entretiens devaient l'être également, sans que le participant soit influencé par une tierce personne.

La population sélectionnée était variée, en témoigne le *Tableau 1*. En effet, lors d'une étude qualitative, l'objectif n'est pas d'obtenir un échantillon représentatif de la population générale, mais de rechercher la plus grande hétérogénéité au sein des participants. Cela permet d'apprécier la variété des opinions et des comportements. Le guide d'entretien a été réalisé avec mon directeur de thèse, puis validé par le DUMGA. Il n'a pas nécessité de modifications ultérieures. La retranscription des entretiens était fidèle à leurs contenus, sans omission et intégrant le langage non verbal. Le codage des données a été réalisé à l'aide du logiciel NVivo®, référence en terme d'analyse qualitative. Enfin, la triangulation des données, réalisée avec mon directeur de thèse, a permis de limiter le biais d'interprétation et de fiabiliser les informations recueillies. Cela a permis de garantir la validité interne de l'étude.

La validité externe est quant à elle, assurée par la saturation des données. Elle a été obtenue au treizième entretien. L'absence de nouvelle donnée a été confirmée par deux entretiens supplémentaires.

2. Les limites de l'étude

Malgré une méthodologie stricte, il s'agissait de mon premier travail de recherche scientifique. Mon inexpérience a pu se ressentir dans la manière de mener les premiers entretiens. De plus, mon propre vécu concernant le sujet d'étude a pu induire un biais d'interprétation. Certains entretiens ont eu lieu en fin de journée et ont pu être limités par le temps et la fatigue des participants. Des médecins interrogés ont été interrompus par des appels téléphoniques, ce qui a pu freiner l'élaboration de certaines idées.

Deux entretiens ont été réalisés par téléphone, limitant la production de données non verbales. Malgré la recherche systématique du consentement préalable et la garantie d'anonymisation, l'enregistrement audio des entretiens a pu induire un biais de prévarication. Certains entretiens se sont suivis d'une discussion informelle dont les données ont été prises en compte dans l'analyse.

Enfin, des participants ont fait part de leurs expériences à propos des demandes émanant de leur entourage familial, ce qui induisait un facteur de confusion. Ces données étaient alors inévitablement exclues de l'analyse.

III. Discussion des résultats

1. Relation médecin - malade - ami : un mixte non évident de deux types de relations

« Proche, ami, copain, bon copain » sont des termes qui définissent la nature du lien entre deux personnes : leur relation interpersonnelle et le niveau de celle-ci.

Dans la psychologie sociale, les relations interpersonnelles ont des fondements : proximité, interdépendance, intimité et réciprocité. Elles s'appuient sur les échanges mutuels, réguliers, durables. Elles se développent dans une proximité émotionnelle, une familiarité, une ouverture de soi, un engagement affectif. Cependant, le niveau relationnel et ses conséquences dans la vie de chaque « partenaire » sont directement influencés par ces fondements. Ils varient également selon le niveau d'influence mutuelle, d'attachement émotionnel, de dévoilement de soi et de sa vie privée et par la présence ou non de barrières.

De plus, il existe une incidence en fonction de la dimension de la relation : imposée (famille) ou choisie (ami). Il en est de même concernant l'aspect de la relation : asymétrique, hiérarchique (parent/enfant) ; ou au contraire symétrique, égalitaire (ami) [23].

Si on ne choisit pas sa famille, on choisit ses proches et ses amis. Pour autant ce « libre » choix ne dépend pas que du hasard. L'attraction interpersonnelle a un substratum complexe. C'est d'abord un besoin existentiel. Aristote disait : « *Personne ne voudrait vivre sans amis, même en étant en possession de tous les autres biens existants* ». Cette relation interpersonnelle, cette affinité, répond à divers besoins et a donc ses exigences : être reconnu, accepté, compris, sécurisé, rassuré, soutenu, avoir quelqu'un sur qui compter, partager ses émotions, son bien-être et son plaisir. Elle n'est pas indépendante des circonstances sociales (la ressemblance, la proximité des êtres, la vicinité). Au-delà de l'idéal, elle n'est pas exempte d'un intéressement, d'un échange donnant - donnant ou plus inégalitaire, d'un retour sur investissement.

L'amitié est une relation qui a ses lois : « un ami doit ; un ami ne ferait pas » au point qu'Aristote imaginait de régler les rapports interpersonnels par des contrats calqués sur les règles communes de la justice. Saint-Just préconisait la déclaration obligatoire d'amitié au temple [24]. Elle a aussi ses faiblesses et dangers : le désaccord, le conflit, la rupture douloureuse ; la fusion, la domination, la soumission ; l'exigence trop forte à l'autre ; la sortie

des règles et de la morale de la vie sociale. Par ailleurs, c'est une relation non dépourvue d'érotisation, qui est gérée différemment selon les individus.

L'amitié a des bases de plus en plus argumentées aux niveaux neurobiologiques et neuroanatomiques, notamment en ce qui concerne l'attachement et l'empathie. « *La familiarité implique l'inclusion de l'autre dans le soi - du point de vue cérébral, nos amis et nos êtres chers font effectivement partie de ce que nous sommes* » [25]. Une simple discussion amicale favorise la libération d'ocytocine par la neurohypophyse [26]. L'ocytocine facilite en retour les relations affectueuses, entraînant une cascade de réactions. Il agit comme un neuromédiateur sur le système limbique et l'amygdale. Ce neuropeptide active le système dopaminergique de récompense. Ainsi, dans le cadre d'une relation avec un proche, le niveau de confiance, la capacité empathique, la générosité, la réaction à la souffrance de l'autre et le bien être personnel sont augmentés. En revanche, le stress et la peur sont régulés. Ces conséquences émotionnelles et comportementales ont des expressions spécifiques au niveau des supports neurobiologiques et neuroanatomiques [27].

Enfin, il ne faut pas oublier que l'amitié est réciproque. Cela implique qu'un patient en statut d'ami du médecin donne au médecin un statut d'ami du patient.

Face à cette relation interpersonnelle amicale se trouve la relation médecin-patient. Sur bien des points elle est en opposition dans ses objectifs, ressources et contraintes. C'est une relation considérée comme asymétrique. D'un côté, il y a le patient demandeur « naïf » dans le besoin, voire affaibli par sa souffrance. De l'autre, le médecin a un pouvoir induit par son savoir : le statut de soignant accordé par la société. Cette asymétrie peut être nuancée par le type de relation médecin-patient entre les modèles paternaliste, informatif et partenarial. Elle est aussi modérée par l'objectif d'autonomisation du patient et la médiatisation du savoir. La déontologie médicale et les droits légaux de l'assuré social introduisent une sorte de tiers dans cette relation qui n'est finalement pas si privée ni libre que cela. L'objet de la relation médecin-patient (le soin) est strictement encadré. Les outils utilisés lors de cette relation sont particuliers : l'accès au corps, à l'intimité de l'autre ; l'exigence de neutralité et d'une distance relationnelle ; les procédures cliniques et réglementaires. Le médecin ainsi que le patient confrontent un raisonnement et des représentations sur la maladie et le soin qui leur sont propres.

Ainsi, on peut concevoir que sur certains points la relation amicale puisse favoriser la relation médicale. Mais sur bien d'autres aspects, les deux relations peuvent se nuire mutuellement.

L'ami - médecin est ainsi amené à trouver un équilibre non évident entre sa position d'ami et celle de médecin de l'ami.

2. Une situation très fréquente

Tous les médecins interrogés ont été et/ou sont confrontés aux sollicitations de leurs amis. Le sujet de ce travail a été reçu avec enthousiasme de la part des participants. Il fait référence à une situation régulière dans leur pratique courante. La majorité des médecins déclare recevoir des demandes venant de leur entourage amical de manière hebdomadaire, voire plus fréquemment encore. Cela concerne toutes les spécialités médicales comme chirurgicales [28]. Cependant, les médecins de premier recours et donc, par définition, les médecins généralistes, le sont davantage [4]. Cette situation est d'autant plus fréquente que les requêtes de nos amis ne sont pas toujours formulées de manière explicite. Comme l'indique M09, il s'agit parfois de la simple affirmation d'un symptôme. Bien qu'annoncées de façon anodine, ces sollicitations comportent pour le médecin le danger de minimiser, ou à l'inverse, de traiter par excès. Le praticien doit alors clarifier sa position afin d'évaluer si la problématique énoncée nécessite une prise en charge ou non [29].

3. Des procédures particulières dans des contextes particuliers

Lorsqu'un médecin généraliste est sollicité par un ami, la quasi totalité des consultations se fait dans un cadre inhabituel. Dans son travail de thèse, Martel interroge des patients qui ont déclaré un ami comme médecin traitant [13]. Il effectue le même constat. Bon nombre d'actes médicaux sont ainsi traités au cabinet dans une atmosphère plus familière que professionnelle ; à distance ou à domicile. Cette notion me semble intéressante à analyser, d'autant plus qu'elle concerne toutes les étapes de la prise en charge médicale.

Tout d'abord, lorsqu'un patient souhaite prendre rendez-vous avec son médecin traitant, il contacte son secrétariat. En revanche, quand un patient sollicite un ami médecin, cela ne s'effectue jamais de manière classique. La personne est en possession des coordonnées privées du praticien, elle en profite donc pour court-circuiter son standard et le joindre directement. L'accès au soin est certes facilité, mais cela implique forcément un dérangement du médecin à un moment inopportun (soit lors d'une consultation, soit en dehors de son temps de travail). Cette situation favorise une pratique de la médecine en dehors du cadre habituel.

De plus, ce paramètre constitue selon moi une différence entre les amis et les autres patients. Une première distorsion a lieu, avant même d'accéder au temps de la consultation.

Ensuite, l'interrogatoire et l'examen clinique sont trop souvent succincts voire inexistantes. Cela contraste avec la volonté du médecin de maintenir une attitude professionnelle. Cette problématique est pourtant pointée du doigt dans un article publié dans le *New England Journal of Medicine* [30]. L'évitement de certains sujets sensibles et la difficulté d'aborder les antécédents ou les problèmes sociaux limitent les données de l'interrogatoire. L'examen physique est quant à lui, restreint par la pudeur et le manque de temps ou de matériel. Cette perte d'informations médicales constitue à mon sens un facteur de risque majeur d'événements indésirables.

En intervenant de manière ponctuelle, le soin prodigué à un ami ne fait pas souvent l'objet d'un suivi ultérieur. De la même manière, on n'observe pratiquement jamais de tenue de dossier. Cela s'explique par l'aspect non programmé de la consultation. De plus, l'ami médecin est rarement le médecin traitant déclaré. Selon moi, cette notion est aussi importante que préjudiciable. Le fait de ne pas être le médecin référent de ses amis constitue une porte de sortie. Il est aisé de rediriger nos proches vers un confrère si nous jugeons notre intervention inappropriée. Cependant, si un acte médical est réalisé, l'absence de contrat entre le médecin et son ami provoque une rupture dans le système de soin habituel. Le risque est d'entraîner un manque de communication avec le médecin référent et donc, une connaissance inadéquate du dossier médical.

Enfin, une consultation se termine normalement par la cotation et le paiement de l'acte médical effectué. Or, on observe une très large gratuité des consultations accordées aux patients proches. Cette notion peut être analysée à l'aide de la théorie de l'anthropologue français Marcel Mauss. Selon lui, un individu qui reçoit un don est poussé à effectuer un contre-don en échange [31]. Ce dernier vient le libérer de sa dette. Cela me fait immédiatement penser à la notion de réciprocité mentionnée par M05. Dans cet exemple, le médecin s'est senti redevable suite au dépannage de son ami garagiste. Il a été par la suite impossible pour lui de refuser une demande de prise en charge, bien qu'elle lui semblait injustifiée. Le médecin éprouve alors l'obligation de rendre service à ses proches et d'effectuer des consultations forcées. À l'inverse, la gratuité de l'acte médical peut être perçue différemment par nos amis. Ils acceptent en échange de ne pas être considérés comme les autres patients, d'être soignés « entre deux consultations ». Cela peut induire chez eux le

sentiment de recevoir des soins de qualité moindre. Au delà de la complexité des rapports humains, j'estime que la gratuité du soin entraîne surtout une sous-évaluation du travail du médecin. Le patient pourrait être tenté d'entrer dans une relation unilatérale, intéressée, voire de complaisance. Je me demande si le médecin, quant à lui, garderait le même niveau de professionnalisme face à la banalisation de ses actes. Cependant, il faut considérer que le contre-don peut s'effectuer de façon non monétaire, sous la forme d'une reconnaissance professionnelle. Certains médecins étaient valorisés par le fait d'être sollicités par leurs amis. D'autres soulignaient simplement le plaisir personnel qu'ils avaient à aider un proche. Il convient alors de trouver la limite entre « être utile » et « être utilisé ».

J'ai donc observé une grande proportion d'actes médicaux réalisés à distance. Consultations téléphoniques, par messages ou photos interposés ; ordonnances envoyées par fax ou e-mail. Il existe en parallèle un essor de la téléconsultation en médecine générale. La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance qui utilise des technologies modernes de communication. Elle a pour principaux avantages de faciliter l'accès aux soins et de permettre une consultation dans un contexte professionnel lorsqu'elle n'est pas réalisable physiquement au cabinet [32]. Les téléconsultations à distance peuvent-elles apporter le cadre nécessaire et manquant dans ces situations particulières ?

L'ensemble de ces éléments montre que le soin à un ami est un exercice souvent différent de la pratique habituelle. Ses conditions de réalisation sont généralement plus imparfaites. Pour autant, le statut d'ami ne dédouane pas le médecin de sa responsabilité juridique. Il est important de rappeler que tout acte médical engage la responsabilité du médecin effecteur.

En novembre 2018, un médecin généraliste a été sollicité par un de ses amis qui présentait des douleurs abdominales. Souhaitant le soulager, il lui a prescrit un traitement symptomatique sans pratiquer d'examen clinique. Deux jours plus tard, son ami était opéré en urgence d'une occlusion intestinale compliquée d'une perforation intestinale abcédée. Accusé d'erreur médicale, de négligence et de défaut d'examen clinique, ce médecin s'est retrouvé interdit d'exercer pour une durée d'un mois [33].

En janvier 2020, un autre médecin généraliste avait reçu une plainte aboutissant à un avertissement. Il avait rédigé un certificat médical pour une de ses amies dans le cadre de sa procédure de divorce. Ce certificat était alors jugé comme étant un certificat de complaisance, comportant des propos diffamatoires à l'égard de l'époux de son amie [34].

Cette notion est illustrée par le travail de thèse de Mathieux [35]. Sur dix-sept plaintes de patients analysées, deux faisaient suite à la prise en charge d'un ami. Le suivi médical de

proches est donc identifié comme un facteur favorisant la mauvaise distance thérapeutique. Il constitue une situation à risque d'erreur médicale. En plus de la responsabilité pénale du médecin s'ajouteraient les conséquences psychologiques d'une erreur médicale effectuée à l'égard d'un proche.

Un des risques que comporte cette situation récurrente est d'être sur-sollicité en tant que médecin. Les demandes de nos amis viennent s'ajouter à nos emplois du temps habituels. Elles accroissent notre charge de travail et nous impactent émotionnellement. De plus, dans ce genre de configuration, l'ami médecin peut être perçu comme un consommable. Il est identifié comme une personne ressource, que l'on peut implorer à n'importe quel moment, au dépit de sa propre vie privée. Par analogie avec ce qui a pu être observé lors de la pandémie de coronavirus [36], ces notions constituent des facteurs de risque de burn-out.

4. La distance relationnelle

Il existe différents degrés d'amitié. Selon Aristote dans l'Éthique à Nicomaque, l'amitié vertueuse est la plus importante. Elle constitue même « *ce qu'il y a de plus nécessaire pour vivre* ». Les liens amicaux peuvent ainsi être très forts. La neutralité des affects et le recul nécessaires à la relation de soin sont alors compromis. Or, l'ami vertueux est soucieux du bien qu'il peut apporter. En ayant pris connaissance des risques relatifs aux soins d'un ami, il est légitime de se demander s'il n'est pas plus raisonnable, pour les deux parties, d'externaliser la prise en charge médicale. Le médecin confie la relation médicale à un confrère, afin de préserver sa relation amicale.

Aristote oppose l'amitié vertueuse à l'amitié intéressée. Il s'agit d'un principe selon lequel une personne se lie avec une autre en espérant pouvoir en tirer des bénéfices. Cela fait référence à ce que déclarait M01 : « *les gens essayeront toujours d'obtenir quelque chose qu'ils ne peuvent pas obtenir facilement ailleurs* ». À mon sens, en tant que médecin, une attention particulière doit être accordée à cette problématique.

Enfin, il y a les simples « contacts ». Ils sont décrits dans les entretiens comme des personnes plus faciles à soigner, l'impact émotionnel étant moins important. Cependant, je m'interroge sur la légitimité d'intervenir dans leur parcours de soin. Prendre en charge de manière ponctuelle une personne que l'on connaît finalement peu semble s'éloigner des principes de la médecine générale.

À la distance relationnelle, j'associe la distance émotionnelle. La relation médecin-patient est le fondement de toute médecine. Elle est constamment façonnée par les affects et les subjectivités du soigné comme du soignant.

Le patient peut effectuer un transfert à l'égard de son médecin. Il va alors nourrir, consciemment ou inconsciemment, des attentes et des espoirs chez son médecin. Il investit celui qu'il choisit comme soignant d'un savoir et d'un pouvoir qu'il lui suppose. Ces projections envers le médecin sont conditionnées par le propre vécu du malade, et donc ses affects.

Au transfert du patient répond le contre-transfert du médecin. Il est défini par Freud en 1910 comme étant « *l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste* » [37]. Il correspond à l'ensemble des réactions affectives, conscientes ou non, du médecin envers son patient. Cette notion a été mentionnée plusieurs fois au cours de mes entretiens. Certains médecins ont l'impression d'agir différemment avec leurs patients de longue date, avec qui ils ont pu tisser des liens plus intimes. La juste distance que le praticien doit avoir à l'égard de son patient est alors plus difficile à adopter, et peut entraver la relation de soin. Il apparaît évident que la charge émotionnelle peut être supérieure lorsque le patient est un ami. Cette distorsion liée aux affects comporte donc le risque de complexifier la relation médecin-malade. Le danger pour le médecin est de perdre sa place de soignant.

Il est communément admis que la prise en charge d'une pathologie grave chez un ami n'est pas appropriée. L'impact émotionnel trop important, la perte de neutralité des affects, s'accommodent difficilement avec le devoir de professionnalisme du médecin. En revanche, intervenir en cas de pathologie bénigne semble plus acceptable. Je me demande alors où se situe la limite entre les deux. Un banal symptôme peut être le signe avant-coureur d'une maladie grave. De plus, des différences de pratiques ont surtout été observées pour les symptômes bénins. Dans sa revue de la littérature, Beguin montre que les pathologies graves font davantage l'objet d'une prise en charge protocolisée [38]. La gestion des affections bénignes serait alors davantage influencée par la relation amicale préexistante.

Lorsqu'un médecin est sollicité par un ami, son rôle n'est-il pas finalement d'être le conseiller bienveillant et l'accompagnant aimant, plutôt que le professionnel soignant ?

5. Un comportement hétérogène des médecins avec un objectif : tenter de maintenir un équilibre difficile entre la relation médicale et la relation amicale

Selon moi, l'hétérogénéité des comportements des médecins traduit la difficulté à adopter une attitude adéquate face à cette situation non consensuelle. Elle s'exprime par des mécanismes de défense ayant pour fonction de maintenir un équilibre dans et entre la relation amicale et la relation médicale.

Le refus ou au contraire l'acceptation d'un investissement personnel dans le parcours de soins de leurs amis peuvent obéir à cette logique. D'un côté, en refusant il s'agit de ne pas prendre le risque d'altérer la relation amicale par la prise en charge d'éléments médicaux. Entrer dans l'intime médical expose à découvrir l'ami sous des facettes non désirées et à modifier le commerce de la relation. D'un autre côté, en acceptant il s'agit de confirmer son statut d'ami et les devoirs qui en découlent.

Bien que mon étude n'ait pas de valeur quantitative, je constate, comme dans le travail de thèse de Marin [20], une différence homme-femme. Les participantes expriment davantage de réticences à prendre en charge leurs amis masculins. Une plus grande pudeur face aux soucis de santé de leurs proches ainsi qu'une gêne occasionnée par ces sollicitations sont mises en avant.

Je note également une différence suivant l'ancienneté du médecin généraliste, ce qui reste à confirmer quantitativement. Plus celui-ci est expérimenté, plus il gère les demandes de soins venant de son entourage amical avec assurance. Les limites sont plus clairement établies et la position en tant que médecin est plus fermement affirmée. Ainsi, le médecin émérite a conscience des risques et semble davantage réticent à s'engager dans ce type de prise en charge. À l'inverse, le jeune médecin exprime plus de difficultés dans ses prises de décisions. Il est possible qu'avec le temps, les relations amicales s'affirment. De plus avec l'expérience, le médecin se forge un professionnalisme.

Enfin, il existe une part culturelle pouvant expliquer ces différences de comportements. Au cours des dernières décennies, nous avons pu observer l'essor des films ou séries télévisées mettant en scène un « médecin super héros » [39]. Le médecin peut inconsciemment chercher à être reconnu comme tel auprès de ses amis, en s'impliquant dans leurs prises en charge. Pour rappel, cela est contraire au serment d'Hippocrate [17] qui indique « *je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire* ».

Parallèlement à ce désir de reconnaissance, M08 explique que l'égo d'un médecin peut le pousser à s'investir dans la santé de ses amis. En effet, un médecin qui se considère compétent peut être amené à intervenir davantage dans le parcours de soin de ses amis. À l'inverse, un médecin modeste aura tendance à rediriger plus facilement ses proches vers des confrères. L'étude américaine menée par Reagan [40] confirme cette théorie. Le sentiment de prodiguer de meilleurs soins est effectivement une raison pour laquelle les médecins s'engagent dans la santé de leurs proches.

Le cadre d'exercice est un moyen utilisé par les médecins pour maintenir l'équilibre des relations. La demande de passage au lieu symbolique qu'est le cabinet médical, la prise de rendez-vous, le paiement de l'acte, le vouvoiement sont des façons de baliser les relations pour certains médecins. Ceci permet d'éviter la confusion entre la relation amicale et la relation médicale et ainsi, de détériorer l'une par les exigences de l'autre. Au contraire, pour certains médecins, se priver d'accorder à leurs amis des « avantages pratiques de soins » serait une non reconnaissance de cette amitié, qui pourrait la mettre en danger. Le risque est alors de sortir des règles et de la morale de la vie sociale au nom de l'amitié. Les médecins interrogés en avaient parfaitement conscience et disaient être capables de fixer les limites nécessaires. Pour autant, la façon de refuser n'est pas exempte de difficultés. Elle a pour objectif de maintenir l'équilibre entre les relations médicale et amicale. Si certains disaient clairement non, directement ou par un tiers interposé (volontiers le conjoint), beaucoup le faisaient par d'autres procédés moins « frontaux ».

L'esquive, la limitation du champ d'intervention, la délégation à un autre professionnel, le refus d'être médecin traitant tout en intervenant dans les soins, peuvent répondre au besoin de garder la proximité amicale sans l'altérer par une trop grande proximité médicale. Les thèmes de la pudeur, de l'intimité sexuelle ou conjugale, de la différence de sexe ami-médecin ont été évoqués lors des entretiens. Ces notions peuvent déjà sembler délicates à aborder entre amis [41]. Il s'agit, à fortiori, de territoires où beaucoup de médecins ne veulent pas s'aventurer de façon professionnelle avec leurs ami(e)s. D'autres médecins, plus rares il est vrai, voient au contraire un équilibre renforcé tant dans la relation médicale qu'amicale. En ne mettant pas de frontière dans leur prise en charge médicale, ils confirment à la fois une véritable amitié de la part du médecin et la reconnaissance d'une compétence médicale de la part de l'ami.

6. Les spécificités du soin d'un ami par rapport à un membre de la famille

De prime abord, prendre en charge un ami sur le plan médical paraît plus accessible qu'un membre de sa famille ou un confrère. L'ami en tant que patient choisit librement son médecin traitant. De son côté, le docteur a la possibilité de refuser d'être le médecin traitant d'un patient. Il doit alors lui expliquer les raisons de son refus et le conseiller dans ses recherches. Les deux interlocuteurs peuvent changer d'avis à tout moment [42]. De la même manière, une amitié n'est pas systématiquement figée dans le temps. Elle peut évoluer, se renforcer, ou au contraire se briser. L'ami comme le médecin traitant sont donc interchangeables. À l'inverse, la place qu'occupe une personne au sein de sa famille est irremplaçable. Ce point de vue explique pourquoi il peut sembler plus réalisable de soigner ses amis avec détachement.

Cependant, l'analyse des entretiens a mis en évidence les mêmes problématiques rencontrées lors de la prise en charge d'un confrère ou d'un membre de sa famille [10,21,43]. Bien que l'on observe une plus grande relation de confiance avec ses amis, on retrouve :

- Une perte de neutralité et d'objectivité du médecin,
- Une sympathie exacerbée modifiant la relation professionnelle,
- Des difficultés liées au secret médical,
- Un positionnement délicat envers les confrères,
- Un déficit d'informations médicales (gestion à distance, interrogatoires et examens cliniques limités),
- Une absence de prise en charge globale,
- Une observance moindre du patient,
- Une banalisation de l'acte médical,
- Un vécu affectif plus important, décuplant la charge émotionnelle,
- Une confusion des rôles.

Ces risques ont pour conséquence d'altérer le vécu et la qualité de la prise en charge. Chaque praticien doit être conscient de ces éléments délétères avant de s'investir dans ces situations particulières.

7. Le besoin d'un professionnalisme

Le professionnalisme, tel qu'il est décrit par le référentiel des compétences en médecine générale [44], comporte notamment les items suivants :

- *Agir avec altruisme, et sans discrimination. Favoriser un accès équitable aux soins pour tous.* Cela implique de ne pas faire de différence entre les patients habituels et les amis. Permettre à un ami de ne pas respecter exactement le même parcours et usage des soins que les autres patients met-il en cause cette notion d'équité ? C'est toute la nuance entre l'avantage et le privilège selon ce qui est pratiqué.
- *Assumer ses responsabilités en explicitant ses décisions, en informant honnêtement les patients, y compris de ses conflits d'intérêts. Fonder ses choix sur l'intérêt du patient mais aussi sur la gestion pertinente des ressources de soins.* Or, pour les raisons mentionnées précédemment, il existe un risque de délivrer à ses amis des soins de moindre qualité.
- *Respecter la personne humaine en tenant compte en premier lieu du mieux-être du patient et en favorisant son libre choix, son autonomie, et une réflexion éthique.* La perte de neutralité et d'objectivité que l'on observe lorsque le patient est un ami peut entacher la réflexion éthique et clinique.
- *Garantir la confidentialité des échanges avec les patients.* Or, le fait de prendre en charge ses amis peut susciter des questions à propos du respect du secret médical.
- *Collaborer avec les autres professionnels de soins dans le respect de leurs compétences.* Intervenir dans la prise en charge d'un ami suivi par un autre médecin généraliste peut paraître, en dehors des situations d'urgences, anti-confraternel et/ou contre-productif voire délétère.
- *Gérer son temps pour un équilibre entre vie professionnelle et personnelle.* Le caractère chronophage et sans limitation spatiotemporelle des sollicitations venant de nos proches rend plus difficile la réalisation de cet objectif.
- *Gérer son outil de travail.* Certaines demandes de nos amis peuvent être incompatibles avec notre organisation de travail, voire même la perturber.

Le professionnalisme n'est donc pas une compétence aisée. Celle-ci est plus délicate à respecter lorsque le patient est un proche. Elle semble difficile à cerner par les étudiants en médecine [45] et s'acquiert avec l'expérience du médecin. Cette notion contraste avec la précocité des sollicitations venant d'amis qui se manifestent très tôt lors du cursus

universitaire [46]. Comment aider les étudiants en médecine à compenser leur inexpérience afin d'agir avec professionnalisme dans ce genre de situation ?

Les groupes d'échange de pratique (GEP) proposés aux internes en médecine semblent adaptés à cette problématique. Reçus positivement par les étudiants en troisième cycle des études médicales, ils permettent d'aborder un sujet et d'en débattre en petits groupes. Cela favorise l'acquisition d'une attitude professionnelle [47]. Intégrer une réflexion sur la prise en charge d'un proche lors d'un GEP pourrait apporter aux internes l'expérience et le recul nécessaires. Ceci est d'autant plus utile qu'au-delà de la relation médecin-ami, il s'agit également d'un travail personnel plus général sur sa relation médecin-patient. Ensuite, une fois sortis du cursus universitaire, les groupes Balint sont des outils intéressants de formation médicale continue (FMC). D'après le médecin psychiatre et psychanalyste Michael Balint, les relations entre médecins et patients ne peuvent être enseignées lors de cours théoriques. Il a alors proposé une formation de groupe. À partir d'un cas clinique précis rapporté par un médecin, l'ensemble des participants cherche à identifier les difficultés relationnelles. Lorsqu'une situation professionnelle pose problème à un praticien, ce concept permet de trouver les solutions afin d'améliorer son vécu. L'objectif final est d'optimiser la qualité du soin proposé au malade [48]. Les groupes Balint sont donc particulièrement adaptés aux problématiques de mon sujet d'étude.

CONCLUSION

Cette étude qualitative confirme l'intérêt de ce sujet en médecine générale. Les sollicitations venant de l'entourage amical du médecin généraliste sont très fréquentes. Il s'agit d'un élément avec lequel il devra composer, tout au long de son exercice professionnel. Cette notion contraste avec les difficultés qu'ont les médecins à se positionner face aux problèmes de santé de leurs amis. En effet, les médecins ont parfaitement conscience des problématiques de la situation. Leurs attitudes et pratiques qui peuvent être très variées voire opposées tentent de répondre à un objectif : maintenir un équilibre entre leur relation médicale et leur relation amicale.

J'ai pu observer une pratique très hétérogène. Du refus systématique, à l'investissement total, en passant par la prise en charge forcée ou encore le dépannage occasionnel, les médecins généralistes agissent différemment en fonction de nombreux facteurs. Si une facilité d'accès aux soins et une plus grande relation de confiance sont mentionnées, de nombreux risques sont retrouvés. Ceux décrits dans la littérature à propos du soin d'une personne issue de son entourage familial ou d'un confrère sont également mis en évidence dans ce travail. Les risques liés spécifiquement à la relation amicale viennent s'y ajouter. En premier lieu réside le fait de minimiser les conséquences que peut avoir cette double relation, à la fois pour le patient mais aussi pour le médecin. Le praticien doit composer avec sa personnalité, celle de son ami, et le degré d'amitié qui les unit. Ces différents facteurs limitent la généralisation de recommandations sur ce sujet.

Il est alors tentant, en dehors des situations d'urgences, de n'accepter que les demandes ponctuelles faisant référence à des symptômes bénins. Limiter la charge émotionnelle permettrait de limiter le risque de survenue d'événements indésirables. Or, s'investir occasionnellement dans la santé de nos amis entraîne pour eux une rupture dans la continuité du suivi médical habituel et dans la coordination des soins. De plus, en se focalisant sur un unique motif de recours, le médecin perd toute approche globale du patient, si chère à la médecine générale. Enfin, l'absence dans l'ensemble des entretiens des notions d'éducation en santé et de prévention individuelle et communautaire attire mon attention. Pour ces différentes raisons, soigner un ami renvoie à des situations d'urgence, de premier recours ou de conseils médicaux, mais s'éloigne des spécificités de la médecine générale.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Eastwood GL. When Relatives and Friends Ask Physicians for Medical Advice : Ethical, Legal, and Pratical Considerations. N Engl J Med 2009;24:1333-5.
- [2] Rourke JT, Smith LF, Brown JB. Patients, friends, and Relationship boundaries. Can Fam Physician 1993;39:2557-64.
- [3] Latessa R, Ray L. Should you treat yourself, family or friends ? Fam Pract Manag 2005;12:41-4.
- [4] La Puma J, Stocking CB, LaVoie D, Darling CA. When Physicians Treat Members of Their Own Families. N Engl J Med 1991;325:1290-4.
- [5] WONCA Europe [en ligne]. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [consulté le 23 octobre 2020]. Disponible sur <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
- [6] Code de la santé publique [en ligne]. Articles R4127-47 et R4127-105 [consulté le 23 octobre 2020]. Mis à jour le 12 mai 2020. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000025843568&idSectionTA=LEGISCTA000006196408&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200512>
- [7] Mailhot M. Caring for our own families. Can Fam Physician 2002;48:546-7,550-2.
- [8] Sevrin Y. Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches ? Une étude qualitative. Exercer 2013;109:212-3.
- [9] Tulsy JA, Shuchman M, Snyder L, Carroll RJ. Should doctors treat their relatives ? Ethics case study. ACP-ASIM Observer 1999.
- [10] Duquenne L. Attitude et ressenti des médecins généralistes soignant leurs confrères : étude qualitative [Thèse d'exercice : médecine]. Université de Picardie Jules Verne, 2018.
- [11] C.N.O.M. Déontologie médicale sur le web. Le Livre blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins 2011.
- [12] Rourke LL, Rourke JT. Close friends as patients in rural practice. Can Fam Physician 1998;44:1208-10,1219-22.

[13] Martel H. Quand l'amitié s'invite dans la relation médecin-patient : une étude qualitative auprès des patients [Thèse d'exercice : médecine]. Université du droit et de la santé - Lille 2, 2017.

[14] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008;19:142-5.

[15] Hennebo N [en ligne]. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine [consulté le 24 octobre 2020]. 2009. Disponible sur https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utiles_pour_recherche/guide_theorisation_ancree.pdf

[16] Collège National des Généralistes Enseignants [en ligne]. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [consulté le 24 octobre 2020]. 2013. Disponible sur <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>

[17] C.N.O.M. [en ligne]. Serment d'Hippocrate [consulté le 24 octobre 2020]. Mis à jour le 22 mars 2019. Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medecins_ns_-_serment.pdf

[18] Eniola K. The Ethics of Caring for Friends or Family. *Fam Pract Manag* 2017;24:44.

[19] Krall EJ. Doctors who doctor self, family, and colleagues. *WMJ* 2008;107:279-84.

[20] Marin Marin L. Positionnement des internes en médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches [Thèse d'exercice : médecine]. Université Paris-Diderot - Paris 7, 2013.

[21] Douard F. La prise en charge de ses proches quand on est médecin généraliste. Enquête quantitative auprès des médecins généralistes français [Thèse d'exercice : médecine]. Université de Strasbourg, 2019.

[22] Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover? *Recherches Qualitatives* 2006;26:32-50.

[23] Université de Montréal [en ligne]. Les relations interpersonnelles : définitions, caractéristiques et signification [consulté le 24 octobre 2020]. 2006. Disponible sur <http://mapageweb.umontreal.ca/claes/psy3071/expose1.pdf>

[24] Rolland P. La signification politique de l'amitié chez Saint-Just. *Annales historiques de la Révolution française* 1984;257:324-38.

[25] Beckes L, Coan JA, Hasselmo K. Familiarity promotes the blurring of self and other in the neural representation of threat. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2013;8:670-7.

[26] Melchior M, Charlet A. L'ocytocine, peptide aux multiples facettes. *Le furet* 2018;88:44-6.

[27] Martin-Du Pan RC. L'ocytocine : hormone de l'amour, de la confiance et du lien conjugal et social. *Rev Med Suisse* 2012;8:627-30.

[28] Knuth J, Bulian DR, Ansorg J, Büchler P. When You Operate on Friends and Relatives: Results of a Survey among Surgeons. *Med Princ Pract* 2017;26:235-44.

[29] Bisschops J. Doctor in the Family or Family Doctor ? *Narrat Inq Bioeth* 2018;8:7-10

[30] Gold KJ, Goldman EB, Kamil LH, Walton S, Burdette TG, Moseley KL. No Appointment Necessary? Ethical Challenges in Treating Friends and Family. *N Engl J Med* 2014;371:1254-8.

[31] Mayade-Claustre J. Le don: Que faire de l'anthropologie ? *Hypothèses* 2002;5:229-37

[32] Thouret ÉC. La télémédecine auprès des médecins généralistes libéraux du Puy-de-Dôme [Thèse d'exercice : médecine]. Université Clermont Auvergne, 2019.

[33] C.N.O.M. [en ligne]. Section jurisprudence de la chambre disciplinaire nationale, CDN 13366 [consulté le 24 octobre 2020]. Mis à jour le 28 novembre 2018. Disponible sur <http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/FicheDetailConsultation.do?ficId=19847&isFromRecherche=listeResultats>

[34] C.N.O.M. [en ligne]. Section jurisprudence de la chambre disciplinaire nationale, CDN 13695 [consulté le 24 octobre 2020]. Mis à jour le 13 janvier 2020. Disponible sur <http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/FicheDetailConsultation.do?ficId=20643&isFromRecherche=listeResultats>

[35] Mathieux N. La bonne distance dans la relation médecin-patient : travail à partir de 17 cas de plaintes en lien avec des pratiques relationnelles inadaptées [Thèse d'exercice : médecine]. Université de Poitiers, 2013.

[36] Simons G, Baldwin DS. Covid-19: doctors must take control of their wellbeing. *BMJ* 2020;369:m1725.

[37] Birot É, Kamel F. Argument. *Rev Fr Psychanal* 2006;70:325-30.

[38] Beguin M. Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches [Thèse d'exercice : médecine]. Université Joseph Fourier, 2013.

[39] Strauman EC, Goodier BC. The Doctor(s) in House: An Analysis of the Evolution of the Television Doctor-Hero. *J Med Humanit* 2011;32:31-46.

[40] Reagan B, Reagan P, Sinclair A. « Common Sense and a Thick Hide » Physicians Providing Care to Their Own Family Members. *Arch Fam Med* 1994;3:599-604.

[41] Christakis N, Halatsis P. L'amitié intersexe, ses clichés, ses subtilités. *Nouvelle Revue de Psychosociologie* 2007;4:187-99.

[42] L'Assurance Maladie [en ligne]. Le dispositif du médecin traitant [consulté le 24 octobre 2020]. Mis à jour le 14 novembre 2019. Disponible sur <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant>

[43] Scarff JR, Lippmann S. When Physicians Intervene in Their Relatives' Health Care. *HEC Forum* 2012;24:127-37.

[44] Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;24:148-55.

[45] Descazeaud A. Définition du professionnalisme par les étudiants en médecine [Mémoire de DIU : pédagogie médicale]. Universités de Paris VI, Paris V, Créteil et Bicêtre, 2007.

[46] Aboff BM, Collier VU, Farber NJ, Ehrental DB. Residents' Prescription Writing for Nonpatients. *JAMA* 2002;288:381-5.

[47] Pailloux A. Les Groupes d'Echange de Pratique en 3^{ème} Cycle de Médecine Générale : Impact Ressenti par les Internes sur leur Attitude Professionnelle [Thèse d'exercice : médecine]. Université François-Rabelais, Académie d'Orléans-Tours, 2013.

[48] Even G. Les groupes Balint et leur spécificité : point de vue. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe* 2008;50:149-60.

Annexe 1 : le guide d'entretien

- Présentation de l'enquêteur, du directeur de thèse et du travail de recherche (thème, objectifs et méthodologie).
- Recueil du consentement à la participation et à l'enregistrement audio. Garantie d'anonymat.
- Présentation du participant à l'étude : âge, sexe, zone installation, mode d'exercice, ancienneté d'installation.

- Dans cet entretien, un proche est défini comme une personne faisant partie de l'entourage amical intime du sujet et n'ayant aucun lien familial avec celui-ci.

- Questions :

Lorsqu'un(e) ami(e) fait appel à vous en tant que médecin, par rapport à un(e) patient(e) ne faisant pas partie de vos proches :

1. Pour quel(s) motif(s) fait-il appel à vous ?

Relances éventuelles : *thème - nature de la demande - étendue de la demande - objectif de la demande - ponctualité de la demande*

2. En quoi le contexte matériel a-t-il ou n'a-t-il pas des spécificités ?

Relances éventuelles : *lieu de consultation - organisation du temps - gestion à distance (par téléphone) - tenue du dossier - paiement*

3. En quoi votre démarche médicale a-t-elle ou n'a-t-elle pas des spécificités ?

Relances éventuelles : *examen clinique - choix de la stratégie paraclinique - recours aux spécialistes - choix thérapeutique - organisation du suivi - arrêt de travail - rédaction de certificats*

4. En quoi êtes-vous gêné ou pas ?

Relances éventuelles : *pudeur - intimité - position par rapport au médecin traitant*

5. Dans cette situation quels sentiments positifs éprouvez-vous au fond de vous-même ? Quels sentiments négatifs ? Pourquoi ?

6. Quel bilan tirez-vous de votre expérience personnelle dans cette situation ?

Relances éventuelles : *effets positifs ou délétères - évolution de la relation privée*

7. Qu'en tirez-vous pour votre pratique future dans ces situations ?

Relances éventuelles : *limites - indications - conseils aux jeunes confrères - identification d'éventuelles stratégies de réponses*

- Conclusion : Avez vous d'autres choses à dire sur ce sujet ?
Remerciements et proposition de communication des résultats.

Annexe 2 : les entretiens

La retranscription des entretiens est disponible sur le CD joint à la thèse.

ATTITUDE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES FACE AUX SOLLICITATIONS DE LEURS AMIS : Étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes en Picardie

RÉSUMÉ

Introduction : Les demandes de prises en charge venant de l'entourage amical du médecin généraliste sont très fréquentes. Pourtant, peu d'écrits s'intéressent aux conséquences de l'amitié sur la relation de soin. L'objectif principal de l'étude était d'analyser le comportement des médecins généralistes face aux sollicitations de leurs amis. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les situations à risque et les situations favorables.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes picards a été réalisée. Les résultats ont été analysés selon la méthode de la théorie ancrée.

Résultats : Quinze médecins généralistes ont été interrogés. Si une plus grande relation de confiance était mentionnée, la particularité du contexte et les différences de procédures pouvaient altérer la qualité de la prise en charge médicale. Cette situation demandait un grand professionnalisme aux praticiens afin de ne pas sortir du cadre de la consultation.

Discussion : Les comportements des médecins généralistes étaient très hétérogènes et influencés par de nombreux facteurs. Ces divergences montraient la grande difficulté qu'ont les praticiens à maintenir un équilibre entre la relation médicale et la relation amicale. L'amitié pouvait avoir des répercussions sur les soins, et inversement.

Conclusion : Le médecin généraliste peut donner de simples conseils médicaux à ses amis, voire intervenir en cas d'urgence. Ce type de prise en charge s'éloigne des spécificités de la médecine générale.

Mots clefs : médecine générale, amitié, relation médecin-malade, étude qualitative, éthique, affect.

BEHAVIOR OF GENERAL PRACTITIONERS ABOUT THEIR FRIENDS' REQUESTS : a qualitative study with fifteen general practitioners in Picardy

ABSTRACT

Introduction : Coverage requests from general practitioners' friends are regular. However, few studies deal with the consequences of friendship on the caring relationship. The main goal of the study was to analyze the behavior of general practitioners when they face friends' requests. Secondary goals were to identify risks and advantageous situations.

Method : A qualitative study by semi-supervised interviews with general practitioners in Picardy was made. The encoding of these interviews was done by the use of the grounded theory method.

Results : Fifteen general practitioners were interviewed. While greater confidence was mentioned, context and procedures were specific. This could affect the medical care's quality. Doctors had to be professional so as not to violate the regulatory.

Discussion : General practitioners' behaviors were diverse and influenced by many factors. These differences showed the difficulties that physicians have in maintaining a balance between medical and friendly relationships. Friendship could have an impact on medical cares, and vice versa.

Conclusion : A general practitioner can give simple medical advices to his friends. He can take care of them in a medical emergency as well. But this kind of situation doesn't really fit the general practice requirements.

Keywords : general practice, friendship, physician-patient relation, qualitative research, ethics, affect.