Close friends as patients in rural practice

Leslie L. Rourke, MD, MCLSC, CCFP
James T.B. Rourke, MD, MCLSC, CCFP(EM)

It has been suggested that a physician's patients and friends should be entirely separate.[1] In a small town, where at some time one treats most people in the entire community, this suggestion is naïve.[2,3] Patients include neighbours, colleagues, hospital staff, our children's teachers, local politicians, and personal friends. Indeed, this sense of connectedness adds to the richness of rural practice.

The issue of having close friends as patients in any setting, rural or urban, is controversial. This controversy has heightened, in part, from the recent interest in preventing sexual abuse of patients by doctors. Legal opinions, such as those that appear in the various provincial medical associations' guidelines, differ over what is ethical for types of patient friendships.[4]

We discuss the challenges of having close friends as patients, offer alternatives for medical treatment, and propose strategies for treating close friends.

Challenges of having close friends as patients

Several authors have written about the challenges of having close friends as patients.[2,3,5-14] Five of these challenges are the risk of omissions, confidentiality breaches, assumptions, loss of objectivity, and blurred boundaries.

Omissions. Omissions can be made by either the doctor or the patient and can be either unconscious or conscious. An example of an unconscious omission by patients is neglecting to tell the doctor a key point of their history because they think the doctor already knows. Patients might also consciously not be willing to share painful, private, or troubling problems with a doctor known to them in another role. An example of a conscious omission by doctors is not inquiring about relevant psychological or sexual problems, due to a heightened reluctance to deal with these issues in patients who are also friends.

Confidentiality breaches. Confidentiality is difficult yet important to maintain in smaller communities and areas with more extensive social connection.[10,13,14] An American study[15] of high school students found that rural and suburban students were more likely to have concerns about confidentiality and to forgo care because of these concerns than were urban students. The ethical dilemma of weighing patients' expectations of confidentiality against other moral obligations can be great for doctors in socially connected communities.[13]

Assumptions. Doctors might assume that they know how patients are feeling or reacting about a condition rather than asking them directly. Familiarity and assumptions can lead to doctors more closely identifying with such patients. Countertransference could occur, in which emotions previously experienced and repressed by the doctor are revived with the patient as the object.

Loss of objectivity. This area is a particular problem, especially in critical situations or serious illnesses. This might not be all bad, as doctors have often been accused of being too emotionally detached and unfeeling[16]; Hilfiker[17] has written about the cost to a physician's personal well-being from such learned emotional distancing. Heightened emotional involvement, however, could cloud judgment and thus present difficulty.[9,11,18] "Caring practice is the need to walk a tightrope, being neither heartless nor paralyzed by emotion."[6]

Blurred boundaries. One of the most important challenges of complex multidimensional relationships with patients is blurred boundaries. Patients known in other roles often have increased access to doctors after regular office hours. Difficulty with the limits between personal and professional boundaries can also result in abuse of patients by doctors or doctors by patients.

Alternatives for medical treatment

There are four alternative approaches for medical treatment of close personal friends: physicians do not treat friends, physicians treat friends in a more limited way than usual patients, physicians treat friends in a more available way than usual patients, and physicians treat all patients the same, whether or not they are also friends.

Physicians do not treat friends. This alternative means that friends are not accepted as patients, and patients who become friends are transferred to other physicians. In a rural area, strictly following this alternative is untenable. Physicians would have either very few friends or very few patients! In a small town, one develops connections and friendships with many people, so this alternative becomes increasingly difficult with time. Even if one tries to do this, a rural physician over time treats most of the population when on call for other colleagues.

There are situations, however, when not treating a close friend is appropriate. LaPuma and Priest[19] have written an excellent analysis of the practice of physicians treating their own families. They pose several questions that physicians should ask. Three of these can be adapted to physicians caring for close friends[7,19]: Am I too close to probe my friend's intimate history and physical being and to cope with bearing bad news if need be? Can I be objective enough to not give too much, too little, or inappropriate care? Will my friend comply with my medical care as well as he or she would with the care of a physician who was not a friend?

When patient care might suffer because of these conditions, it is important for physicians and patient-friends to examine alternatives in their complex relationships. This leads naturally to the second alternative.

Physicians treat friends in a more limited way than usual patients. This alternative implies stricter boundaries than usually adhered to, for example, referring for breast or pelvic examinations or for counseling. Such limited care might allow LaPuma and Priest's criteria to be satisfied without giving up total care of a patient who is also a close friend.

Caring for patients with terminal illness can be very difficult. Yudkin[6] warns physicians to be sympathetic and caring without adopting the patient's problems as their own. In some circumstances, the physician-friend might feel more comfortable turning medical care over to a more objective colleague and becoming purely a friend and caregiver. This might also be preferable for the patient, but the physician must guard against the patient's feeling rejected or, alternatively, burdened with the doctor's grief.

In cases such as these where LaPuma and Priest's criteria cannot be satisfied, it might be appropriate for either the doctor or patient to impose stricter limits on the usual doctor-patient relationship.

Physicians treat friends in a more available way than usual patients. This implies a different set of boundaries, looser than customary. Examples are being available to some patients after hours and not to others.

As with the first two alternatives, there are conditions when this alternative is appropriate. It would be ludicrous and potentially fatal for a physician's neighbour who is a friend and patient faced with a backyard pool drowning to *not* contact the nearby physician because that physician was not formally "available and on call."

However, there are dangers to having or being "special" patients. First, care might be less comprehensive than usual when it is performed under "special" circumstances, be that time, place, or person. Less comprehensive assessment is more likely to occur in settings other than the office. Examples of less comprehensive care can occur when physicians care for their colleagues and neglect to examine them as thoroughly as they would "ordinary" patients.

A second danger to special patients is that of overly aggressive care. Physicians might feel less comfortable with uncertainty when the patient is a close friend. This can result in excessive investigations or referrals rather than a more appropriate watch-and-wait approach. This certainly results in higher health care costs, and increased investigations and interventions might not be in the patient's best interest.

Perhaps the most important danger to having special patients is the opportunity for abuse by either doctor or patient because of blurring boundaries. Linklater and MacDougall[20] discuss types of boundary violations that can occur, including role reversal, secrecy, double bind, and indulgence of professional privilege. Any of these violations can be the start of the "slippery slope" toward abuse.[9] Clear professional boundaries create safety for both patients and physicians by minimizing the opportunity for abuse.[1,20]

Patients who are also friends, neighbours, and colleagues all have easy access to a physician outside the office. It is important to educate patients about the appropriate time and place to discuss their medical problems. Other boundaries to consider are those of gift exchange, clothing, form of address, physician self-disclosure, and touch.[21]

Physicians treat all patients the same, whether or not they are also friends. This choice implies the same limits for all patients. In general it means that the best care is high-quality usual care. This is generally the best principle for physicians professionally caring for personal friends. This does not mean adherence to "cookbook medicine" applied unthinkingly to all. It does mean using the same principles of comprehensive patient-centred care for all patients as long as LaPuma and Priest's criteria are satisfied.

Equitable care is not necessarily the easiest position. It can adversely affect the friendship if more than usual care is expected by patients who are personal friends. It also means that physicians must deal with the issues of complex relationships, which would not happen if the first alternative is followed.

Strategies for treating close friends

It is important for doctors to have strategies for dealing with close friends. The first step must come from doctors, who need to develop awareness of these issues and to reflect on the approach appropriate for their own cultural milieus.

The next step is for parallel discussions regarding expectations and obligations for personal and professional life. This should occur with both the doctor's spouse and family and also with patients and staff. The most important result of this is setting of boundaries. Rural doctors cannot be all things to all people at all times. If they try, they risk burnout, family disruption, or the need to move to a larger centre where limits are more easily set.

Physicians need to be aware of overt versus covert boundary messages they give their patients. For example, a friendly out-of-office greeting of "Hi, how are you?" can be interpreted literally by patients. In contrast, "Hi, it's nice to see you," is less likely to blur the personal and professional boundaries. Firmly refusing to discuss medical matters at social functions also helps to establish clear limits. Furthermore, it places the medical encounter in the appropriate context where doctors can give patients their undivided attention.

Finally, it is essential that the limits and boundaries of professional relationships be explicitly discussed between physician-friends and patient-friends. Misunderstanding, confusion, and bad judgment can often be minimized if this is done at the beginning of professional relationships or when circumstances in professional or personal relationships change.

Conclusion

Rural medical practice offers variety and challenge. A sense of connection to the community is one of the most important aspects of country living. In this setting we propose a simple view of care for all patients, whether known outside the office in other roles or not. It can be stated as follows: the best care is high-quality usual care. It includes avoiding omissions and assumptions, breaches of confidentiality, inappropriate loss of objectivity, and blurring of boundaries—common hazards with "special" patients.

This does not mean offering the same care for all people, because all people do not have the same needs. Both physicians and patient-friends must be alert to the effect of their non-professional relationship on the professional one and vice versa, and to adjust either relationship accordingly. This might at times result in more comprehensive treatment, at other times result in more limited treatment, or even termination of the doctor-patient relationship entirely. In this way, rural physicians can "all help one another to develop and refine the skills necessary to pick our way safely through this delicate, yet potentially enriching aspect of community practice."[22]

Dr Leslie Rourke *is an Assistant Professor and* **Dr James Rourke**, *a Fellow of the College, is an Associate Professor in the Department of Family Medicine at the University of Western Ontario in London. For the past 19 years, they have practised family medicine in Goderich, Ont, population 7500.*

Acknowledgment

We thank Professors Brian Hennen and Joe Morrissy for their guidance in examining ethical issues in family practice and for their review of the manuscript.

Correspondence to: *Drs Leslie and James Rourke, 53 North St, Goderich, ON N7A 2T5*

References

1. Golden G, Brennan M. Managing erotic feelings in the physician-patient relationship. *Can Med Assoc J* 1995;153(9):1241-5.
2. Rourke J, Rourke L, Goertzen J, Brown JB, Smith L. Physician-patient relationships: patients as friends and patients who harass [letter]. *Can Med Assoc J* 1996; 154(8):1149.
3. White G, Coverdale J, Thompson A. Can one be a good doctor and have a sexual relationship with one's patient? *Fam Pract* 1994;11(4):389-93.
4. McPhedran M, Armstrong H, Edney R, Marshall P, Roach R, Long B, et al, editors. *The final report of the Task Force on Sexual Abuse of Patients. An independent task force commissioned by The College of Physicians and Surgeons of Ontario.* Toronto: College of Physicians and Surgeons of Ontario; 1991.
5. Smith F. Patients as friends. *BMJ* 1993; 306:1543.
6. Yudkin J. Defining the limits of empathy. *BMJ* 1993;306:1046.
7. Rourke JTB, Smith LFP, Brown JB. Patients, friends, and relationship boundaries. *Can Fam Physician* 1993;39:2557-65.
8. Rourke L, Graham S, Brown JB. Establishing personal and professional boundaries: the challenge for physicians in small communities. *Ont Med Rev* 1996; 63(5):74-5.
9. Gabbard G, Nadelson C. Professional boundaries in the physician-patient relationship. *JAMA* 1995;273(18):1445-9.
10. Ullom-Minnich P, Kallail K. Physicians' strategies for safeguarding confidentiality: the influence of community and practice characteristics. *J Fam Pract* 1993; 37(5):445-8.
11. Peteet JR, Ross DM, Medeiros C, Walsh-Burke K, Rieker P. Relationships with patients in oncology: can a clinician be a friend? *Psychiatry* 1992;55:223-9.
12. Sen Gupta T. Why I like rural practice. *Aust Fam Physician* 1993;22(10):1862-3.
13. Purtilo R, Sorrell J. The ethical dilemmas of a rural physician. *Hastings Cent Rep* 1986;16(4):24-8.
14. Spiegel P. Confidentiality endangered under some circumstances without special management. *Psychotherapy* 1990;27(4):636-43.
15. Cheng T, Savageau J, Sattler A, DeWitt T. Confidentiality in health care. A survey of knowledge, perceptions, and attitudes among high school students. *JAMA* 1993; 269(11):1404-7.
16. Frank A. *At the will of the body: reflections on illness.* Boston: Houghton Mifflin Company; 1991.
17. Hilfiker D. *Healing the wounds: a physician looks at his work.* New York: Penguin Books; 1987.
18. Loewy E. Physicians, friendship, and moral strangers: an examination of a relationship. *Camb Q Healthc Ethics* 1994; 3(1):52-9.
19. LaPuma J, Priest R. Is there a doctor in the house? *JAMA* 1992;267(13):1810-2.
20. Linklater D, MacDougall S. Boundary issues. What do they mean for family physicians? *Can Fam Physician* 1993; 39:2569-73.
21. Gutheil T, Gabbard G. The concept of boundaries in clinical practice: theoretical and risk-management dimensions. *Am J Psychiatry* 1993;150:188-96.
22. Goodwin BJ. Boundaries of physician-patient relationships [letter]. *Can Fam Physician* 1994;40:430.

Des amis au nombre de ses patients en pratique rurale

Leslie L. Rourke, MD, MCLSC, CCFP
James T. B. Rourke, MD, MCLSC, CCFP(EM)

Certains prétendent qu'un médecin devrait toujours dissocier ses amis de ses patients[1]. Il est naïf de croire que c'est possible dans un petit village où, à certains moments, la population presque tout entière compte au nombre de ses clients[2,3]. Il faut traiter ses voisins, des collègues, le personnel hospitalier, les enseignants de ses enfants, les politiciens locaux et des amis personnels. En réalité, ces relations étroites enrichissent la pratique rurale.

Le fait de traiter des amis intimes à titre de patients, que ce soit en milieu urbain ou rural, suscite la controverse. Cet enjeu a d'ailleurs pris de l'ampleur avec l'intérêt récent manifesté envers la prévention d'agressions sexuelles par des médecins à l'endroit de leurs patients. Les avis juridiques, comme ceux proposés dans les directives de diverses associations médicales provinciales, ne concordent pas tous sur la définition de ce qu'est un comportement moral selon le genre d'amitié entretenu avec les patients[4].

Notre exposé porte sur les défis que pose le fait de compter des amis intimes au nombre de ses patients présente des possibilités d'approche au traitement médical et propose des stratégies pour aborder le traitement de ses amis proches.

Les défis posés par l'amitié dans l'exercice médical

De nombreux auteurs se sont prononcés sur les enjeux à considérer quand on traite ses amis proches à titre de patients[2,3,5-14]. Le risque d'omissions, la divulgation de renseignements confidentiels, les présomptions, le manque d'objectivité et l'imprécision des limites de l'intimité constituent cinq des principaux défis à relever.

Les omissions. Elles peuvent être commises autant par le médecin que le patient, consciemment ou non. Un patient qui oublierait de parler d'un aspect important de ses antécédents médicaux, parce qu'il croit que le médecin le connaît déjà, serait un exemple d'omission involontaire. Il se peut aussi que le patient ne veuille expressément pas divulguer des problèmes douloureux, personnels ou troublants à un médecin qu'il fréquente aussi dans d'autres circonstances. On pourrait citer, comme exemple d'omission volontaire, le cas d'un médecin qui ne pose pas de questions sur des problèmes pertinents d'ordre sexuel ou psychologique parce qu'il se sent très mal à l'aise d'aborder de tels sujets avec un patient qui est aussi un ami.

La divulgation de renseignements confidentiels. La confidentialité est une question épineuse, mais elle revêt beaucoup d'importance dans les collectivités plus petites et les régions où les rapports sociaux sont plus étroits[10,13,14]. Une étude[15] réalisée aux États-Unis auprès d'élèves du secondaire a conclu qu'il était plus probable de trouver chez les élèves des milieux ruraux et de la banlieue que chez ceux de la ville une certaine préoccupation à l'égard de la confidentialité, allant même jusqu'à ne pas se faire soigner. Le dilemme déontologique exigeant de faire l'équilibre entre les attentes du patient sur le plan de la confidentialité et d'autres obligations d'ordre moral peut se révéler difficile pour les médecins qui exercent dans des collectivités où le tissu social est très serré[13].

Les présomptions. Les médecins peuvent présumer comment les patients se sentent ou réagissent à l'égard d'un problème au lieu de leur poser directement la question. La familiarité et les présomptions peuvent faire en sorte que les médecins s'identifient davantage à leurs patients. Il pourrait se produire de la projection selon laquelle des émotions ressenties et réprimées par le médecin pourraient être ravivées, le patient faisant l'objet de cette transposition.

Le manque d'objectivité. Cet aspect pose un problème particulier, surtout dans des situations d'urgence ou des maladies graves. Ce n'est peut-être pas un si grand mal, étant donné qu'on accuse souvent les médecins d'être trop froids et dépourvus de sentiments[16]. Cette capacité acquise de détachement et ses répercussions sur le bien-être personnel des médecins ont fait l'objet d'ouvrages par Hilfiker[17]. Par ailleurs, une trop grande émotivité pourrait brouiller le jugement et, par conséquent, poser des problèmes[9,11,18]. Une pratique empreinte du souci d'autrui exige de faire le funambule, c'est-à-dire n'être ni sans cœur, ni paralysé par l'émotion[6].

L'imprécision des limites de l'intimité. Ne pas savoir exactement où commence et où s'arrête l'intimité pose l'un des plus grands défis dans les relations multidimensionnelles complexes avec les patients. Les patients que le médecin connaît bien dans d'autres circonstances ont souvent plus facilement accès à lui après les heures régulières de bureau. Quand les limites de l'intimité ne sont pas bien définies, il peut en résulter un abus, que ce soit de la part du médecin ou du patient.

Les choix d'approches

Il existe quatre choix d'approches différentes au traitement médical d'amis proches: le médecin refuse de traiter ses amis, le médecin traite ses amis d'une manière plus restreinte que ses patients habituels, le médecin est plus accessible à ses amis qu'aux autres patients et le médecin traite tous ses patients au même titre, qu'ils soient amis ou non.

Le refus de traiter ses amis. Dans cette option, les médecins choisissent de ne pas accepter d'amis comme patients et s'ils se lient d'amitié avec

un patient, ce dernier est aiguillé vers un autre médecin. En milieu rural, il est insoutenable de suivre cette règle à la lettre. Les médecins compteraient alors très peu d'amis ou encore très peu de patients! Dans les petits villages, les gens établissent des relations et deviennent amis avec plusieurs personnes. Avec le temps, il est donc de plus en plus difficile de s'en tenir à ce choix. Même s'ils essaient d'y parvenir, les médecins ruraux finissent toujours par soigner la majorité de la population, lorsqu'ils sont en service de garde pour d'autres collègues.

Il existe cependant des circonstances où il vaut mieux ne pas traiter ses amis. LaPuma et Priest[19] ont rédigé une excellente analyse de la pratique médicale auprès de sa propre famille. Ils formulent plusieurs questions que devraient se poser les médecins. Trois d'entre elles peuvent s'appliquer aux médecins qui soignent leurs amis intimes[7,19]: Suis-je trop proche de cette personne pour pouvoir poser des questions indiscrètes sur son histoire intime ou son bien-être physique et pour faire face à de mauvaises nouvelles éventuelles? Est-ce que je peux faire preuve d'assez d'objectivité pour que les soins ne soient pas trop nombreux, trop limités ou encore inadéquats? Cette personne suivra-t-elle mon traitement médical aussi bien que s'il s'agissait d'un autre médecin?

Si ces conditions pouvaient nuire aux soins du patient, il importe que le médecin et son ami patient examinent d'autres façons d'aborder la complexité de leurs relations. Ceci nous amène au deuxième choix.

Un traitement plus restreint pour les amis que pour les autres patients. Cette option impose des règles plus strictes que celles suivies habituellement, par exemple en matière d'examens pelviens ou des seins, ou de prestation de conseils. Des soins, restreints de la sorte, pourraient satisfaire aux critères de La Puma et Priest sans qu'il soit nécessaire d'abandonner entièrement la pratique médicale auprès d'un patient avec qui le médecin est intimement lié.

Il peut s'avérer très difficile de traiter des patients en phase terminale. Yudkin[6] met en garde les médecins de faire preuve de sympathie et de souci pour leurs patients sans pour cela faire siens leurs problèmes. Dans certaines circonstances, le médecin-ami se sentira peut-être plus à l'aise de confier le traitement médical à un collègue plus objectif et de s'en tenir à dispenser des soins et son amitié. C'est peut-être aussi préférable pour le patient, mais il faut veiller à ce qu'il ne se sente pas rejeté ou encore, tourmenté par la peine du médecin.

Lorsqu'il est impossible de se conformer aux critères de LaPuma et Priest, il peut se révéler approprié pour le médecin ou le patient d'imposer des limites plus strictes à leur relation habituelle à ce titre.

Une plus grande accessibilité aux amis qu'aux patients habituels. Les limites ici sont bien différentes et beaucoup plus souples que de coutume. Ce pourrait vouloir dire être accessible à certains patients en dehors des heures de travail, mais pas aux autres.

À l'instar des deux premières options, il y a des circonstances où cette approche convient. Il serait ridicule et éventuellement fatal pour le voisin d'un médecin, qui est aussi son patient et ami et qui est en train de se noyer dans sa piscine, de ne pas faire appel à ce médecin parce qu'il n'était pas « officiellement de garde ».

Par ailleurs, le fait d'avoir ou d'être un patient « spécial » peut comporter des dangers. D'abord, les soins pourraient être moins exhaustifs s'ils sont dispensés dans des conditions inhabituelles, qu'il s'agisse de l'endroit, de l'heure ou de la personne. Il est probable qu'une évaluation soit moins approfondie en dehors du cabinet du médecin. Un exemple d'examen moins approfondi serait celui d'un médecin qui traite un collègue et qui néglige de l'examiner aussi à fond qu'il le ferait avec un patient « ordinaire ».

Un autre risque auquel est soumis un patient spécial, c'est de recevoir des soins exagérés. Le médecin peut se sentir moins à l'aise avec l'incertitude lorsque son patient est un ami intime. Il peut alors procéder à des investigations ou des aiguillages injustifiés plutôt que d'adopter une approche d'« attendre et voir ». Il en résulte certainement des coûts plus élevés pour les soins de santé, sans compter que des examens et des interventions en trop grand nombre peuvent ne pas être dans le meilleur intérêt du patient.

Mais le plus grand danger, peut-être, d'avoir des patients spéciaux, c'est le risque d'abus, soit de la part du médecin ou du patient, en raison de l'imprécision des limites. Linklater et MacDougall[20] traitent des divers types de violation des limites qui peuvent se produire, notamment l'inversion des rôles, le secret, la double impasse et l'indulgence envers le secret professionnel. L'une ou l'autre de ces violations peut être à l'origine d'une déviation dangereuse vers l'abus[9]. Des limites professionnelles précises assurent la sécurité des patients et des médecins en atténuant les possibilités d'abus[1,20].

Les patients qui sont aussi des amis, des voisins ou des collègues ont tous facilement accès au médecin ailleurs qu'à son cabinet. Il importe d'éduquer les patients au sujet des moments et des endroits convenables pour discuter de leurs problèmes médicaux. Au nombre des autres limites à prendre en compte, il y a les échanges de cadeaux, la tenue vestimentaire, les formules de salutation, les confidences du médecin et les contacts physiques[21].

Le même traitement pour tous les patients, amis ou non. Cette option signifie l'application des mêmes règles pour tous les patients. Généralement, elle veut dire que les soins de grande qualité habituels représentent les meilleurs soins. Cette approche constitue, en règle générale, le meilleur principe à suivre pour les médecins

qui soignent professionnellement des amis personnels. Elle ne se traduit pas par un respect à la lettre et sans jugement des « recettes du livre de médecine » pour tous les patients, sans exception. Elle signifie plutôt le respect des mêmes principes de soins complets, basés sur le patient, à toutes les personnes, tant et aussi longtemps qu'on se conforme aux critères de LaPuma et Priest.

Des soins égaux pour tous ne constituent pas nécessairement la solution la plus facile. Ils peuvent nuire à l'amitié si les patients amis s'attendaient à des soins plus particuliers. Cette option exige aussi que les médecins gèrent bien la complexité des enjeux de la relation, ce qu'ils éviteraient en suivant la première approche suggérée.

Des stratégies pour traiter ses amis intimes

Il est important pour les médecins d'avoir une stratégie en ce qui a trait à leurs amis personnels. Le médecin doit faire la première démarche en prenant conscience des enjeux et en réfléchissant à l'approche qui convient à son milieu culturel.

Il faut ensuite avoir des discussions parallèles sur les attentes et les obligations dans la vie privée et professionnelle. Celles-ci devraient avoir lieu avec le conjoint et la famille du médecin, ainsi qu'avec ses patients et son personnel. Le plus important objectif de l'exercice est d'établir les limites. Les médecins ruraux ne peuvent pas tout faire pour tous en tout temps. S'ils essaient d'y arriver, ils risquent l'épuisement, les problèmes familiaux ou d'avoir à déménager dans un plus grand centre où il est plus facile d'établir des limites.

Les médecins doivent être conscients des messages voilés ou évidents qu'ils peuvent transmettre aux patients quant aux limites à respecter. Par exemple, la salutation amicale en dehors du bureau du genre « Comment allez-vous? » peut être interprétée à la lettre par un patient. Par ailleurs, « Bonjour, je suis content de vous voir » est plus susceptible de délimiter le terrain professionnel du domaine personnel. Le ferme refus de discuter de questions médicales lors d'activités sociales contribue aussi à définir clairement les limites. Il permet aussi de situer la visite médicale dans son contexte approprié, c'est-à-dire là où le médecin peut consacrer toute son attention aux patients.

Enfin, il est essentiel que les limites et les frontières des relations professionnelles soient explicitement discutées entre les médecins et les patients liés d'amitié. Les malentendus, la confusion et les mauvais jugements peuvent être atténués si la discussion a lieu dès le début de la relation professionnelle ou lorsque des changements surviennent dans la relation médicale ou personnelle.

Conclusion

L'exercice de la médecine en milieu rural est riche de variété et de défis. L'une des plus grandes satisfactions de la vie à la campagne se situe dans ce sentiment de lien étroit avec la collectivité. Dans ce contexte, nous proposons une vision simple des soins à prodiguer à tous les patients, que nous les connaissions ou non dans d'autres circonstances en dehors du cabinet. Elle se traduit simplement ainsi : les meilleurs soins sont ceux de grande qualité que nous prodiguons toujours. Cette règle veut qu'on évite les omissions et les présomptions, la divulgation de renseignements confidentiels, un manque d'objectivité inopportun et l'imprécision des limites, tous des risques courants avec des patients « particuliers ».

Nous ne voulons pas dire d'offrir les mêmes soins à toutes les personnes, car toutes n'ont pas les mêmes besoins. Les médecins, aussi bien que leurs patients, doivent être vigilants à l'égard des répercussions de leur relation d'amitié sur la relation professionnelle et vice versa; ils doivent essayer d'adapter leurs rapports en conséquence. Parfois, le traitement médical sera plus approfondi, d'autres fois restreint; parfois même, la relation patient-médecin sera interrompue. Ainsi les médecins ruraux peuvent tous s'aider mutuellement à développer et à rehausser les compétences nécessaires à cheminer avec assurance dans cet aspect délicat, mais potentiellement enrichissant, de la pratique communautaire[22].

Dr Leslie Rourke *est professeure adjointe et* **Dr James Rourke**, *fellow du Collège, est professeur agrégé au Département de médecine familiale de l'Université de Western Ontario à London. Depuis 19 ans, ils exercent la médecine familiale à Goderich, en Ontario, qui compte 7500 habitants.*

Remerciements

Nous remercions les professeurs Brian Hennen et Joe Morrissy des conseils qu'ils nous ont prodigués dans leur examen des questions déontologiques de l'exercice de la médecine familiale et d'avoir bien voulu revoir notre manuscrit.

Correspondance à: *Drs Leslie et James Rourke, 53 North St, Goderich, ON N7A 2T5*

Références

1. Golden G, Brennan M. Managing erotic feelings in the physician-patient relationship. *Can Med Assoc J* 1995;153(9):1241-5.
2. Rourke J, Rourke L, Goertzen J, Brown JB, Smith L. Physician-patient relationships: patients as friends and patients who harass [lettre]. *Can Med Assoc J* 1996;154(8):1149.
3. White G, Coverdale J, Thompson A. Can one be a good doctor and have a sexual relationship with one's patient? *Fam Pract* 1994;11(4):389-93.
4. McPhedran M, Armstrong H, Edney R, Marshall P, Roach R, Long B, et collègues, éditeurs. *The final report of the Task Force on Sexual Abuse of Patients. An independent task force commissioned by The College of Physicians and Surgeons of Ontario.* Toronto: Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario; 1991.
5. Smith F. Patients as friends. *BMJ* 1993;306:1543.
6. Yudkin J. Defining the limits of empathy. *BMJ* 1993;306:1046.

7. Rourke JTB, Smith LFP, Brown JB. Patients, friends, and relationship boundaries. *Le Médecin de famille canadien* 1993;39:2557-65.
8. Rourke L, Graham S, Brown JB. Establishing personal and professional boundaries: the challenge for physicians in small communities. *Ont Med Rev* 1996;63(5):74-5.
9. Gabbard G, Nadelson C. Professional boundaries in the physician-patient relationship. *JAMA* 1995;273(18):1445-9.
10. Ullom-Minnich P, Kallail K. Physicians' strategies for safeguarding confidentiality: the influence of community and practice characteristics. *J Fam Pract* 1993;37(5):445-8.
11. Peteet JR, Ross DM, Medeiros C, Walsh-Burke K, Rieker P. Relationships with patients in oncology: can a clinician be a friend? *Psychiatry* 1992;55:223-9.
12. Sen Gupta T. Why I like rural practice. *Aust Fam Physician* 1993;22(10):1862-3.
13. Purtilo R, Sorrell J. The ethical dilemmas of a rural physician. *Hastings Cent Rep* 1986;16(4):24-8.
14. Spiegel P. Confidentiality endangered under some circumstances without special management. *Psychotherapy* 1990; 27(4):636-43.
15. Cheng T, Savageau J, Sattler A, DeWitt T. Confidentiality in health care. A survey of knowledge, perceptions, and attitudes among high school students. *JAMA* 1993; 269(11):1404-7.
16. Frank A. *At the will of the body: reflections on illness*. Boston: Houghton Mifflin Company; 1991.
17. Hilfiker D. *Healing the wounds: a physician looks at his work*. New York: Penguin Books; 1987.
18. Loewy E. Physicians, friendship, and moral strangers: an examination of a relationship. *Camb Q Healthc Ethics* 1994;3(1):52-9.
19. LaPuma J, Priest R. Is there a doctor in the house? *JAMA* 1992;267(13):1810-2.
20. Linklater D, MacDougall S. Boundary issues. What do they mean for family physicians? *Le Médecin de famille canadien* 1993;39:2569-73.
21. Gutheil T, Gabbard G. The concept of boundaries in clinical practice: theoretical and risk-management dimensions. *Am J Psychiatry* 1993;150:188-96.
22. Goodwin BJ. Boundaries of physician-patient relationships [lettre]. *Le Médecin de famille canadien* 1994;40:430.

PEPCID® AC

(famotidine tablets, Frosst Std.) Tablets 10 mg
(famotidine chewable tablets) Chewable Tablets 10 mg

THERAPEUTIC CLASSIFICATION
Histamine H_2 Receptor Antagonist

CLINICAL PHARMACOLOGY
PEPCID® AC (famotidine) is a competitive inhibitor of histamine H_2-receptors. The primary clinically important pharmacologic activity of PEPCID® AC is inhibition of gastric juice secretion. PEPCID® AC reduces the acid and pepsin content, as well as the volume, of basal, nocturnal, and stimulated gastric secretion.

INDICATIONS AND CLINICAL USE
PEPCID® AC (famotidine) is indicated in the treatment of the following conditions where a controlled reduction of gastric secretion is required, such as acid indigestion, heartburn, sour or upset stomach. PEPCID® AC is also indicated for the prevention of these symptoms when associated with the consumption of food and/or beverage.

CONTRAINDICATIONS
Hypersensitivity to any component of this medication.

PRECAUTIONS

General
In clinical trials, patients with other underlying acid gastrointestinal diseases (e.g. duodenal ulcer, gastric ulcer) did not experience complications; in general, they did not exhibit a clinically significant deterioration in their condition. However, if patients have difficulty swallowing or if abdominal discomfort persists, the underlying cause should be determined. Symptomatic response to therapy with PEPCID® AC (famotidine) does not preclude the presence of gastric malignancy.

Patients with severe kidney disease, previous history of ulcer disease complications, severe coexisting illness, those who are experiencing unintended weight loss in association with dyspeptic symptoms, and those who are middle-aged or older with new or recently changed dyspeptic symptoms should consult a physician before commencing therapy with PEPCID® AC.

Patients consuming nonsteroidal anti-inflammatory drugs may have dyspepsia as a side effect of these medicines and should consult a physician or a pharmacist before taking PEPCID® AC.

Therapy should not exceed two weeks of continuous treatment without medical consultation.

Drug Interactions
Studies with famotidine in man, in animal models, and *in vitro* have shown no significant interference with the disposition of compounds metabolized by the hepatic microsomal enzymes, e.g., cytochrome P450 system. Compounds tested in man have included warfarin, theophylline, phenytoin, diazepam, aminopyrine and antipyrine. Indocyanine green as an index of hepatic blood flow and/or hepatic drug extraction has been tested and no significant effects have been found.

Concomitant use of aluminum hydroxide/magnesium hydroxide at commonly used doses, does not influence the pharmacodynamics or bioavailability of PEPCID® AC. Famotidine does not affect gastric alcohol dehydrogenase and, consequently, blood ethanol levels.

Use in Obstetrics
Reproductive studies have been performed in rats and rabbits at oral doses of up to 2000 and 500 mg/kg/day, respectively (approximately 2500 and 625 times the maximum recommended prescription human dose [80 mg], respectively), and have revealed no evidence of impaired fertility or harm to the fetus due to famotidine. There are, however, no adequate or well-controlled studies in pregnant women.

Since the safe use of PEPCID® AC in pregnant women has not been established, pregnant women should not use PEPCID® AC unless directed otherwise by a physician.

Nursing Mothers
Famotidine is detectable in human milk. Nursing mothers should either stop this drug or should stop nursing.

Pediatric Use
Safety and effectiveness in children have not been established. PEPCID® AC should not be administered to children under 12 years of age.

Use in Elderly Patients
No dosage adjustment is required based on age.

ADVERSE REACTIONS
PEPCID® AC (famotidine) has been demonstrated to be generally well tolerated. Adverse reactions reported in ≥ 1% of patients were headache and dizziness. These occurred with comparable frequency in patients treated with placebo.

Laboratory parameters may be affected during treatment with PEPCID® AC, but the changes are usually not considered serious. Among the laboratory changes that were reported during clinical trials were increases in AST, ALT, and WBC count, and decreases in hemoglobin and hematocrit.

These changes were rarely of clinical significance. No famotidine-treated patients/subjects had to be discontinued from therapy because of laboratory adverse experiences.

During marketed use of prescription doses, which are higher than those recommended for non-prescription use, the following adverse reactions have been reported: urticaria, liver enzymes abnormalities, cholestatic jaundice, anaphylaxis, angioedema. Toxic epidermal necrolysis has been reported very rarely with H_2-receptor antagonists.

The following adverse reactions have been reported; however, a causal relationship to therapy with PEPCID® AC has not been established: agitation, confusion, hallucinations, grand mal seizures, rare cases of impotence, thrombocytopenia, pancytopenia, leukopenia and agranulocytosis.

Gynecomastia has been reported rarely. In most cases that were followed up, it was reversible after discontinuing treatment.

SYMPTOMS AND TREATMENT OF OVERDOSAGE
There is no experience to date with deliberate overdosage. Doses of up to 800 mg/day have been employed in patients with pathological hypersecretory conditions with no serious adverse effects. In the event of overdosage, treatment should be symptomatic and supportive. Unabsorbed material should be removed from the gastrointestinal tract, the patient should be monitored, and supportive therapy should be employed.

The oral LD_{50} of famotidine in male and female rats and mice was > 5000 mg/kg.

DOSAGE AND ADMINISTRATION
Adults and children 12 years of age or older: 10 mg, as required to relieve symptoms. **For prevention of acid-related symptoms associated with the consumption of food and/or beverage:** 10 mg one hour before eating. Repeat if symptoms return, up to a maximum of 20 mg in a 24-hour period.

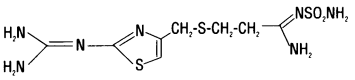
Therapy should not exceed two weeks of continuous treatment without medical consultation.

Concomitant use with antacids
Antacids may be given concomitantly if needed.

PHARMACEUTICAL INFORMATION

I. Drug Substance
Proper name: famotidine
Chemical name:
N'-(aminosulfonyl)-3-[[[2-[(diaminomethylene)amino]-4-thiazolyl]methyl]thio] Propanimidamide.

Structural Formula:



Molecular formula: $C_8H_{15}N_7O_2S_3$
Molecular weight: 337.44

Description: Famotidine is a white to pale yellow crystalline compound that is freely soluble in glacial acetic acid, slightly soluble in methanol, very slightly soluble in water and practically insoluble in ethanol.

II. Composition

Film-coated Tablets
Each film-coated tablet for oral administration contains 10 mg of famotidine and the following non-medicinal ingredients: hydroxypropyl cellulose, hydroxypropyl methylcellulose, magnesium stearate, microcrystalline cellulose, red ferric oxide, starch, talc, titanium dioxide.

Chewable Tablets
Each chewable tablet for oral administration contains 10 mg of famotidine and the following non-medicinal ingredients: aspartame, cellulose acetate, citric acid (flavours), hydroxypropyl cellulose, hydroxypropyl methylcellulose, lactose, magnesium stearate, maltodextrin, mannitol, microcrystalline cellulose, modified food starch, red ferric oxide, starch.

III. Stability And Storage Recommendation
Store at room temperature (15°C - 30°C). Protect from moisture.

AVAILABILITY OF DOSAGE FORMS
No. 3625 - PEPCID® AC (famotidine) 10 mg film-coated tablets are rounded-square, pale rose (pink) coloured, with PEPCID AC embossed on one side. Available in boxes of 30, 18, 12, 6 and 2, individually packaged in PVC/Aluminum blisters, and 1 individually packaged in a foil pouch.

No. 3639 - PEPCID® AC (famotidine) 10 mg chewable tablets are round, biconvex, pale rose (pink) coloured, with PEPCID AC embossed on one side. Available in boxes of 30, 12, 2 and 1, individually packaged in foil pouches.

Product Monograph available on request to physicians and pharmacists.

References:
1. Data on file. Johnson & Johnson • Merck Consumer Pharmaceuticals.
2. IMS Canada. Compuscript, MAT Novermber 1997.
3. A.C. Nielsen. Dollar volume share, MAT December 1997.

Distributed by:

Johnson & Johnson ○ MERCK
CONSUMER PHARMACEUTICALS
GUELPH, CANADA, N1K 1A5

® Registered Trademark of Merck & Co., Inc., Merck Frosst Canada, Inc., licensed user