

# Quelles relations entre les médecins généralistes et leurs patients?<sup>1</sup>

Claudine Burton-Jeangros

Département de sociologie, Université de Genève

Les attentes des patients envers les médecins ont connu d'importantes transformations au cours des dernières décennies. Après avoir présenté différents modèles théoriques formulés par les sociologues pour rendre compte des relations entre patient et médecin, les changements intervenus dans l'expérience de la santé et de la maladie au sein du public seront évoqués. Ces éléments, qui participent au sentiment de crise exprimé aujourd'hui par les généralistes, doivent être intégrés dans la réflexion sur le rôle de la médecine générale au sein du système de santé et au sein de la société.

*Die Erwartungen der Patienten an die Ärzte haben sich in den vergangenen Jahrzehnten stark verändert. In diesem Beitrag werden verschiedene theoretische Modelle aus der Sicht der Soziologie vorgestellt, die sich mit der Arzt-Patient-Beziehung sowie mit den Veränderungen im Umgang der Öffentlichkeit mit Gesundheit und Krankheit befassen. Diese Elemente tragen zum Gefühl einer Krise bei, das die Hausärzte heute äussern. Sie müssen in die Überlegungen über die Rolle der Allgemeinmedizin im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft einbezogen werden.*

Au cours du 20<sup>e</sup> siècle, le champ de la médecine a connu d'importantes transformations, tant du point de vue du contenu de la profession qu'en ce qui concerne les attentes de la société envers la médecine. Dans leur pratique, les médecins généralistes rencontrent des patients porteurs de ces attentes sociales et il s'agit ici d'apporter un éclairage sociologique sur leurs interactions. Dans un premier temps, je présenterai différents modèles théoriques des relations entre médecins et patients élaborés par les sociologues. Ensuite, j'évoquerai certains facteurs ayant modifié les attentes des patients au cours des dernières décennies. Enfin, ces quelques réflexions se termineront sur le sentiment de malaise exprimé aujourd'hui par les médecins généralistes.

## Différents modèles théoriques des relations médecin-patient<sup>2</sup>

Au début des années 1950, le sociologue Parsons propose un *modèle consensuel* qui inscrit la gestion de la maladie au sein du fonctionnement social: les individus doivent être en bonne santé pour accomplir leurs différents rôles sociaux. Ainsi, la maladie constitue une conduite sociale déviante et le médecin a pour tâche d'assurer l'ordre social en soignant les individus malades. La possibilité de sortir de l'état de maladie échappant au patient, celui-ci adopte un «rôle de malade» (*sick role*) et n'est pas tenu de remplir ses responsabilités sociales habituelles (par exemple aller au travail).

En même temps, il a pour devoir de vouloir se rétablir et pour cela avoir recours à une aide technique compétente, soit celle d'un médecin, et coopérer en vue de sa guérison. Le rôle du médecin est caractérisé par ses compétences professionnelles, par sa neutralité affective et encore par l'orientation collective de son travail, à savoir que le bien du patient passe avant ses intérêts personnels. Dans ce modèle, les rôles du patient et du médecin sont donc complémentaires, mais asymétriques: le malade reconnaît le pouvoir du médecin et il joue un rôle passif dans l'interaction.

Vingt ans plus tard, dans «un contexte de contestation des institutions, des savoirs et des pouvoirs» [1], le *modèle du conflit* proposé par Freidson envisage la relation médecin-patient comme la confrontation de deux mondes sociaux et culturels distincts. L'interaction entre le médecin et le patient est conflictuelle car leurs perspectives et intérêts respectifs divergent. Le médecin appréhende le patient selon les catégories de son savoir alors que le patient envisage sa maladie en fonction de son contexte culturel. Autrement dit, les deux protagonistes ne sont pas nécessairement d'accord sur la définition du problème. Cette perspective introduit l'idée que la maladie n'est pas qu'une entité organique, mais qu'elle a aussi des significations sociales qui interviennent dans la gestion de la maladie. Alors que le modèle consensuel envisage le rôle du médecin de

1 Conférence lors de la 8<sup>e</sup> rencontre suisse des médecins enseignants en médecine générale (Macolin, 26 mai 2005)

2 Une synthèse de ces différents modèles est proposée par Adam et Herzlich (1995) et par Bury (1997).

manière universaliste, Freidson quant à lui considère que différents paramètres affectent l'activité médicale. En fonction des troubles présentés par le patient et le type de spécialité impliquée, le patient est appelé à jouer un rôle plus ou moins actif dans l'interaction (chirurgie versus psychiatrie). Par ailleurs, le travail du médecin est notamment influencé par son statut au sein du système de santé: le médecin installé en cabinet privé est plus dépendant par rapport à sa clientèle et son image sociale s'avère donc particulièrement importante.

Une voie médiane a été pensée sous la dénomination de *modèle de la négociation*, une perspective qui ne vise pas nécessairement à trancher entre conflit et consensus. L'idée centrale ici est celle de la constante négociation opérée par les deux acteurs de la relation qui s'élabore au cours du temps, à travers les diverses visites médicales. Tant le patient que le médecin utilisent des stratégies et des tactiques lors de leur interaction. Les patients évaluent le bon moment pour consulter, ont recours aux conseils de proches et se préparent à la consultation (quelles informations donner, lesquelles retenir?); par ailleurs ils négocient pour obtenir certaines informations ou des privilèges. Les médecins quant à eux peuvent orienter la relation au niveau de la communication, à travers les réponses fournies au patient. Plus récemment, certains ont évoqué un *modèle contractuel* pour rendre compte de relations dans lesquelles les deux partenaires se trouveraient dans une position plus égale, reconnaissant leurs apports et contributions respectifs. Dans ce cadre, le médecin est appelé à fournir des informations sur les traitements possibles et sur les risques et bénéfices tandis que le patient évalue l'information, se renseigne et accepte une part plus grande de responsabilité dans le choix du traitement [2].

Ces différents modèles permettent de penser plusieurs styles d'interactions entre médecin et malade. Il est toutefois nécessaire de les envisager dans leur contexte, et notamment en fonction des transformations de certains paramètres qui interviennent aussi dans la relation médecin-patient.

### Quelques facteurs de transformation des attentes sociales envers la médecine

Le vieillissement démographique de la population s'accompagne d'une prédominance des maladies chroniques. Celles-ci sont caractérisées par leur durée et leur relative incurabilité: la personne malade est par conséquent maintenue dans son cadre de vie habituel et elle doit tenter de remplir ses rôles sociaux en dépit de la maladie [3]. Ses relations sociales sont donc affectées par cette situation et, au-delà du médecin, différents ac-

teurs interviennent dans la gestion de la maladie chronique; il s'agit des membres de la famille, mais aussi des collègues de travail ou d'autres proches côtoyés dans diverses sphères de la vie sociale (loisirs, ...). De plus, en raison de la durée de la maladie mais aussi du transfert progressif de la prise en charge thérapeutique vers la sphère privée, le patient devient un spécialiste de sa maladie et l'expertise qu'il construit va influencer sa coopération avec le médecin.

La population jouit aujourd'hui d'un très bon état de santé. Non seulement les Suisses bénéficient d'une espérance de vie très élevée, mais aussi les membres de la population ont le sentiment de jouir d'une bonne santé puisque 84% des femmes et 88% des hommes ont déclaré être en bonne ou très bonne santé dans la dernière Enquête suisse sur la santé [4]. Il est néanmoins constaté dans divers pays que la morbidité déclarée tend à augmenter [5]. Ceci est attribué à une transformation des seuils de perception de la maladie: la population serait aujourd'hui plus sensible à des troubles auparavant jugés mineurs. Autrement dit, les attentes sociales en termes de santé évoluent, ainsi que les seuils du normal et du pathologique. Les progrès médicaux contribuant à façonner les attentes sociales, la recherche d'une santé parfaite peut désormais sembler légitime à un grand nombre [6].

Pendant longtemps, une réelle distance existait entre le patient et le médecin en ce qui concerne l'accès aux connaissances scientifiques. Or, dorénavant, les informations et même des connaissances spécialisées circulent largement à travers les mass médias, mais aussi les ressources informatisées (Internet). On parle aujourd'hui d'instruction en santé (*health literacy*)<sup>3</sup> comme «la capacité des individus à obtenir, traiter, et comprendre les informations de base et les services sanitaires nécessaires pour prendre des décisions appropriées pour leur santé» [7]. Certains voient d'un œil favorable ce partage de l'information: il participe à l'*empowerment* du patient et concrétise son droit à l'information; dans la lignée du modèle contractuel, le patient apparaît ici comme un consommateur éclairé. Toutefois, cette vision optimiste doit être relativisée par le fait que les patients ont des compétences partielles et inégales dans la recherche et l'interprétation des informations; par ailleurs ils ne sont pas nécessairement prêts à assumer la responsabilité du traitement choisi [8].

Enfin, l'émergence des associations de malades affecte les relations médecin-patient. Au-delà de leur travail d'échange d'informations, ces groupes assurent des tâches de soutien et d'entraide autour du malade. Par

<sup>3</sup> Cette traduction est proposée sur le site «Banque de données santé publique» qui offre un glossaire multilingue de 400 termes de santé publique (<http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>, consulté le 30.06.2005).

ailleurs, ils se constituent parfois en tant que groupe de pression par leurs actions au niveau des pouvoirs publics; enfin certains participent de manière centrale aux activités de recherche [9]. Cette mobilisation d'acteurs collectifs participe à la baisse de l'autonomie de la profession médicale qui se trouve confrontée à des groupes informés et bien organisés. S'y ajoute les craintes d'une judiciarisation de la pratique médicale, laquelle favoriserait le développement d'une médecine défensive [2].

Ces divers éléments permettent d'éclairer différentes facettes des modèles théoriques évoqués précédemment. Si le modèle du consensus n'est certainement pas la norme aujourd'hui, les visions plus récentes de la négociation ou du contrat entre le patient et le médecin présentent elles aussi certaines limites.

### Crise de la médecine générale?

La profession médicale est structurée et hiérarchisée de diverses manières. Une première division importante est celle entre médecins hospitaliers et médecins libéraux, particulièrement dans le cadre d'une bi-médecine favorisant un hospitalo-centrisme. Une seconde division se fait, parmi les médecins libéraux, entre généralistes et spécialistes. Dans cette division du travail, la médecine générale est envisagée en creux, comme ce qui reste par défaut: soit les actes qui ne sont ni hospitaliers, ni spécialisés. Les qualités traditionnellement associées au généraliste sont celles de proximité, de disponibilité, d'une relation qui s'inscrit dans la durée; ce sont toutefois des caractéristiques qui sont symboliquement moins valorisées que les prestations techniques fournies par les spécialistes [10].

D'un autre point de vue, les généralistes semblent mis en concurrence par les praticiens alternatifs. Ceux-ci ont développé une importante offre de soins qui tente de répondre aux attentes des patients. Le débat actuel sur le remboursement de leurs prestations par les assurances maladie contribue d'ailleurs à leur visibilité sociale. En termes de recours au sein de la population, leurs prestations restent néanmoins marginales. Selon l'Enquête suisse sur la santé, neuf personnes sur dix déclarent avoir un médecin de famille et trois sur quatre ont consulté un médecin au cours des 12 derniers mois, mais seulement 6% ont consulté un homéopathe [4].

Face au malaise actuel des praticiens, diverses études se sont intéressées à leurs conditions de travail et à leur état de santé. Celle réalisée en Suisse auprès des médecins de premier recours constate que selon la majorité d'entre eux, les conditions de la pratique se sont détériorées au cours des dernières années [11]. Cette

détérioration est le plus fréquemment associée à des facteurs extrinsèques (soit des paramètres politiques, économiques et sociaux) ce qui conduit ces auteurs à évoquer la nécessité de redéfinir le contrat social entre la médecine de premier recours et la société. Il semble en même temps important de souligner que le public n'adopte pas de manière unilatérale une attitude de contestation face à la médecine. Les attentes individuelles des patients sont diverses et multiples. En ce sens, chacun des modèles théoriques de la relation médecin-patient reste pertinent, dans certaines situations. Pour terminer ce bref parcours à travers les transformations des relations entre médecins et patients, on peut en effet retenir que, dans la continuité des progrès thérapeutiques modernes, les attentes sociales sont élevées face à la médecine. Par ailleurs, diverses pressions sociales encouragent les individus à être autonomes, informés et responsables dans tous les domaines de la vie et notamment celui de la santé. Confrontés à un système médical complexe et multiple, les patients réalisent donc un certain nombre de choix tout en craignant les conséquences de ceux-ci. La médecine générale, de par sa position à la croisée d'une médecine basée sur la preuve, caractéristique des spécialistes, et d'une médecine narrative, caractéristique des praticiens alternatifs, occupe une position charnière qui devrait lui permettre de répondre au mieux aux demandes actuelles d'un public exigeant et ambivalent.

### Références

- 1 Adam P, Herzlich C. Sociologie de la maladie et de la médecine. Paris: Editions Nathan; 1994. p. 83.
- 2 Bury M. Health and Illness in a Changing Society. London: Routledge; 1997.
- 3 Baszanger I. Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie* 1986;XXVII:3-27.
- 4 Enquête Suisse sur la santé (ESS) 2002. Premiers résultats. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 2003.
- 5 Aïach P, Fassin D. Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité. Paris: Anthropos; 1994.
- 6 Vigarello G. Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Age. Paris: Seuil, coll. Points; 1993.
- 7 Shouu-Yih DL, Arozullah A, Ik Cho Y. Health literacy, social support and health: a research agenda. *Social Science and Medicine* 2004;58:1309-21.
- 8 Henwood F, Wyatt S, Hart A, Smith J. Ignorance is bliss sometimes': constraints on the emergence of the 'informed patient' in the changing landscape of health information. *Sociology of Health and Illness* 2003;25(6):589-607.
- 9 Rabeharisoa V, Callon M. L'implication des malades dans les activités de recherche soutenues par l'Association française contre les myopathies. *Sciences sociales et santé* 1998;16(3):41-65.
- 10 Brocclain D. La médecine générale en crise, in: Les métiers de la santé. Paris: Ed. Aïach P et Fassin D, Anthropos; 1994, p. 122-160.
- 11 Bovier P, Bouvier Gallachi M, Goehring C, Künzi B. Santé des médecins de premier recours en Suisse, *PrimaryCare* 2004;4(47):941-7.