

Société Française de Médecine Générale

n° 64
novembre 2007

Sociologie et anthropologie

*quels apports pour
la médecine générale*

**DOCUMENTS
DE RECHERCHES
EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

SFMG

Le plaisir de comprendre



sanofi aventis

L'essentiel c'est la santé.

Réalisé en partenariat avec sanofi-aventis

La SFMG tient à remercier le Dr Jean Luc Gallais
pour son aide à la réalisation de ce
Document de Recherches en Médecine Générale.

Directeur de Publication : Bernard GAVID

Rédacteur en chef : Didier DUHOT

Comité de rédaction : Pascal CLERC, Didier DUHOT, Rémy DURAND,
Elisabeth GRIOT, Luc MARTINEZ

Mise en page : Micro Paddy (Courriel : macpaddy@free.fr) / Impression : Pralon Graphic
N° ISSN0767-1407 • Dépôt légal : novembre 2007

TABLE DES MATIÈRES

Éditorial	5
Quels sont les apports concrets des sciences humaines à la médecine générale?	7
La sociologie	8
Qu'est-ce que la sociologie?	8
Sociologie et anthropologie, des sciences sociales qui approchent le réel par l'enquête de terrain	9
Comment la sociologie traite-t-elle de la médecine générale et des médecins généralistes?	9
La sociologie de la santé	10
L'approche théorique	11
L'approche pratique	21
Une nouvelle relation entre sociologie et médecine	30
Qu'est-ce que n'est pas la sociologie?	31
Introduction à l'approche anthropologique des soins	33
Écoles de pensées, concepts et méthodes de travail	33
Des regards croisés sur l'altérité	33
Des identités culturelles	33
Les temps constitutifs des enquêtes	34
Quelques liens entre cultures et soins, côté soignés	36
Des normalités	36
Des systèmes thérapeutiques	37
De la culture aux fondements sociaux des soins	38
Des professionnels porteurs eux aussi de cultures	41
Quelques modèles médicaux: le cas du « syndrome méditerranéen »	41
Des patients d'origine étrangère, à des patients étrangers aux normes des professionnels	42
Savoirs et soignants: des oppositions entre culture profane et scientifique à nuancer	43
Conclusion	47
Les soins, véritables bouillons de cultures	47
Les interactions soignant-soigné, des rencontres socioculturelles uniques à réinterroger	47

8 décembre 2007

7:00
7:30
8:00
8:30
9:00
9:30
10:00
10:30
11:00
11:30
12:00
12:30
13:00
13:30
14:00
14:30
15:00
15:30
16:00
16:30
17:00

"La journée
du Dictionnaire
des résultats
de consultation"
Issy les Moulineaux

24 janvier 2008

7:00
7:30
8:00
8:30
9:00
9:30
10:00
10:30
11:00
11:30
12:00
12:30
13:00
13:30
14:00
14:30
15:00
15:30
16:00
16:30
17:00

La Journée
cadre
de la
SFMG
24 ET 25
janvier

12 juin 2008

7:00
7:30
8:00
8:30
9:00
9:30
10:00
10:30
11:00
11:30
12:00
12:30
13:00
13:30
14:00
14:30
15:00
15:30
16:00
16:30
17:00

2ème
Congrès de
la médecine
généraliste
du 12 au 14 juin
à Lyon

20 juin 2008

7:00
7:30
8:00
8:30
9:00
9:30
10:00
10:30
11:00
11:30
12:00
12:30
13:00
13:30
14:00
14:30
15:00
15:30
16:00
16:30
17:00

Congrès de
l'Observatoire
de la médecine
généraliste
à Paris

20 novembre 2008

7:00
7:30
8:00
8:30
9:00
9:30
10:00
10:30
11:00
11:30
12:00
12:30
13:00
13:30
14:00
14:30
15:00
15:30
16:00
16:30
17:00

Symposium
des
Groupes de pair

Éditorial

Peut-on décrire et comprendre la médecine sans mise en perspective historique et sociologique ?

L'interrogation sur la nature des rapports entre la médecine, ou plutôt les médecines, les soignés et les soignants est indissociable de tout sujet relevant de la « Santé ». Les demandes de soins et d'aides, éléments constitutifs de l'art de soigner, ne sont pas des exclusivités du domaine médical. Les pratiques magiques, religieuses comme les pratiques soignantes populaires n'ont pas disparu depuis l'avènement de la médecine scientifique.

Le modèle de la médecine fondée sur les faits probants favorise les données (plus ou moins aisément) objectivables et quantifiables. Ces dernières ne doivent pas toutefois faire écran à d'autres co-facteurs tout autant prégnants et décisifs qui conditionnent aussi bien le déroulement de la demande de soins que des réponses proposées.

L'histoire de la médecine est celle d'une construction sociale marquée par de forts enjeux idéologiques. Ils éclairent les évolutions des politiques des multiples acteurs sociaux, dont les médecins eux-mêmes. L'anthropologie médicale s'est historiquement d'abord penchée sur les pratiques exotiques, puis a rapidement investi les systèmes de soins, leurs méthodes et outils. La question récurrente de ce bio-pouvoir est devenue majeure dans la société d'autant plus que la santé a été instaurée comme un « marché ». Le bruit de fond médiatique médical et ses liens avec la gestion des questions sociales a participé à la transformation de la notion de « Droit à l'accès aux soins » à celui de « Droit à la Santé »

Malgré la simplicité apparente du questionnement initial sur la place nécessaire des sciences sociales dans toute approche santé, la réponse n'est pas un fait acquis pour nombre des acteurs clé de la santé, dont les médecins eux-mêmes. Pour la médecine générale, dans sa fonction d'interface entre le champ profane et le champ professionnel, la prise en compte des sciences humaines et sociales est pourtant un élément décisif pour toute approche du sens et de la complexité inhérente aux pratiques soignantes. Du côté des soins quotidiens, elle se traduit par exemple par les pratiques hétérogènes entre les médecins et des différences pour un même médecin face à un même problème au sein de sa patientèle. Ces variations conduisent à s'interroger sur les divers déterminants médicaux et sociaux en cause...

Pourtant les travaux d'ethnologues et de sociologues sur la santé sont souvent méconnus, négligés, scotomisés, voire déniés car ils posent des questions relatives à la place de ce bio-pouvoir dans la société. C'est souvent par la petite porte de la relation soigné-soignant que les sciences humaines sont entrées dans la formation médicale initiale ou continue, avec un focus sur la maladie et le couple médecin-malade. Les sociologues en portant leur attention sur la diversité des acteurs et sur le contexte social ont travaillé sur des aspects que les médecins laissaient pour leur part dans l'ombre. Ils ont mis à jour ce qui était hâtivement décrété comme relevant de la « logique », de « l'usage », de « l'implicite », ou du « qui va de soi »...

C'est notamment le mérite de chercheurs comme Eliot Friedson, Isabelle Baszanger, Martine Bungener, Jean Peneff ou Alain Ehrenberg, et bien d'autres, d'avoir porté leur regard de sociologues sur le champ médical et ses acteurs.

Leurs façons de regarder autrement les évolutions passées et présentes, aboutissent à d'autres mises en perspective des questions d'idéologies, des relations de pouvoir, des blocages et inerties des systèmes de soins comme des stratégies de santé publique et des inégalités sociales de santé.

Au travers de ces approches sociologiques diversifiées on retrouve les débats permanents qui impliquent notamment la médecine générale et les médecins généralistes. Ils imposent un regard distancié sur la place de la médecine selon les pays, leurs histoires sociales, politiques et culturelles. Ils condui-

sent notamment les professions de la santé à revisiter leur modèle dominant du moment. À revisiter et à relativiser, mais aussi à mieux saisir et agir sur les changements de paradigmes en cours comme en témoignent les exigences nouvelles du patient devenu « usager-consommateur-citoyen-contribuable » informé de façon claire, loyale et compréhensible tant au plan individuel qu'au travers des associations d'usagers.

L'approche sociale est présente partout et les exemples ne manquent pas. Quid de toute puissance présumée de la médecine et de la promotion médiatiquement assistée de la gestion du risque cardiovasculaire et du cholestérol ? Faut-il oublier ou passer sous silence que la baisse de mortalité observée est en grande partie liée à la réduction d'incidence de la mortalité une fois la morbidité survenue. Faut-il dans le même temps scotomiser par exemple le fait que le taux de survie après infarctus du myocarde varie surtout selon les catégories socioprofessionnelles. C'est là une des illustrations des inégalités sociales de santé. Dans une logique de santé publique quels sont les facteurs structurels qui participent à la différence de 4.6 ans d'espérance de vie entre les régions Midi-Pyrénées et celle du Nord pas de Calais ? Comment analyser rigoureusement les multiples raisons qui aboutissent à la différence de décès entre 35 et 65 ans pour les ouvriers et les cadres : 26 % contre 13 % ?

Dans une logique voisine, les données récentes sur l'accroissement des troubles musculo-squelettiques (TMS), les cancers professionnels ou le harcèlement professionnel peuvent-elles être examinées uniquement à l'aune de la biomédecine ? La clinique du travail selon la formule d'Yves Clot, aboutit au constat du développement de « l'écoute » dans les milieux professionnels au fur et à mesure de la dégradation des conditions du travail.

Les approches sociologiques éclairent aussi la forte tendance à la médicalisation de la santé. Elles donnent des arguments pour comprendre non seulement des questions relatives aux soins mais aussi pour expliciter des enjeux sociaux ou sociétaux au travers des débats modélisant sur la procréation médicalement assistée, la génétique ou l'éthique.

Si comme le soulignait Georges Canguilhem, « la santé a remplacé le salut », alors la diversité et la rigueur des outils, les méthodes et les acteurs pour investiguer ce champ et ces évolutions est une priorité. La santé est-elle surtout une production liée aux services des professionnels de la santé ou d'abord le résultat de comportements multiples individuels et collectifs dans un contexte de vie sociale (familiale, scolaire, professionnelle, environnemental, etc.) ?

Une telle vision ne conduit-elle pas à relativiser l'activisme médical et à renoncer à l'illusion de la toute puissance présumée d'une approche scientiste de la santé ? Elle rappelle aussi à la réalité concernant la « bienveillance » et la « neutralité » supposées des professionnels... Les résultats de travaux de sociologie amènent à la perte d'une certaine « candeur » des professionnels de la santé sur eux-mêmes et sur leurs pratiques !

En publiant dans ce Document de Recherche en Médecine Générale des travaux de sociologues et d'anthropologues, la SFMG illustre son intérêt de ces approches et leurs apports dans l'analyse des pratiques. Faut-il y voir un retour aux sources de la SFMG ? Il est indispensable de rappeler ici que la poignée des fondateurs de la SFMG était aussi des Balintiens et que, dès sa création en 1973, la SFMG avait systématiquement inclus dans ses travaux de recherche des sociologues, linguistes et psychanalystes. La théorisation de la médecine générale s'est faite avec leur concours.

Les sciences humaines et sociales sont donc essentielles pour argumenter les débats sur les évolutions et mutations du système de santé français. Ce sont des indicateurs des tensions contradictoires auxquelles est soumis un système complexe sur un aussi sujet central que la vie. Une raison de plus pour être attentif à ces travaux qui viennent alimenter notre « plaisir de mieux comprendre ».

La SFMG

QUELS SONT LES APPORTS CONCRETS DES SCIENCES HUMAINES A LA MÉDECINE GÉNÉRALE ?

Mathieu Lutsman, Isabelle Bourgeois

La médecine est-elle une science, un art, une technique, une relation d'aide ? Et si elle est une science, est-elle une science humaine ou une science biologique ? La réponse ne peut être tranchée en quelques mots, elle nécessite un débat approfondi. Il n'est même pas sûr qu'une vérité surgisse de la discussion, chacun défendant ses arguments sans qu'aucun ne soit décisif.

En fonction de sa propre expérience chaque médecin élabore sa définition de la médecine qui détermine sa pratique au quotidien. Il existe ainsi plusieurs manières d'exercer la médecine : centrée sur la maladie, centrée sur le malade, centrée sur la santé, médecine salariée, médecine libérale, médecine hospitalière, médecine générale, médecine spécialisée. Il ne faudrait pas parler de la médecine mais des médecines.

Si le débat pour définir précisément la médecine n'est pas tranché, la formation des futurs praticiens, quant à elle, est tranchée et sans débat : la formation universitaire s'appuie essentiellement sur les sciences biologiques, laissant un strapontin aux sciences humaines. Cela correspond à la représentation traditionnelle du rôle du médecin : poser un diagnostic et proposer une thérapeutique. Cette même logique suppose le rôle du patient : accepter le diagnostic et suivre les recommandations du médecin. Dans ce schéma la relation médecin/malade relève de l'humanisme, du bon sens ou de la psychologie de base, l'étudier d'un point de vue scientifique relève au mieux d'une perte de temps, au pire du charlatanisme.

Mais alors pourquoi un nouveau concept apparaît-il dans le discours des médecins : « le relationnel » ? Pourquoi des formations se développent-elles pour apprendre à gérer « le relationnel » ? Que signifie l'apparition d'une nouvelle maladie comme le « burn out syndrom » ? Que signifie l'apparition d'une nouvelle discipline qui s'impose peu à peu : l'éthique médicale ? Pourquoi faut-il donner des nouveaux droits au malade ? Pourquoi faut-il développer études et enquêtes pour améliorer la qualité des soins, alors que, de toute évidence, les médecins sont des professionnels qui font de leur mieux ? Pourquoi un certain nombre de médecins se sentent-ils dévalorisés et ont-ils l'impression de devenir des prestataires de services ? Pourquoi faut-il créer des réseaux formalisés où les médecins devraient apprendre à travailler ensemble, comme si coordonner leur action n'était pas une évidence ? Pourquoi et selon quelle logique, l'évaluation des pratiques apparaît-elle dans le champ médical là où régnait la confiance du profane envers l'expert ?

Ces questions en imposent une autre : les sciences humaines ont-elles une place en médecine ? Il semble qu'une réponse affirmative commence à se dessiner. Cependant il ne suffit pas d'acter la réponse, il faudrait préciser la question : quelle place faut-il leur faire ? Avec cinq questions subsidiaires :

- quel rapport, quel positionnement entre médecine et sciences humaines ?
- de quel savoir de base les médecins disposent-ils sur les sciences humaines ?
- quel type de connaissances les médecins ont-ils besoin d'acquérir en sciences humaines ?
- quelle demande les médecins peuvent-ils adresser aux sciences humaines ?
- quelle aide concrète les sciences humaines peuvent-elles apporter à la médecine ?

Commencer à poser quelques fondements de sciences humaines en médecine est déconcertant : les demandes des médecins sont ambiguës et hésitantes. Cela est particulièrement vrai pour la médecine générale. Amorcer ce débat entre ces deux disciplines revient à ouvrir la boîte de Pandore :

- dans la pratique les généralistes sont déjà considérés comme les spécialistes de « la relation humaine », les théories des sciences humaines peuvent-elles encore apporter quelque chose ?
- la vision qu'ont les généralistes des sciences humaines est limitative. Elle se concentre sur la connaissance des déterminants sociaux et culturels des patients. Les sciences humaines seraient un outil pour aider les généralistes à communiquer mieux avec leurs patients.
- les sciences humaines doivent apporter un savoir concret adapté aux demandes précises des généralistes, l'idéal serait qu'elles apportent des « recettes ».
- quelles sciences humaines pourraient-elles être utiles aux généralistes ? Quelle différence entre anthropologie et sociologie.

Toutes ces problématiques sont le reflet de la distance qui existe entre les deux disciplines : la sociologie et la médecine sont deux sciences qui se sont développées séparément. La science médi-

cale ignore en grande partie le savoir développé par les sciences humaines. De même, la sociologie fait principalement de la médecine un objet de recherche qu'elle étudie au même titre que d'autres aspects de la réalité sociale. Ainsi le savoir élaboré sur la médecine semble avoir eu peu de conséquences sur la gestion des problèmes de santé, contrairement par exemple à la sociologie de la famille où le savoir élaboré a contribué à la définition des politiques publiques familiales. Selon la même logique, la place faite aux sciences humaines dans la formation des médecins demeure restreinte, contrairement à ce qui tend à se faire depuis les années 80 dans le cursus de formation des infirmiers.

Le dialogue entre médecine et sociologie semble être sous le sceau d'un étrange paradoxe: les médecins connaissent très peu les sciences humaines, ils n'ont officiellement aucune demande précise tout en insistant pour que l'aide des sciences humaines soit opérationnelle et concrète et s'intègre dans la logique de la médecine.

Les sciences humaines, et en particulier la sociologie, fonctionnent selon leur propre logique. Comment médecins et sociologues pourraient-ils se comprendre alors que :

- le médecin demande au sociologue une explication culturaliste pour mieux comprendre un patient considéré comme radicalement autre.
- le sociologue met le médecin sous microscope, analyse les dysfonctionnements du système: le médecin est autant objet de recherche que le patient.

Le médecin veut qu'on l'aide à améliorer sa communication avec le patient alors que le sociologue veut obliger le médecin à réfléchir sur lui-même et sur sa pratique.

Répondre à cette contradiction ne peut se faire qu'en ouvrant un débat, c'est exactement ce que propose cet article. Il est impossible de résumer la richesse des apports de la sociologie de la santé à la médecine générale. En revanche il est possible d'amorcer le débat en identifiant les attentes et les besoins des uns et des autres.

L'article est présenté en deux parties :

- la première propose une définition générale et synthétique de la sociologie.
- la seconde présente un éclairage sur la sociologie de la santé.

L'intention n'est pas de transformer les médecins en sociologues. Ils ne sont pas non plus pharmaciens, biochimistes, biophysiciens, anatomistes...

et pourtant ils ont acquis une connaissance de base de toutes ces disciplines. La logique devait être la même pour la sociologie. L'enjeu final est d'intégrer ce savoir dans la pratique quotidienne.

LA SOCIOLOGIE

QU'EST-CE QUE LA SOCIOLOGIE ?

La sociologie est une discipline scientifique qui vise à observer et analyser les dimensions collectives de la vie en société. Elle explique comment fonctionne et se transforme une société. Elle analyse d'un côté comment l'environnement social d'un individu ou groupe d'individus structure leurs façons de penser et d'agir et, d'un autre côté, s'interroge sur la manière dont les actions individuelles ou collectives contribuent à modifier cet environnement.

Les pères fondateurs de la discipline que sont Émile Durkheim et Max Weber sont à l'origine de deux approches opposées dans la façon de penser ce lien entre individu et société :

Le premier, à l'origine de l'approche holiste propose d'étudier les phénomènes sociaux comme un tout extérieur aux individus. Ce n'est pas l'individu qui « fait » la société mais la société qui a un pouvoir de coercition sur lui. Le holisme est un paradigme sociologique qui met à jour des lois générales d'évolution de la société. Cette posture engage les chercheurs à utiliser principalement des méthodes d'analyse quantitatives (statistiques, sondages). L'approche holiste en sociologie a produit tout un ensemble de recherches qui mettent en valeur les déterminismes sociaux. Les principaux auteurs s'inscrivant dans ce paradigme sont Karl Marx et Pierre Bourdieu.

Le second, à l'origine de l'approche dite de « l'individualisme méthodologique », propose à l'inverse d'expliquer le fonctionnement de la société à l'aune des comportements individuels. La méthode individualiste prônée par Max Weber, « invite donc le sociologue à partir des individus pour expliquer un fait macro social et sa sociologie compréhensive postule qu'il faut pour cela reconstituer le sens que les acteurs donnent à leurs actions ». L'individualisme méthodologique accorde ainsi une part d'autonomie aux individus dans les choix qu'ils font. Deux auteurs s'inscrivant dans ce paradigme sont Raymond Boudon et Michel Crozier. Les analyses qui en ressortent reposent tout à la fois sur des méthodes quantitatives et qualitatives (entretiens, observations). Ce clivage, s'il est fortement marqué historiquement et politiquement est, aujourd'hui moins vivace que dans les années 1970, 1980 et la sociologie actuelle est plutôt marquée par une approche individualiste dans la tradition de Max Weber.

Quelles que soient ses approches, la sociologie apporte donc des éléments d'explications sur

toute une série d'interrogations dans des domaines très divers (famille, travail, école, religions) et également sur des questions qui correspondent à des préoccupations politiques et sociales du moment (violences urbaines, organisation du système de santé, exclusion sociale).

SOCIOLOGIE ET ANTHROPOLOGIE, DES SCIENCES SOCIALES QUI APPROCHENT LE RÉEL PAR L'ENQUÊTE DE TERRAIN

La sociologie est une des disciplines de sciences humaines comme la psychologie, l'économie, l'histoire, la philosophie, ou encore l'anthropologie. La psychologie s'intéresse à la structure et au fonctionnement de l'activité mentale à partir d'expériences et d'observations. L'économie propose des modélisations théoriques des comportements individuels ou collectifs en lien avec des préoccupations de productivité, rentabilité, efficacité ou efficience, le plus souvent au moyen d'un traitement statistique. L'histoire cherche à reconstituer la réalité de phénomènes passés et repose sur l'analyse d'archives. La philosophie, elle est la quête de la sagesse à partir d'un raisonnement abstrait. Sociologie et anthropologie sont, quant à elles deux disciplines voisines parce que ce sont les sciences sociales de l'enquête de terrain. Elles ne se distinguent finalement que par les sujets qu'elles traitaient au départ. L'anthropologie était plutôt tournée vers l'étude de sociétés hors de notre champ culturel. Aujourd'hui la différence entre anthropologie et sociologie n'est plus fondée sur un clivage géographique. Il s'agit surtout du choix des sujets.

Les méthodes utilisées sont l'observation et l'entretien. L'observation directe consiste à s'immerger dans un milieu et à noter tous les événements observés sans sélection a priori. L'observation comme méthode d'enquête est souvent un complément de l'entretien qui représente la méthode centrale d'investigation empirique en sociologie qualitative.

Il nécessite l'apprentissage rigoureux d'une technique spécifique qui le distingue de l'interview journalistique. En effet le journaliste dispose d'un temps court et ne vise pas à l'objectivité. Il cherche à « faire dire » des choses à son interlocuteur en vue d'un scoop éventuel. La démarche du sociologue est toute autre puisque son objectif est de comprendre les perceptions de l'individu qu'il enquête. Il s'abstient formellement d'influencer de quelque manière que ce soit le discours de cette personne. En tant que discipline scientifique la sociologie vise à l'objectivité. Seuls des entretiens menés avec rigueur et dans le strict respect des règles de réalisation d'un entretien sociologique peuvent produire une enquête sociologique de qualité. Par exemple les « focus groupes » qui sont souvent utilisés en marketing, ne sont pas une

technique d'investigation en sociologie. Les interactions qui se jouent entre les individus qui composent se groupe modifient leurs perceptions. Les réactions des uns influencent les autres. Autrement dit, toute la démarche du sociologue dans une enquête de terrain sera d'influencer au minimum la réalité qu'il observe.

Il existe deux types d'entretiens en sociologie qualitative : l'entretien semi-directif et l'entretien biographique. Le premier consiste, à l'aide d'un guide d'entretien qui fait office de pense-bête, à aborder un certain nombre de thèmes avec la personne. L'ordre des questions importe peu. Tout l'art du sociologue est de faire parler la personne qu'il a en face de lui sans avoir besoin de la relancer souvent. C'est ainsi que les questions ne sont pas fermées. Les seules interventions du sociologue dans l'entretien sont des relances pour plus de précision ou pour aborder un autre thème du guide d'entretien. L'entretien biographique, lui, est non directif. Il est plus long que l'entretien semi-directif qui peut durer jusqu'à deux heures et tient au minimum une heure. La durée de l'entretien est également un des éléments essentiel de sa qualité de même de sa réalisation en face à face. L'entretien non directif se réalise sur plusieurs heures et consiste à demander à la personne interviewer de raconter une partie de sa vie.

L'entretien directif, quant à lui qui est plutôt une technique enquête quantitative, est l'entretien typique du sondage. Les questions sont fermées et doivent être traitées de façon statistique afin de produire une connaissance simple sur une population représentative. L'approche qualitative de la sociologie ne se préoccupe pas du caractère représentatif de l'échantillon étudié au profit d'une analyse fine de processus micro-sociaux qui ne peuvent pas être mis en lumière autrement.

COMMENT LA SOCIOLOGIE TRAITE-T-ELLE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE ET DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ?

La sociologie de la médecine générale est toute récente en France même si Isabelle Baszanger avait déjà traité en 1979 dans sa thèse de la socialisation professionnelle des médecins généralistes. Rares sont les sociologues qui, jusqu'à une époque récente s'intéressaient spécifiquement à ce segment professionnel. Un premier colloque en sociologie s'est tenu au mois de juin 2006 « Approches sociologiques de la médecine générale ». Il témoigne de la constitution d'un champ de recherche spécifique en sociologie. Voici quelques extraits de l'appel à communication qui donne une vision claire de l'état des questions en sociologie de la médecine générale : « L'organisation d'une rencontre autour de la sociologie de la médecine générale et des médecins généralistes semble pertinente à plus d'un

titre : d'une part les réformes récentes ont eu des effets directs sur la médecine générale, qu'elles concernent les études médicales ou l'organisation de l'offre de soins ; d'autre part un certain nombre de travaux sociologiques ont été ces dernières années consacrés au rôle des généralistes dans le système de santé et aux dynamiques qui parcourent ce groupe professionnel. [...] Toutes les tentatives de réforme du système de santé français parlent de revaloriser cette médecine de premier recours en donnant aux omnipraticiens un rôle de pivot dans l'organisation des parcours de soin des patients. On se plaît ainsi à invoquer le rôle essentiel des généralistes sans guère mobiliser d'études sur la manière dont ils réussissent à décliner concrètement dans leurs consultations la notion de qualité de pratique. La connaissance de leurs pratiques, dans leur diversité, et de leurs positionnements par rapport aux politiques sanitaires représente aujourd'hui un enjeu. Entre le dénigrement dont le travail des omnipraticiens est encore souvent l'objet de la part des spécialistes ou des hospitaliers et une vision idéale de ce que serait leur fonction dans un système de soins optimal, le travail d'enquête est seul à même de produire une analyse pragmatique de ce que sont et font les généralistes. Parmi les disciplines mobilisables, la sociologie tient une place de premier plan si l'on en juge par les recherches récentes. »

Cinq thèmes ont été choisis afin de balayer l'ensemble des travaux qui pouvaient s'inscrire dans ce champ : Identité(s) professionnelle(s), environnement institutionnel et nouveaux défis, généralistes de demain : des jeunes, des femmes, et des conditions d'exercice ? patients de médecine générale, retour sur la sociologie de la médecine générale.

LA SOCIOLOGIE DE LA SANTÉ

De la théorie à la pratique, comprendre les paradigmes et les méthodes de la sociologie ne donne pas forcément une réponse intuitive à la question centrale posée dans cet article : « **Quels sont les apports concrets des sciences humaines à la médecine générale ?** »

Cette question s'adresse au sociologue qui est ainsi sommé de prouver la pertinence de son champ disciplinaire, comme si les patients interpellaient les médecins en leur demandant, en entant dans leur cabinet, « **Docteur, prouvez-moi avant toute chose que votre science est capable de me guérir et démontrez-moi de quelle manière** ».

Que ce type de question directe s'adresse à l'expert sociologue ou à l'expert médecin, la réponse pertinente et opérationnelle n'est pas facile à trouver : il ne s'agit pas simplement d'exercer son art

mais d'en démontrer la pertinence.

L'expert peut répondre suivant différentes démarches méthodologiques :

- faire appel à l'évidence et au savoir communément partagé. Le rôle du médecin est évident : il est là pour soigner les patients. De même le rôle du sociologue est évident : il est là pour comprendre comment fonctionne la société.
- faire appel à l'argument d'autorité. Le médecin est celui qui sait, son diplôme le prouve, le patient doit obéir, suivre les recommandations de la science sans quoi ce dernier ne fait pas preuve de rationalité. De même le sociologue est celui qui sait, il a acquis connaissances scientifiques et méthodes opérationnelles pour décrypter et analyser le comportement des acteurs, le médecin doit donc logiquement utiliser les connaissances mises à sa disposition, sans quoi lui aussi aurait un comportement irrationnel.
- faire appel à la logique et à la démonstration cognitive. Médecins et patients peuvent s'asseoir autour de la table, le médecin développerait une argumentation, étude scientifique à l'appui, pour démontrer au patient la supériorité de la médecine *scientifique* sur la religion, les rebouteux ou autres sorciers. De même les sociologues, en se fondant sur la recherche en sciences humaines, peuvent expliquer aux médecins de manière cognitive et rationnelle, que l'appropriation des connaissances développées par les sociologues de la santé leur permettrait de comprendre mieux leur pratique, leurs patients, l'évolution du savoir médical et en conséquence de gérer mieux tant les relations médecin/malade que les rapports entre pairs et avec la puissance publique.
- faire appel à la négociation. Médecins et patients pourraient s'asseoir autour d'une table et commenceraient d'abord par se demander pourquoi la question est posée, quel enjeu elle cache (y aurait-il une question plus fondamentale derrière la question ?). De même les sociologues et les médecins pourraient commencer, avant toute démonstration, par s'asseoir autour d'une table et les sociologues pourraient demander aux médecins : « **pourquoi faut-il démontrer les apports concrets des sciences humaines ?** ».

Chacun pouvant être sensibilisé davantage par l'une des quatre démarches, pour répondre à la question que les médecins posent aux sociologues « **quels sont les apports concrets des sciences humaines à la médecine générale ?** », il faudrait pouvoir donner au lecteur, une réponse multiple afin de s'adapter aux différentes attentes. Le rédacteur fait le choix d'utiliser les deux dernières méthodes.

Cette seconde partie sera présentée en deux temps : d'abord une démonstration théorique fondée sur la logique universitaire des apports de la sociologie à la médecine générale, ensuite une tentative de démonstration des implications concrètes de la sociologie dans la pratique quotidienne des médecins.

Utiliser un tel plan est un enjeu complexe pour le sociologue : ne pas se contenter du rôle de l'expert en se limitant à expliquer un savoir mais entrer dans une logique de négociation et intégrer les attentes et les besoins des médecins généralistes. Cependant cette démarche ne peut se faire que, si, par effet miroir, les médecins acceptent d'adopter la même démarche. Il faudrait alors qu'ils s'interrogent sur les raisons et la manière dont ils questionnent les sciences humaines. En effet les sociologues pourraient légitimement retourner à l'expéditeur la question posée. Ce n'est peut-être pas aux sciences humaines de se demander quel apport concret elles peuvent apporter aux médecins, mais plutôt de demander aux médecins comment eux qui, par définition, passent leur temps à gérer des relations humaines peuvent-ils ne pas utiliser ce savoir ? Les sciences humaines ne sont-elles pas au cœur de la pratique des médecins ? Des médecins généralistes en particulier ?

L'APPROCHE THÉORIQUE

Le savoir élaboré par les sciences humaines peut intéresser les médecins à double titre. En premier lieu le savoir spécifiquement élaboré dans le champs de la sociologie de la santé permettrait au médecin de comprendre les véritables enjeux de leurs pratiques, ainsi que le rôle et la place qu'ils occupent dans le système de santé. Mais il convient de ne pas oublier dans un second temps que le médecin est lui-même un acteur du champ social et qu'il a aussi besoin de comprendre l'évolution de la société. En ce sens, le savoir sociologique général peut aussi lui être utile.

LA SOCIOLOGIE DE LA SANTÉ

La sociologie aborde la problématique de la santé selon quatre angles d'approche.

La sociologie des maladies

La sociologie des maladies permet de comprendre que la maladie est un concept beaucoup plus complexe qu'il n'apparaît au premier abord. Elle est **un concept en soi** qui doit être déconstruit et analysé afin de mieux saisir les valeurs qu'il véhicule.

Les différents régimes du mal

Les maladies n'ont pas une existence universelle

et immuable. Elles prennent forme en fonction des lieux et des époques. Souffrir du SIDA en Afrique ou en Occident ne recouvre pas une même réalité. De même, si le cancer existe depuis l'Antiquité, il ne devient le fléau des fléaux qu'au xx^e siècle (Pinel).

Si nous prenons l'exemple de la perception historique des maladies, il est possible d'effectuer un constat simple : la place, la perception et le rôle que joue la maladie évoluent en fonction des époques (Herzlich). À chaque époque sa maladie symbolique : peste, lèpre, tuberculose, cancer... Le médecin peut percevoir cela comme une simple évolution du savoir médical, en revanche, ce qui fait sens pour le sociologue est qu'il ne s'agit pas d'une simple succession de maladies mais d'une succession de « représentations sociales » :

- au Moyen Âge le visage de la maladie a été celui de l'épidémie : image collective de la maladie où l'individu n'est pas malade seul, il est malade avec les autres ; synonyme de mort brutale et collective, la maladie entraîne une forte diminution démographique et transforme la société par une dépopulation subite. Le facteur biologique n'en est pas seul responsable : la misère et la famine chronique sont encore plus déterminantes.
- au xix^e siècle une autre maladie s'empare de l'imaginaire collectif : la tuberculose. La tuberculose tue de manière massive (20 % des décès) mais lentement (en 20 ans), le malade n'est plus totalement exclu de la société, la tuberculose invente le statut du malade chronique moderne. Petit à petit avec la tuberculose, la maladie devient une affaire personnelle et non celle de la communauté. Elle est une transition entre deux types de représentation de la maladie : le modèle collectif de la maladie et le modèle individuel.
- au xx^e le cancer devient la maladie emblématique. L'image s'impose à tel point que chaque problème social grave est synonyme de cancer. Le cancer ne s'impose pas parce qu'il est une maladie nouvelle mais sa place est liée au développement même de la médecine moderne : statistiques, épidémiologie, radiographie... nouvelles techniques médicales permettant de diagnostiquer les cancers internes. L'évolution démographique joue un rôle important : le cancer étant une maladie de la dégénérescence, il atteint de préférence les personnes âgées. Il représente le prototype de la maladie des temps modernes : maladie individuelle, qui ne se transmet pas, au long cours, qui nécessite investissement et suivi médical, elle impose le développement de la recherche médicale et de l'hôpital moderne.
- dans l'avenir il semble que les maladies menta-

les soient appelées à devenir la maladie emblématique.

Comprendre cette situation permet aux médecins généralistes d'entrer dans la complexité d'un concept apparemment simple : les maladies ne sont pas uniquement définies par les facteurs biologiques, elles prennent sens dans un contexte social bien particulier, ce que perçoit le médecin n'est pas seulement l'expression d'un trouble biologique, mais aussi l'interaction de la biologie avec le social.

Dans la même logique il va de soi que le rôle du soignant n'est pas le même en fonction de la représentation dominante, le rôle du médecin évolue lui aussi à travers l'histoire.

Les deux régimes des maladies

L'évolution des représentations de la maladie permet de conceptualiser deux grands types qui se succèdent et se complètent dans le temps : la maladie aiguë et la maladie chronique.

La maladie aiguë : le temps est court, de quelques jours à quelques semaines : un début, un déroulement et une fin. La cause peut être traitée, deux possibilités : la guérison ou la mort. Le modèle s'intègre dans le modèle bio-médical : une maladie précise, un ennemi maléfique à éradiquer, la maladie est centrale, l'individu périphérique. Dans ce modèle le patient a un interlocuteur essentiel : le médecin. L'avis du patient est secondaire.

La maladie chronique : elle a un début, mais pas de fin, elle dure toute la vie ou du moins très longtemps. Maladie souvent incurable, seules les conséquences peuvent être traitées. L'absence de guérison a pour conséquence que le patient doit apprendre à vivre avec sa maladie. Maladie qui s'amalgame à la vie du patient, l'individu est central, la maladie périphérique. Dans ce modèle le patient a de multiples interlocuteurs, le médecin n'est que le maillon d'une chaîne et a besoin de l'aide du patient pour le suivi et la prise en charge de la maladie, le patient devient un partenaire.

Si la maladie aiguë a, pendant des siècles, représenté la maladie, de nos jours la maladie noble est la maladie chronique. Alors que la maladie aiguë est renvoyée en grande partie à la bobologie. Cependant le rôle du médecin a été conçu sur le modèle de la maladie aiguë (le savant versus le profane), la maladie chronique impose un autre modèle de relation médecin/malade, fondé non sur un rapport entre expert et profane, mais sur un rapport de coopération où le médecin devient celui qui sait un peu plus, le patient celui qui sait un

peu moins, l'enjeu est alors la transmission du savoir ou l'éducation du malade. Cependant les enjeux, le contenu et le mode d'emploi de cette éducation ne sont pas précisés :

- Comment s'effectue cette éducation ?
- Avec quelle limite ?
- Qui garde l'autorité dans la relation médecin/malade ?
- Un médecin peut-il accepter que le patient en sache plus que lui ?
- Un patient peut-il accepter que son médecin ne sache pas tout ?
- Être un prestataire de service est-il positif ou négatif ?
- Les médias jouent-ils un rôle positif ou négatif ?

Deux modèles de maladie

Deux conceptions de la maladie opposées se confrontent depuis l'Antiquité (Laplantine) :

- **le modèle bio-médical** : ontologique (la maladie a un « être » précis, une existence solide : la lésion anatomique), exogène (la maladie résulte de la pénétration d'un élément étranger et hostile à l'intérieur du corps, modèle pasteurien), maléfique (la maladie constitue une agression extérieure, un ennemi qu'il faut éliminer).
- **le modèle holiste** : fonctionnel (la maladie ne correspond pas à une lésion spécifique, mais à une rupture d'équilibre), endogène (la maladie n'est plus considérée comme une entité étrangère mais elle est liée à l'histoire de l'individu. Être malade a un sens), bénéfique (la maladie est assimilée à une « crise » qui permet à l'individu de mieux se comprendre et en conséquence de mieux gérer ses conflits).

Dans le modèle bio-médical, les maladies sont donc des entités spécifiques et indépendantes. Peu importe la personne, tout le monde souffre de la même maladie. Le rôle du médecin est alors de ne s'intéresser qu'à la maladie. Dans ce modèle le meilleur des médecins est le chirurgien : il ôte la tumeur, et tout rentre dans l'ordre.

Dans la perspective holiste, la maladie perd sa place centrale au profit de la personne malade. Ce qui compte est la capacité de l'individu à s'adapter tant d'un point de vue psychologique que physique. Dans ce modèle : la maladie ne se résume pas à la réalité biologique mais résulte de l'interaction entre une essence biologique et la manière dont réagit l'individu : le meilleur des médecins est alors le balintien.

Il serait illusoire de croire qu'un de ces modèles serait plus scientifique que l'autre, nous pouvons

juste constater que le modèle holiste est dominant jusqu'au XIX^e siècle, le modèle bio-médical prend le relais à la naissance de la médecine moderne, sans que disparaisse toutefois le modèle holiste.

Il serait illusoire de croire qu'il existe des cloisons étanches et qu'il existerait des médecins bio-médicaux versus des médecins holistes. En fonction des circonstances chacun est amené à utiliser tel ou tel modèle, même si chaque médecin fonde sa pratique sur un modèle qu'il privilégie.

Dans la pratique le choix de se référer à tel ou tel modèle est capital, en effet il n'entraîne pas le même type de stratégie thérapeutique ni le même type de relation médecin/malade.

La sociologie des malades

La formation universitaire des médecins est principalement fondée sur l'apprentissage des différents types de maladies avec comme hypothèse non exprimée que la maladie « frappe » tous les individus exactement de la même manière (Good). Ainsi s'invente peu à peu la figure du malade « moyen », qu'il est possible de soigner de manière identique comme le professeur qui enseigne à un élève idéal type, sans tenir compte des variabilités et des attentes des individus.

En effet un patient n'est pas seulement un malade mais aussi une personne, il suffit de prendre le temps de les écouter, de les observer pour s'apercevoir d'une évidence : les patients sont *loin d'être tous identiques*. Non seulement ils ont des attentes différentes mais ils possèdent aussi leurs propres conceptions de la santé. De plus ces concepts peuvent différer de ceux des professionnels. Peuvent-ils être catégorisés comme illogiques et irrationnels pour autant ?

Les médecins peuvent-ils se contenter du constat empirique qu'ils font tous les jours : les malades ne sont pas tous identiques et cependant continuer à les soigner de la même manière ?

Les médecins peuvent-ils se contenter d'acter que les patients raisonnent et se contenter de penser qu'ils sont irrationnels ?

En plus de diagnostiquer et de proposer une thérapeutique les médecins doivent répondre à trois autres questions :

- donner du sens aux interrogations du patient pour qui la maladie ne se résume jamais totalement à des facteurs biologiques
- adapter le traitement à la vie du patient
- accepter ou non les raisonnements profanes des

patients, ce qui a pour conséquence de s'interroger sur la manière dont le médecin se représente le rôle du malade : un malade, un patient, un client, un usager ?

Ce que représente la maladie : les représentations sociales

Dans les sociétés modernes, même pour les patients, le corps et les maladies sont vus à travers le prisme du regard bio-médical (Herzlich). Cependant des questions profanes persistent : « quelle est l'origine de mon mal ? » « pourquoi cela m'arrive à moi ? » « quelle faute ai-je commise ? » « pourquoi maintenant ? »

Les patients acceptent une première explication biologique, mais pour eux derrière l'aspect purement descriptif des maladies se cachent des grands modèles explicatifs. Ces grands modèles remettent souvent en cause la société. Les individus donnent des explications sociales à la maladie, le déclenchement de la maladie est dû aux effets nocifs de la société sur un individu « sain » :

- au mode de vie malsain
- au fait de vivre dans une société trop agressive
- au rythme de vie trop rapide
- à la pollution
- à la nourriture chimique

La maladie objective un rapport conflictuel au social (Herzlich).

Pour le patient, le concept important n'est pas « maladie » mais « santé ». Deux modèles principaux de représentation de la santé :

- la santé, considérée d'un point de vue purement organique, comme absence de maladie
- la santé, définie comme un état d'équilibre, possibilité pour l'individu de maîtriser au mieux les pressions de la vie sociale. La santé comme bien être, comme capacité d'action ou d'accomplissement de soi et d'harmonie avec les autres.

les conséquences de la maladie sur le patient

La rupture biographique : La maladie transforme la vie du patient (parfois brutalement) : il existe un avant et un après la maladie. Les sociologues parlent de rupture biographique.

Devenir malade signifie pour le patient : perte de capacité à agir, perte de rêve et d'action.

Changement de statut social : La vie du patient n'est pas uniquement bouleversée par rapport à lui-même mais aussi dans sa vie relationnelle : être malade ou en bonne santé a du sens socialement.

Devenir malade modifie le statut social de l'individu (en bien ou en mal). À l'annonce de la maladie le patient peut vivre l'événement de trois manières :

- vivre la maladie comme une force destructrice qui le prive de son activité, de ses liens avec les autres, de ses rôles habituels dans la société, elle le prive de son identité propre
- la maladie peut être vécue comme libératrice et donner l'occasion à l'individu d'échapper au rôle que la société lui impose, et qui étouffe son épanouissement personnel. La maladie peut lui permettre de se retrouver lui-même et de retrouver un vrai sens à sa vie.
- la maladie peut devenir un « métier » enfin pour ceux qui se retrouvent à gérer au quotidien une maladie grave. La maladie devient un élément essentiel de la vie par lequel le malade est reconnu par les autres et la société. Le combat contre la maladie peut même devenir l'élément central de sa vie, l'intègre dans la société et lui donne son identité et son équilibre.

En fonction de la manière dont le patient perçoit la maladie et l'intègre à son univers social, il coopérera avec le médecin de diverses manières : il se contentera d'obéir ou exigera d'être soigné et guéri immédiatement, il acceptera les soins ou les refusera, il cherchera à guérir ou préférera continuer à « bénéficier » de la maladie, ou encore il deviendra un professionnel de sa maladie etc.

Les rôles de malades : en fonction de l'image que le médecin de fait de sa profession, il peut concevoir le rôle du malade de trois manières :

- le médecin détient le savoir : le patient doit obéir,
- le médecin détient le savoir mais il doit le partager : le patient doit comprendre avant d'obéir,
- le médecin ne détient pas l'ensemble des connaissances, la prise en charge doit tenir compte du savoir profane : le patient doit être respecté et son savoir pris en compte dans la stratégie thérapeutique.

La relation : ces trois réactions ont pour conséquence de structurer trois types de relation médecin/malade :

- premier cas : l'approche directive. Chacun des acteurs est cloisonné dans son rôle : le médecin est l'expert, il a le savoir, le patient est le profane, il n'a qu'un choix logique et rationnel : suivre les instructions du médecin. Le dialogue médecin/malade est alors inutile, le médecin respecte le serment d'Hippocrate, il fait le bien du malade. **Dans cette logique le malade est un patient.**
- deuxième cas : l'approche communicationnelle.

Le médecin accepte de prendre en compte les interrogations du patient. Il se sent l'obligation de ne pas se contenter d'ordonner, son rôle est aussi d'expliquer. Le dialogue médecin/malade prend place dans la consultation, cependant il reste marginal : la logique reste la même que dans le premier cas, il faut éduquer le patient afin que celui-ci intègre le vrai savoir ou le refuse. **Dans cette logique le malade est un client.**

- troisième cas : l'approche négociée. Le médecin accepte non seulement de prendre en compte les interrogations du patient, mais aussi ses raisonnements, ses choix, et les conséquences de la maladie sur la vie de ce dernier. La relation médecin/malade se complexifie, le médecin ne doit pas se contenter d'expliquer mais il doit adapter ses propositions thérapeutiques aux enjeux du patient. Le dialogue médecin/malade est central : la décision finale est le résultat d'un processus de négociation. **Dans cette logique le malade est un partenaire.**

La sociologie des professions

Si les concepts de malade et de maladie se sont révélés plus complexes que pouvaient le laisser supposer les évidences, cette logique a pour conséquence que le rôle du médecin ne se réduit pas à soigner des maladies.

En fonction du type de modèle explicatif auquel le médecin adhère il existe deux types de pratiques médicales :

- les médecins bio-médicaux,
- les médecins balintiens.

En fonction de la manière dont le médecin perçoit le rôle du malade il existe deux manières de concevoir son rôle de médecin (Rameix) :

- médecin paternaliste,
- médecin prestataire de service.

Première typologie : médicament ou écoute ?

Le médecin bio-médical

Ce type de médecin s'inscrit dans l'idéologie dominante : le modèle bio-médical. Il ne cherche à soigner que des « vraies maladies » qu'il est possible d'identifier clairement et qui correspondent au savoir appris à la Faculté.

À chaque maladie, il applique une rigoureuse logique scientifique :

- un **diagnostic** qui définit concrètement et positivement la maladie,
- un processus **pathologique** qui permet de com-

- prendre comment la maladie agresse le corps,
- un **pronostic** qui permet d'estimer l'évolution de la maladie,
- une **thérapeutique** (prescription du médicament adéquat).

Le rôle du médecin est clair : diagnostiquer et traiter des maladies. Le malade quant à lui est un malade anonyme dont on suppose qu'il réagit d'une manière moyenne à la maladie.

Ce modèle est dominant, il est performant et efficace, il a cependant quelques limites :

- comment prendre en charge un diabétique lorsqu'il fait le ramadan ?
- comment traiter un patient témoin de Jéhovah qui a besoin d'une transfusion, alors que sa religion le lui interdit ?
- chaque patient réagit différemment, **il n'existe pas de malade moyen type,**
- **le savoir médical est limité** et il ne permet pas toujours de prendre une décision rationnelle, claire et sans ambiguïté, il existe beaucoup de **zones d'incertitude.**

Le modèle balintien

À l'opposé du modèle bio-médical, un certain nombre de médecins ont développé un autre type de pratique, pour cela ils se réfèrent à l'explication holiste de la maladie.

Dans son ouvrage écrit en 1957 « Le médecin, son malade et la maladie » M. Balint a conceptualisé ce type d'approche. Pour Balint le médicament le plus souvent utilisé par le **médecin est le médecin lui-même**. Ce qui compte n'est pas uniquement le médicament mais la manière dont il est prescrit : l'atmosphère dans laquelle le médicament est donné est capitale.

Pour Balint, la maladie en elle-même n'a pas beaucoup d'importance. Elle n'est que le moyen dont se sert le malade pour parler au médecin : elle est le média d'une souffrance plus profonde. La maladie que le patient présente n'est que le **symptôme offert**. Le rôle du médecin se transforme, ce dernier doit être capable de décrypter la vraie souffrance derrière le symptôme offert et la traiter.

Ce modèle a aussi ses limites :

- la principale est le risque de transformer le médecin généraliste en psychanalyste et de vouloir tout expliquer par le psychologique. **L'excès d'explication psychologique peut obnubiler** le médecin.
- il obligerait le patient à se remettre en cause même s'il ne le désire pas et si sa demande se

limite à une prise en charge somatique (**un médecin n'est pas un confesseur**).

En conclusion : il n'existe pas de « meilleur modèle » mais des logiques complémentaires.

Seconde typologie : ordonner ou conseiller ?

Le médecin ne traite pas des cadavres, objets passifs, mais des êtres humains. Comment doit-il se comporter avec ces malades, comme un **père** ou un **conseiller** ?

Deux exemples concrets :

- l'annonce de la mauvaise nouvelle,
- le refus de se faire soigner.

L'annonce de la mauvaise nouvelle : dire à un malade qu'il a un cancer peut se faire de deux manières : dire toute la vérité, conseiller un traitement et laisser le patient décider et se prendre en charge. Ou alors considérer qu'il est fragile, et lui mentir à moitié ou complètement et prendre en charge l'angoisse du patient en décidant à sa place.

Le refus de soin : donner un traitement peut se faire de deux manières : soit donner un ordre auquel le patient doit obéir et insister, voire s'assurer, que le patient a suivi l'ordonnance, soit donner un avis qui n'est qu'un conseil et laisser le patient prendre ses responsabilités.

Pour gérer l'annonce de la mauvaise nouvelle ou le refus de soins, le médecin peut s'appuyer sur deux principes philosophiques opposés qui conduisent à deux attitudes opposées :

- le principe de bienfaisance,
- le principe d'autonomie.

Le principe de bienfaisance : le paternalisme

Le principe de bienfaisance se définit ainsi : « Devant des situations de souffrance, de vulnérabilité, le principe de bienfaisance semble s'imposer avec une très grande force. Le médecin entre dans une morale du bien à faire, morale téléologique. Le bien est la guérison du malade et **l'obligation morale** n'est pas fondée **sur la volonté de celui qui agit mais sur quelque chose d'extérieur à lui** : la fragilité et l'extrême dépendance de celui qui souffre, le corps blessé et souffrant qui appelle les gestes du médecin. **La moralité** est fondée sur la **fragilité de l'autre** — la nature ou autrui — fragilité qui est un appel absolu à la responsabilité. Ainsi, si par exemple le médecin juge bon pour le malade de ne pas lui dire la vérité, il peut ne pas la lui donner. Comment ajouter une souffrance à la détresse du patient ? » (Rameix).

Le principe d'autonomie : le conseiller,

Le principe d'autonomie se définit ainsi : « La demande de consentement aux soins — et donc l'acceptation d'un éventuel refus — **se fonde sur le principe du respect de l'autonomie du patient.** Est-ce que l'homme peut exercer son autonomie pour refuser un traitement vital ? Pour disposer de sa vie ? Pour se droguer ? Pour se mutiler ? Pour se suicider ? **L'autonomie est la faculté de se donner à soi-même la loi de son action, sans la recevoir d'un autre quel qu'il soit** (Rameix). Une théorie de l'autonomie s'oppose à une théorie hétéronomique de la morale qui suppose que la norme morale provient de quelque chose d'extérieur à l'homme ». Le principe de l'autonomie implique le respect du patient quelle que soit sa décision ; dans ce cadre-là, le médecin doit présenter la meilleure des démarches possibles. Ensuite, c'est le patient qui décide en son âme et conscience. L'information doit être libre, loyale, simple et éclairée afin que le patient puisse réellement faire un choix. Le médecin n'est plus directement responsable de la vie de son patient, il l'assiste plutôt comme un conseiller.

En conclusion : il serait plus aisé pour le médecin de pouvoir effectuer un choix entre l'un ou l'autre de ceux principes : faut-il tenir compte de la faiblesse du malade et intégrer une logique du bien à faire ? Faut-il considérer le malade comme une personne et respecter les choix d'une personne autonome même s'il y a un danger vital ?

Le médecin est soumis à une injonction paradoxale et doit respecter deux principes opposés : il a la possibilité de se référer plus ou moins à l'un des deux principes et d'adopter une posture rigide ou d'accepter de gérer la tension générée par l'antagonisme de ces deux principes et d'effectuer en fonction de l'interaction et de chaque contexte un choix adapté à la fois à la situation et à la demande du patient.

La sociologie de l'action organisée

Centrer l'approche sociologique de la santé sur la maladie, le malade et le médecin serait faire comme s'il était possible d'isoler un processus du reste de la réalité sociale. La médecine appartient à un système global dont les enjeux dépassent de loin le simple face à face médecin/malade.

La médecine s'intègre aussi dans une logique institutionnelle : les hôpitaux, les cliniques, les rapports avec l'État, le rôle des différents syndicats, la place et le rôle de la sécurité sociale, le rapport avec les laboratoires pharmaceutiques...

Peut-on penser la place de la médecine dans la

société uniquement à travers une logique de soins ?

Le médecin généraliste voit dans l'hôpital un lieu spécialisé et performant où il envoie le malade lorsque les soins ambulatoires ne sont plus possibles, le sociologue voit dans l'hôpital une institution qui a pris une place centrale dans le système de santé (3 819 établissements, 700 000 lits, 1 million d'emplois), institution complexe qui permet d'étudier comment s'organise et se produit le travail médical (Herzlich).

Étudier l'hôpital comme une organisation totale permet de comprendre comment le système de santé prend corps dans une société et concrètement pour les médecins de comprendre quelles sont les attentes de la société à leur égard, quel type de réponses ils y apportent, au final de mieux saisir la nature exacte de leur rôle dans la société. Ceci selon une logique macro sociologique.

Le médecin généraliste est ambigu vis-à-vis de l'hôpital : lieu presque « magique » dont il attend la résolution des problèmes qui le dépassent, et en même temps source de rancœur et de plaintes : l'hôpital est trop bureaucratique, lointain, les hospitaliers ne sont jamais assez disponibles, coopèrent mal, trop arrogants dans leurs rapports avec les généralistes, les courriers n'arrivent jamais assez vite, les sorties des patients ne se font jamais de manière organisée, les urgences ne sont pas assez réactives...

Étudier l'hôpital comme une organisation totale permet de comprendre la complexité de lieu, des échanges et des interactions qui s'y produisent, cela peut permettre de changer de registre : de passer de la plainte à l'analyse des faits, l'hôpital n'est pas ce qu'il est dans l'unique but de compliquer le travail des médecins libéraux mais résulte de multiples facteurs qui ont chacun une logique rationnelle. Étudier l'hôpital revient à passer de la morale à la science, de la plainte à la proposition d'actions concrètes qui permettraient d'améliorer la relation ville/hôpital.

Rappel historique

Pour tout médecin qui observe un hôpital de nos jours, le rôle de l'hôpital est évident : il s'agit du lieu où les malades sont soignés. Lieu où s'exerce la médecine de pointe : le médecin en est le maître des lieux.

En fait cette évidence cache un long processus historique : l'hôpital comme lieu de soins techniques, performants et spécialisés est le produit d'une histoire avec des conflits, des luttes et des négociations entre de multiples acteurs et non le

produit « naturel » d'une rationalité fondée sur la logique de l'évolution du savoir scientifique (Herzlich).

Les premiers hôpitaux apparaissent en France au Moyen Âge, ils sont appelés « Maisons de Dieu » parce que leur rôle n'est pas de soigner des malades mais, à une époque où misère maladie et infirmités sont étroitement liées, de recueillir les indigents. Il s'agit avant tout d'un asile, d'un lieu de charité envers les pauvres. Les médecins sont donc absents de l'institution, les remèdes essentiels sont un toit pour dormir et de la nourriture pour ne pas mourir de faim.

L'hôpital ne se transformera pas au départ sous l'influence de l'évolution du savoir médical, mais sous l'influence de l'ÉTAT : le pouvoir royal s'inquiète du désordre créé par ces populations marginales. En 1656 est donc créé à Paris l'hôpital général dans l'objectif de regrouper sous une même administration l'ensemble des divers types d'établissements (ceux pour les malades, les pauvres, les mendiants, les vagabonds, les vieillards...). Ainsi l'hôpital commence à s'organiser de manière un peu plus rationnelle, selon une logique qui semble être celle de la bienfaisance, mais qui se double d'une logique de contrôle social. Le pauvre doit être secouru, mais aussi contrôlé.

L'étape suivante est la Révolution : l'Église commence à perdre son rôle au sein de l'institution hospitalière alors que de nouveaux acteurs s'affirment : l'ÉTAT moderne prend conscience qu'il a besoin d'une population en bonne santé tant pour la guerre que pour le prestige sur la scène internationale, et le médecin qui trouve dans l'hôpital le laboratoire idéal pour étudier les maladies, naissance de la médecine moderne à travers la naissance de la clinique (Foucault).

Le visage de l'hôpital commence alors à se transformer peu à peu, les malades y prennent une place de plus en plus centrale, cependant son rôle d'asile ne disparaît pas pour autant, s'il devient de moins en moins un asile de pauvres, il ne devient pas le lieu de référence des malades mais une institution hybride qui prend en charge « les malades pauvres ».

Il faudra attendre le xx^e siècle avec l'apparition du cancer comme fléau social (Pinel) pour que le besoin d'un lieu de soins sophistiqués se fasse sentir. Ce processus aboutira à la naissance de l'hôpital moderne à travers deux étapes : les réformes de 1945 qui donneront à tous les malades, y compris les riches, le droit d'aller à l'hôpital et de 1958 qui, avec la création des C.H.U., font de l'hôpital un lieu scientifique et technique où le

malade peut recevoir des soins sophistiqués et performants : la figure du médecin hospitalier apparaît enfin.

De cette histoire demeure deux faits :

- le rôle de l'hôpital n'est pas uniquement dévolu aux soins mais quadruple : à côté du soin prennent place les fonctions d'asile, de recherche et d'enseignement,
- le processus historique ne s'arrête pas avec la victoire du médecin hospitalier comme si l'évolution pouvait être figée, un nouvel acteur commence à prendre le pas sur le mandarin : le directeur de l'hôpital.

Voir dans l'hôpital uniquement un lieu de soins oblitère le passé et le futur. L'hôpital est autant un lieu de contrôle social que de bienfaisance, la logique scientifique y est de plus en plus régulée par la logique économique.

L'hôpital comme une organisation

Le face à face médecin/malade hante toutes les représentations des soignants, mais il ne correspond absolument pas à la réalité hospitalière qui ressemble plutôt à une bureaucratie au sens qu'en donne Weber. Ce modèle repose sur plusieurs éléments :

- la place essentielle de la hiérarchie,
- la primauté des règles générales,
- l'existence de buts précis et prédéfinis.

Face aux soignants qui justifient leur action en se fondant sur une double logique scientifique et de bienfaisance se rajoute à l'hôpital une troisième logique d'action : la logique bureaucratique. Cela permet d'expliquer la complexité du fonctionnement hospitalier qui, contrairement à une bureaucratie classique, ne respecte pas une autorité unique, les travaux sociologiques montrent que la spécificité des hôpitaux est l'existence d'une double autorité :

- la première de type « bureaucratique » représentée par l'administration,
- la seconde de type « charismatique/traditionnel » représentée par les médecins.

L'hôpital est donc un lieu d'affrontement entre deux logiques qui ont leur légitimité et qui sont toutes les deux à l'origine de l'hôpital moderne :

- la logique rationalisatrice de l'État, incarnée par l'administration locale qui pousse non seulement à intégrer une logique économique mais à avoir une vision globale où il faut planifier, organiser. Le malade y est un perçu comme unité

avec un coût, les maladies comme des réponses à des demandes de soins, les médecins comme une offre de soins à gérer,

- la logique scientifique des médecins qui pousse à répondre à la demande quand elle se manifeste, à accroître les performances du plateau technique, à multiplier les spécialistes médicaux, à développer la recherche. Le malade est alors perçu comme un patient qu'il faut soigner, les maladies comme un objet de prestige et de recherches, les médecins comme les experts seuls habilités à répondre à la demande de soins.

L'hôpital moderne correspond à l'ensemble de ces logiques qui en même temps s'opposent mais sont constitutives des enjeux qui le construisent : répondre aux demandes des malades doit aller de pair avec la gestion des ressources et la planification de l'offre de soins.

L'hôpital comme un lieu de production de soins

Si nous passons du regard macro sociologique au regard micro sociologique, il n'est pas possible de comprendre les actions des acteurs en se fondant uniquement sur leur soumission soit aux règles bureaucratiques soit à l'autorité médicale, chaque acteur garde une part de jugement, d'initiative personnelle et les actions des acteurs se comprennent mieux en utilisant le modèle de l'ordre négocié de Strauss : l'action des acteurs, si elle repose en partie sur la connaissance de rôle prédéterminé à l'avance, du respect de la hiérarchie, de règles générales, de l'état des connaissances, et d'un objectif précis n'est jamais complètement prédéterminée à l'avance, l'action résulte d'un processus complexe d'interactions où l'acteur s'adapte à son interlocuteur et à la situation : la hiérarchie n'est jamais figée, les règles ne sont jamais immuables, les connaissances évoluent toujours, la situation n'est jamais toujours exactement la même, le destin n'est jamais écrit à l'avance (Herzlich).

Les différentes recherches sur l'hôpital menées sur la base d'observations montrent que les actions concrètes des soignants échappent en partie à la logique organisationnelle, le fonctionnement hospitalier, la logique scientifique, la volonté de bienfaisance vis-à-vis des malades. Les actions s'expliquent par de nombreuses négociations internes qui reposent sur quatre logiques :

- le soignant ne travaille pas sur un cadavre mais sur un patient bien vivant capable d'exprimer des volontés,
- les tâches à l'hôpital sont extrêmement variées et s'articulent selon une hiérarchie : du travail noble aux tâches ingrates,
- l'activité médicale ne repose pas sur un savoir

absolu mais relatif, le travail au quotidien des acteurs est donc source de doutes et d'incertitudes,

- l'hôpital est un lieu où règne la multiplicité : multiple autorité, multiple corps de métier, multiple logique.

L'action des acteurs est sous l'influence de ces multiples facteurs, la production du soin ne ressemble donc pas aux productions habituelles, il s'agit d'un objet bien particulier qui échappe aux représentations traditionnelles du colloque singulier. À cette image les sociologues (Strauss) préfèrent substituer celle de trajectoire de maladie.

Comprendre comment se réalise le processus de soins ne doit pas se limiter au processus de guérison après application d'une thérapeutique, la notion de trajectoire implique que pour en arriver là, le patient ne se contente pas de voir évoluer sa maladie mais interagit avec de nombreux acteurs, prendre en compte l'organisation du travail autour du processus de soins permet de comprendre ce que vit réellement le patient et de suivre son évolution.

Strauss propose 7 phases :

- 1 la pré-trajectoire : avant le commencement de la maladie,
- 2 l'amorce de la trajectoire : les premiers symptômes et le diagnostic,
- 3 une phase de crise : la maladie est aiguë, les symptômes intenses, une hospitalisation peut être nécessaire,
- 4 une phase stable : les symptômes sont sous contrôle,
- 5 une phase instable : les symptômes ne sont plus contrôlés par le traitement,
6. le come-back : une phase de rémission pendant laquelle les symptômes sont peu visibles,
- 7 la détérioration progressive : reprise de l'aggravation avant la mort.

Penser en termes de « trajectoire de maladie » a trois avantages :

- remettre en perspective le rôle réel du médecin et montrer l'action de l'ensemble des autres intervenants auprès du patient,
- ne pas penser uniquement en termes de maladie mais en termes « d'organisation du travail »,
- centrer la prise en charge sur ce que vit et ressent le patient.

Le concept de « trajectoire de maladie » permet de penser la globalité de la prise en charge qui repose sur l'analyse de :

- l'influence de la structure de prise en charge (hôpital, clinique, cabinet médical...),
- la vision de l'ensemble des actions et des interactions,
- la prise en compte de ce que vit réellement le patient.

Penser en terme de construction du travail de soins permet donc à la fois aux soignants de mieux saisir le sens de son action, mais d'en saisir les conséquences sur le malade, nous sommes loin du modèle libéral du médecin seul responsable de son malade.

LA SOCIOLOGIE GÉNÉRALE

Notre époque étant marquée par la rapidité des transformations sociales, un des buts de la sociologie est de comprendre et d'analyser ce changement social, de saisir les raisons de son évolution et de son incidence sur le comportement des individus. Le médecin est concerné par ce savoir parce que le patient qui pénètre dans un cabinet ne cesse pas pour autant d'être un individu vivant en société. Ce dernier n'abandonne pas sa manière d'être pour devenir uniquement un malade.

Afin de comprendre l'évolution des comportements, les sociologues ont forgé un certain nombre de concepts qui sont autant de grilles d'analyse de l'évolution de la société. Ainsi des auteurs comme Kaufmann, de Singly, Lahire, Dubet, Giddens ou Beck... , ont réfléchi aux processus de modernité, d'individualisation, d'autonomie, de réflexivité et de confiance, concepts qui leur servent à décrypter les comportements individuels. Appréhender ces analyses permettrait aux médecins de mieux saisir l'évolution de la relation médecin/malade, les nouvelles exigences des patients, le nomadisme, l'évolution du rôle de l'expert dans la société, la place des médias, à regarder autrement la problématique de la compliance, à déconstruire la notion de prestataire de service, à mieux analyser *le burn out syndrom*, l'évolution du comportement des malades...

Deux analyses particulières peuvent permettre au médecin de mieux comprendre l'évolution de sa propre place dans la société

- l'évolution du rôle des experts,
- l'évolution des exigences de la société vis-à-vis des individus.

L'expert

De manière très schématique deux grands princi-

pes servent et ont servi de références et guident l'action :

- la religion,
- la science.

Contrairement aux représentations habituelles ces deux champs ne sont pas si antagonistes que cela mais plutôt complémentaires tant d'un point de vue diachronique que synchronique.

Jusqu'à la Révolution française, le fondement de la société était la religion, le but de chaque individu était d'assurer son salut dans l'au-delà, ce qui se passait sur terre était secondaire. Les experts existaient déjà à cette époque sauf qu'ils n'étaient pas les mêmes qu'aujourd'hui et que leur rôle n'était pas tout à fait identique. Avant la Révolution, la société était peu spécialisée, les individus devaient être capables d'assurer de multiples fonctions. Dans les domaines des idées et de la connaissance les prêtres avaient le rôle dominant et central : ils étaient les experts de la réflexion intellectuelle. À la différence de la société d'aujourd'hui qui est devenue une société de spécialistes, les prêtres étaient la référence pour toutes les questions que se posaient les individus. Ils géraient le rythme de la vie quotidienne avec les prières et les cloches, à travers leurs prêches ils tenaient le rôle de moralistes et de politiciens, à travers les universités, ils géraient la recherche philosophique et scientifique, à travers la confession, ils étaient aussi les psychologues, enfin dans les villages ils assuraient aussi le rôle de médecins.

Après la Révolution la religion perd son statut de modèle de référence, la science petit à petit prend sa place et organise la vie de la société. La logique de croyance ne disparaît pas pour autant, c'est la référence qui change : les individus se réfèrent à la science plutôt qu'à la religion. À cette époque se créent ou s'imposent de nombreuses disciplines scientifiques : la médecine, l'économie, la sociologie, l'anthropologie.

Deux effets de cette évolution : le but de l'individu n'est plus d'aller au paradis, mais d'être heureux sur terre, l'expert n'est plus le prêtre et il n'est plus unique, il y a autant d'experts que de disciplines scientifiques. La santé prend une place capitale et les médecins s'imposent comme les gardiens de ce temple sacré.

La quête du bonheur remplace la quête du salut, les experts et les champs d'expertises se multiplient comme des petits pains, cependant une chose ne change pas : l'omniscience de l'expert, la croyance en l'expert, l'expert a réponse à tout.

Dans la seconde moitié du XX^e siècle deux événe-

ments sont venus remettre en cause la science et les prêtres de la science : la bombe atomique et Tchernobyl.

Peu à peu l'expert est désacralisé et tombe de son piédestal : du politique au journaliste, de l'enseignant au scientifique, du juge au médecin : la confiance n'est plus aveugle, elle est remplacée par le contrôle, les procès et l'évaluation des pratiques.

De nos jours l'image de l'expert omniscient s'efface peu à peu, l'expert ne disparaît pas en tant que tel mais les demandes qu'on lui adresse se modifient :

- le savoir de l'expert n'est pas nié mais limité : l'expert n'a plus réponse à tout, il n'est plus dépositaire du savoir,
- l'idée s'impose peu à peu que chacun est expert de quelque chose dans son domaine (même le patient a son domaine d'expertise).

En conséquence le rôle et la place de l'expert dans la société se modifient : l'expert ne peut plus se contenter de dispenser son savoir avec la certitude d'être écouté voire obéi, il doit accepter de perdre sa position dominante pour s'intégrer à la chaîne de décision, chacun des acteurs de nos jours y participe.

L'expert ne doit plus simplement être maître d'un savoir, il doit aussi le partager, l'expliquer, apprendre à coopérer et à intégrer d'autres logiques que celles qui peuvent être explorées en laboratoire. L'enjeu devient alors un enjeu démocratique : comment trouver une solution pour que tous ces savoirs se coordonnent ?

Un concept à déconstruire : l'autonomie

Cette transformation progressive des rapports experts/profanes prend sens dans une évolution globale de la société.

Depuis l'esprit des lumières, la soumission à l'Église est peu à peu remplacée par la volonté de raisonner par soi-même, de trouver sa propre liberté, de se donner à soi-même sa propre loi. Cette évolution est source d'un regard ambigu : elle est à la fois valorisée avec la magnification de la responsabilité individuelle et critiquée avec la stigmatisation des excès de l'individualisme.

Une vision classique ferait de la société moderne un lieu d'opposition frontal entre l'individu et la société avec comme antienne symbolique la rupture du « lien social ». La modernité correspondrait à une assemblée d'individus égoïstes qui s'entrechoqueraient les uns les autres dans une compétition infinie survivant dans un corps social

structuré. Dans cette vision le concept d'individualisme est confondu avec celui d'autonomie.

La sociologie actuelle (Lahire, Kaufmann, Dubet, De Singly) propose un système plus complexe. Pour ces derniers, si l'autonomie et la recherche de soi sont bien au centre de la modernité, l'autonomie ne provient pas d'une rupture de lien social mais de sa multiplication. L'autonomie des acteurs est une production du social. Dans les sociétés traditionnelles l'individu vit dans un petit univers clos, ses choix sont limités : il se soumet à la communauté ou la quitte. Dans la société moderne, l'individu vit dans un monde vaste et ouvert où les idées se confrontent (la famille, l'école, la télévision, Internet, les voyages...), les choix sont multiples, il peut se référer ainsi à de nombreux modèles et continuer à vivre dans la société sans pour autant suivre un chemin prédestiné.

L'autonomie résulte aussi bien de la possibilité que de l'obligation de s'inventer sa propre identité à travers la multiplicité des chemins possibles. L'individu moderne n'est ni rejeté ni accepté dans sa globalité, l'idéal étant qu'il soit capable, à partir des différents repères proposés, de s'inventer lui-même.

Pour un auteur comme Ehrenberg, nous sommes passés d'une communauté traditionnelle où la collectivité favorisait le respect de l'ordre social, à une société moderne qui valorise l'autonomie et la liberté comme valeur de référence pour chaque individu : la responsabilité individuelle est valorisée et la dépendance stigmatisée.

L'individu de nos jours est toujours soumis à une pression de la collectivité, le respect des tabous est remplacé par quatre nouveaux commandements :

- connais-toi toi-même et trouve ta vraie personnalité,
- sois toi-même et décide par toi-même,
- fais-toi plaisir,
- mais surtout ne prend pas de risque, ta vie est unique et tu ne dois pas la mettre en danger.

Pour Ehrenberg cette évolution a pour conséquence de passer d'une « société de névrosés » à une « société de dépressifs ». En effet, symptôme à la base, la dépression est devenue maladie à part entière. Avec l'idéalisation de l'autonomie des acteurs, la société adresse à chaque individu un message paradoxal : « Je t'ordonne d'être libre ». Entre valorisation de l'autonomie (éducation des patients, responsabilisation de l'individu) et besoin de dépendance (réassurance, recherche de conseils, besoin de confiance, doutes permanents, angoisses...), le médecin se retrouve au centre d'un nœud d'exigences, confronté aux demandes

des patients et aux règles qu'impose la société.

En conclusion : le concept d'autonomie traverse l'évolution de la pratique des médecins et explique sur plusieurs points les nouveaux enjeux des médecins :

- l'évolution de la relation médecin/malade dans une société qui valorise l'autonomie : le malade ne veut plus et ne peut plus se soumettre simplement au savoir de l'expert,
- l'autonomie n'étant pas un simple calque de l'individualisme, le patient ne souhaite pas devenir client d'un prestataire de services, mais partenaire dans une relation où les enjeux de l'ensemble des acteurs sont pris en compte,
- à travers les notions d'éducation des malades, le médecin devient le relais inconscient des exigences de la société vis-à-vis de chaque individu, le malade doit être capable de se prendre en charge lui-même et ne doit pas rester assisté,
- le médecin est aussi celui qui prend en charge ceux qui, selon l'expression d'Ehrenberg, sont « fatigués d'être eux-même » et revendiquent sans pouvoir l'assumer autrement que par la maladie, le droit à ne plus être responsables.

L'APPROCHE PRATIQUE

A ce stade de l'exposé, seul le lecteur est capable de décider si l'auteur a répondu ou non à la question centrale « **quels sont les apports concrets des sciences humaines à la médecine générale ?** ».

Par définition les lecteurs ne sont pas uniques et ont des attentes variées. Pour certains la présentation théorique est suffisante, pour d'autres la théorie proposée ne reste qu'une spéculation intellectuelle sans application pratique, ils veulent des réponses précises à des questions précises qui les aideraient à mieux gérer leur patient au quotidien.

Cependant, de même que les médecins dépendent de leur champ disciplinaire et traduisent les demandes de leur patient en fonction de leur savoir sans y répondre directement, de même le sociologue ne peut répondre aux médecins qu'au travers de la logique de sa discipline : le sociologue observe des faits, théorise des situations, propose des concepts mais il ne donne pas de recettes précises adaptées à chaque contexte. Le médecin doit être capable de piocher dans les théories sociologiques pour répondre aux questions du quotidien.

Cependant, de même que le médecin peut se contenter d'appliquer son art sans trop se soucier de la demande des patients ou, à l'inverse, s'appliquer à prendre le temps de répondre à l'ensemble

des questions que lui pose le patient, de même le sociologue théorique peut paraître trop abstrait et doit descendre observer plus finement le terrain.

En reprenant les quatre chapitres de la sociologie de la santé, il est possible de répondre au lecteur qui demande plus de concret à travers des exemples :

LA SOCIOLOGIE DE LA MALADIE

Les médecins qui passent leur temps à soigner des maladies sont évidemment capables de définir ce qu'est une maladie. De plus, le rhume, par exemple, est une expérience commune et les médecins partagent avec leurs patients la définition commune : les maladies sont des états affectant le corps d'un individu.

La maladie serait exclusivement une affaire de biologistes, elle serait le reflet de l'ordre naturel avec comme qualité d'être éternelle, universelle et immuable. Chaque maladie attendant bien sagement qu'un médecin de génie la découvre.

L'approche sociologique permet d'opérer une rupture avec la conception selon laquelle la maladie serait une réalité uniquement décriptable sur le plan biologique. Comme nous l'avons montré, la maladie n'a de sens que dans un espace-temps bien défini, les maladies se définissent de deux manières :

- Biologiquement,
- socialement.

L'approche sociologique opère aussi une rupture avec la notion de découverte des maladies. Les maladies ne sont pas découvertes mais inventées au cours d'un processus que les sociologues qualifient de **construction sociale des maladies**. Ce processus ne nécessite pas de microscope mais résulte de conflits entre de nombreux acteurs (les chercheurs, les médecins, les malades, les laboratoires, les patients, les familles, les caisses de sécurité sociale...), ces âpres négociations aboutissent à la création progressive d'un corpus de pathologies, corpus évolutif par définition.

Ce processus de construction sociale des maladies concerne l'ensemble de la nosographie et non pas uniquement les maladies dites psychosomatiques.

Un exemple de construction sociale : angor ou maladie coronaire? (Good)

Les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité en France et la première parmi elles est la maladie coronaire (MC). En l'absence de traitement, l'angine de poitrine évolue vers l'infarctus du myocarde (IDM) qui

conduit à la mort cellulaire d'une partie du muscle cardiaque.

La maladie coronaire se définit parfaitement selon le modèle bio-médical :

- la MC résulte d'une modification physiologique, fonctionnelle, et pathologique du muscle cardiaque qui souffre par manque d'oxygénation. La MC est provoquée par un flux sanguin insuffisant dans les artères coronaires atteintes d'athérosclérose.
- l'IDM représente pour le médecin la maladie « noble » par excellence, celle qu'il faut toujours savoir diagnostiquer.

Il est possible cependant de se demander pourquoi il existe deux expressions pour nommer une maladie dont la définition est claire :

- Angine de poitrine/Angor,
- Maladie coronaire.

Pour répondre à cette question, il faut comprendre le processus de construction sociale de la maladie coronaire.

1^{re} étape : XVIII^e siècle : la découverte

Un médecin, William Heberden, décrit pour la première fois cette pathologie qu'il baptise ANGINA PECTORA. Un débat s'ouvre rapidement : deux modèles explicatifs s'opposent : l'un subjectif lié à l'expérience propre du patient, et l'autre sur l'information objective mécaniste observée par le médecin :

- certains praticiens ont défini l'angor comme l'expérience d'une douleur thoracique et des symptômes associés sans référence à une anomalie physiopathologique sous jacente : un angor se traduit par ces symptômes, en ce sens il s'agit d'un trouble du patient.
- à l'autre extrême, d'autres définissent uniquement l'angine de poitrine comme la conséquence de lésions localisées.

Le décor de la controverse est posé : Angor, **symptôme ou lésion spécifique ?**

2^e étape : XIX^e siècle : le doute

La première définition de la pathologie a été exclusivement clinique. Dans les décennies qui ont suivi, beaucoup d'autopsies ont été pratiquées pour relier le ressenti du patient à une lésion observable sur le cadavre.

Une certaine corrélation entre clinique et lésion anatomique est établie. Cependant l'observation anatomo-pathologique ne peut pas trancher, trop

d'ambiguïtés persistent :

- dans de nombreux cas le diagnostic d'angor a été posé et aucune lésion cardiaque n'a été retrouvée,
- à l'inverse de nombreux cadavres ont montré des lésions anatomiques sur des patients qui n'ont jamais souffert d'angine de poitrine.

En l'absence de lien scientifiquement prouvé entre clinique et lésion anatomique, les médecins du XIX^e ont conclu qu'il était impossible de classer l'angor parmi les maladies. Elle a été classée parmi les symptômes. L'angine de poitrine a été définie comme un trouble fonctionnel : un déséquilibre de la fonction cardiaque dont l'origine demeure inconnue : modification vague non spécifique du système nerveux ou pathologie cardiaque ?

3^e étape : début du XX^e siècle : la quasi certitude

En 1920 la découverte de la thrombose coronaire transforme l'angor en maladie coronaire. La lésion gagne sur le symptôme, la définition de la pathologie se déplace vers une définition anatomique. La maladie coronaire devient une entité clinico-pathologique qui commence par l'occlusion progressive de l'artère coronaire et qui aboutit à la mort d'une partie du muscle cardiaque par asphyxie quand l'occlusion est supérieure à 70 % (IDM).

La thrombose coronaire propose enfin un mécanisme physiopathologique cohérent et scientifique et « sauve » l'angor de son statut hybride. Cette démarche a été approuvée par une grande majorité de la profession médicale. Cependant une minorité l'a refusée et est entrée en résistance contre cette **rationalisation excessive**. Ces médecins ont refusé **la réduction de l'angor à la MC**.

Pour le Dr Roberts : « l'angor est une douleur thoracique paroxystique liée ou non à une maladie cardiaque ou aortique démontrable... associée à une sensation de danger ou de mort imminente ».

Roberts réaffirme la place du symptôme et refuse tout lien systématique entre clinique et lésion. En insistant sur « la sensation de peur » que génère la douleur, il rappelle que l'angor ne peut être réduite à des lésions anatomiques puisqu'elle reflète la réaction totale d'un individu.

Dans cette logique Roberts privilégie la maladie de l'individu sur la lésion spécifique, un homme souffrant d'angine de poitrine ne se réduit pas à une lésion anatomique. **Le patient est angineux**. Roberts ne voulait pas **subordonner un événement complexe**, la souffrance d'un individu, à un **événement anatomique**.

Malgré cette opposition le modèle ontologique triomphe complètement en 1950.

4^e étape : la seconde moitié du xx^e siècle : le retour du modèle holiste

Dans cette seconde moitié de siècle, le modèle de la maladie coronaire s'affine avec les découvertes technologiques telles que la coronarographie, le diagnostic devient certain :

- ceux qui ont une lésion anatomique se voient confirmer le diagnostic d'angine de poitrine,
- ceux qui n'ont pas de lésion n'ont pas d'angine de poitrine.

La lésion semble l'emporter sur le symptôme et le vécu du patient. Cependant une nouvelle étape devait être franchie. Après s'être centrés sur la recherche du mécanisme physiopathologique, les médecins ont cherché à savoir de quelle manière se forme la thrombose. Le concept de cause prédisposante est apparu. Les premières causes prédisposantes identifiées sont :

- l'hérédité,
- l'alcool,
- le tabac.

Dans cette logique le concept de facteur de risque émerge dans les années 1950. La MC rebascule en partie du côté du malade. La MC devient la conséquence des mauvaises habitudes du patient ou de l'évolution de la vie moderne (l'augmentation du stress, de la tension et du désir d'efficacité).

Rechercher et éliminer les facteurs de risque devient une priorité du médecin. Cette approche remet à l'ordre du jour la vision globale de Roberts et les préoccupations sur les styles de vie de la personne. Pour prévenir la MC, contrôler les facteurs de risque devient essentiel. Le patient doit modifier son mode de vie :

- marcher au lieu de prendre sa voiture,
- faire un régime,
- éviter le stress,
- arrêter de fumer,
- traiter son HTA, son diabète.

L'aspect holiste a été reformulé à travers le concept du facteur de risque. L'individu est à nouveau central.

Conclusion : victoire ontologique ou holiste ?

Une maladie qui se construit en plusieurs étapes :

- une maladie clinique définie par des symptômes : l'angor,
- une maladie anatomique définie par une lésion

anatomique : la MC,

- une maladie qui se définit par la constitution de l'athérosclérose,
- une maladie qui se définit par des facteurs de risque.

Conséquence pratique

Faut-il :

- accorder plus d'importance à l'expérience individuelle du patient ?
- voir la MC uniquement comme un processus physiopathologique universel ?

Est-ce une question de posture, de regard ou de type d'action ?

- le cardiologue doit traiter et agir sur la lésion constituée. La maladie est centrale. Pour le cardiologue la MC intègre avant tout le modèle bio médical,
- le médecin généraliste doit prévenir l'apparition de la pathologie, contrôler les facteurs de risque est essentiel. L'individu est central. Pour le médecin généraliste la MC intègre avant tout le modèle holiste.

Entre les conceptions ontologique et holiste, les médecins et les patients continuent de négocier une frontière toujours mouvante entre l'individu et la maladie.

LA SOCIOLOGIE DES MALADES

Les médecins qui savent définir si facilement les maladies définissent le malade de manière tout aussi aisée : il s'agit d'un individu qui souffre d'une affection biologique. Derrière cette définition centrée sur la maladie, le malade reste un éternel inconnu qui cependant a la capacité d'user le médecin à travers le burn out syndrom.

Une enquête de terrain observant les relations médecin/malade peut un peu lever le voile et montrer qu'il est possible de s'adapter au patient sans pour autant se perdre dans la variété infinie des personnalités.

S'intéresser à la personne derrière le malade comporte pour le médecin un redoutable piège :

- soit il imagine un malade moyen, affecté de manière identique par un processus biologique, et il est légitime pour appliquer le savoir théorique et général appris à la faculté, au risque d'une caricature de la réalité,
- soit il imagine que chaque maladie s'exprime de manière différente dans chaque malade, il est alors certainement plus proche de la réalité, mais à ce moment-là sur quel savoir se fonde-t-il pour appliquer une théorie générale ?

Pour éviter ce piège, les sociologues proposent un outil: la typologie. Les malades ne sont ni uniques ni multipliables à l'infini. Il est possible de les catégoriser et donc de s'adapter un tant soit peu à leur attente sans perdre trop de temps ni de l'opérationnalité qui caractérise l'efficacité de la médecine moderne.

L'étude de terrain et l'observation des faits permettent donc de comprendre ce que vit le médecin tous les jours avec ses patients et de créer cette typologie (Lustman).

Variabilité des attentes

Le médecin s'attend à être jugé par le patient en fonction de ses compétences cliniques et de son efficacité thérapeutique. Ceci ne correspond pourtant pas à la réalité. Le patient le juge en effet sur de multiples critères. Les attentes des patients sont multiples, variées et complexes:

- l'attente de base: être guéri rapidement sans être dérangé dans son quotidien,
- volonté que leur problème soit pris en charge, en mélangeant modèle bio-médical et modèle holiste,
- de l'attention, de la gentillesse et de la considération,
- un diagnostic, un nom de maladie,
- l'origine de la maladie,
- une attente controversée: le conseil,
- une seconde attente controversée: la demande d'information,
- une troisième attente controversée: le dialogue.

Pour le sociologue l'ensemble des attentes du patient peut être résumé par un concept: la « réassurance ».

Les questions principales auxquelles doit répondre le médecin: « Est ce grave ou non ? » « Peut-on faire quelque chose ou non ? » « Ma vie va-t-elle changer ou non ? ».

Trois profils de patients idéaux types

- **les patients du passé: le médecin comme autorité**
 - ils sont plutôt âgés, plutôt employés ou ouvriers,
 - ils ne veulent rien comprendre, rien savoir, ils veulent être guéris,
 - ils obéissent sans critiquer ou désobéissent en silence,
 - ils ne changent pas de médecin,
 - ils ne posent pas de questions et ne demandent pas de conseils,
 - ils ne s'informent pas et font totalement confiance au médecin,
 - ils n'acceptent pas que les médecins puissent montrer les limites de leur savoir.

- **les patients du présent: le consumérisme**

- ils sont plutôt jeunes ou d'âge moyen, appartiennent à toutes les catégories sociales,
- ils veulent être guéris vite, ils ne supportent pas d'être malades,
- ils critiquent le médecin et discutent s'ils ne sont pas d'accord,
- ils changent souvent de médecin, font du nomadisme médical,
- ils posent des questions, mais ne demandent pas de conseils,
- ils s'informent et lisent tous les médias sur la santé, ils ont une confiance relative envers le médecin,
- ils acceptent les limites du médecin, mais non de la médecine: si un médecin ne sait pas, un autre saura.

- **les patients du futur: la gestion de l'offre médicale**

- ils sont jeunes, plutôt étudiants, C.S.P. plutôt supérieure,
- ils veulent comprendre leur maladie, comprendre ce qui se passe en eux,
- ils dialoguent avec le médecin, ils aiment l'échange,
- ils ont deux types de médecins, le vrai celui qui compte, celui de passage pour les petites maladies,
- ils posent des questions et demandent des conseils,
- ils s'informent et lisent les médias, mais font une totale confiance au médecin qu'ils ont investi,
- ils acceptent les limites du médecin, le médecin qui ose dire « je ne sais pas » est un bon médecin pour eux, car il cherche, et de plus il est sincère et honnête.

LA SOCIOLOGIE DES PROFESSIONS

De même que les médecins définissent aisément malade et maladie, leur rôle semble tout aussi évident: « la médecine a pour fonction de décrire les maladies en termes objectifs et tenter de les traiter ».

La relation médecin/malade est complètement absente de cette définition, or nous avons vu qu'il existe plusieurs types de malades, et qu'il existe plusieurs types de médecins, ces typologies prennent sens dans l'interaction qui peut se nouer entre le médecin et le malade, et nous pouvons en conséquence supposer que des typologies de malades et de médecins génèrent plusieurs modèles de relation médecin/malade. Modèles que le médecin devrait connaître afin de choisir quel type de pratique lui convient le mieux.

Un modèle consensuel de relation médecin/malade : Parsons

Talcott Parsons part d'une hypothèse : médecin et malade ont le même but : la guérison.

À partir d'observations, Parsons déduit un modèle qui permet de comprendre la relation médecin/malade. Il analyse le rôle et la place de la maladie et de la médecine dans la société :

- la **santé** est nécessaire au bon **fonctionnement** de la société : l'individu est un **travailleur**, il doit être en bonne santé,
- un individu malade ne peut plus travailler et assumer ses rôles sociaux, en conséquence la maladie est **une déviance**, un trouble de l'ordre social,
- la médecine est l'institution moderne qui permet de gérer **en douceur** cette menace, en proposant un compromis :
- elle donne au malade le droit de **s'exempter de ses responsabilités** pendant un temps court,
- elle fait cesser au plus vite le scandale de la maladie afin que les intérêts de la société soient préservés,
- la médecine joue un rôle de contrôle, de **régulation sociale**,
- ce rôle est **bénéfique** : le malade peut se soigner et la société retrouve rapidement un travailleur.

Dans cette analyse la relation médecin/malade est quelque chose de très simple :

- les patients ont besoin des médecins et viennent leur demander leur aide,
- les médecins sont des bons professionnels compétents, altruistes et dévoués (*serment d'Hippocrate*).

Ce modèle est :

asymétrique : le médecin possède la compétence, le patient est un ignorant,

consensuel : chacun accepte le rôle de l'autre, puisqu'ils sont complémentaires : le patient souhaite guérir et le médecin a le savoir qui permet de soigner.

Dans ce modèle consensuel malade et médecin respectent de façon inconsciente des rôles :

Rôle du malade :

deux droits :

- être reconnu comme malade et, le temps de sa maladie, exempté de ses responsabilités,
- avoir accès à une aide et une assistance pour guérir.

deux devoirs :

- vouloir guérir et considérer la maladie comme indésirable,

- obligation de rechercher une aide compétente et de coopérer avec le médecin.

Rôle du médecin :

- être compétent professionnellement,
- ne pas abuser de son autorité,
- être spécifique et se limiter à soigner les maladies,
- ne pas chercher à créer des liens personnels entre lui et le patient, la médecine doit être fondée sur des règles abstraites qui s'appliquent à tout le monde, le médecin doit respecter une logique de neutralité affective,
- être dévoué à la collectivité, ne pas avoir d'autres motivations que le bien de ses patients,
- avoir une vision universelle et traiter tous les malades de la même manière sans distinction de sexe, d'âge, de classe sociale ou d'ethnie.

Dans ce modèle, la médecine joue un rôle tout à fait particulier dans la société moderne : contrôler en douceur les maladies et rétablir l'ordre social. En mettant fin « au scandale de la maladie », le médecin remet le patient au travail. Le malade est avant tout celui qui ne produit plus, la société lui reconnaît le droit d'être malade, à la seule et unique condition qu'il guérisse rapidement et reprenne sa place et ses rôles au sein de l'ordre social.

Dans ce modèle aucun problème de relation médecin/malade : chacun respecte son rôle.

Ce modèle est contredit par les faits :

- il est adapté aux maladies aiguës, mais pas aux maladies chroniques,
- la relation médecin/malade n'est pas complètement asymétrique : le patient n'est pas un acteur passif et ignorant,
- le patient n'obéit pas toujours,
- les médecins ne sont pas universels et ne traitent pas tous les malades de la même manière,
- la relation médecin/malade n'est pas toujours consensuelle, de nombreux conflits sont possibles.

Un modèle conflictuel de la relation médecin/malade : Freidson

Dans les années 1970 dans un contexte de revendication générale et de remise en cause des experts, un nouveau modèle de la relation médecin/malade est proposé. Ce modèle est théorisé par E. Freidson, un sociologue interactionniste de l'école de Chicago dans son ouvrage « La profession médicale ».

Ce modèle s'appuie sur une hypothèse : les différents groupes sociaux (les malades/les médecins) ont des intérêts divergents et s'opposent.

Un modèle qui oppose des professionnels à des profanes. Pour Freidson, le médecin n'est pas altruiste, universel, dévoué à la collectivité et possède des enjeux propres : son unique souci n'est pas le malade. Pour Freidson les médecins constituent un groupe social comme les autres avec ses intérêts propres. Le plus important est de protéger la profession médicale contre le risque de perdre son monopole sur la santé. Deux dangers :

- le public (il faut imposer, en cas de maladie, le recours au médecin),
- la concurrence (religieux, voyants, rebouteux, sorciers...).

Dans cette logique, la relation médecin/malade n'est pas consensuelle, de nombreux conflits sont possibles :

- opposition : culture professionnelle/culture profane (le médecin perçoit le malade et ses besoins en fonction du savoir acquis lors de sa formation. Le patient, quand il consulte, a déjà son idée reposant sur une tradition culturelle, disposant d'informations glanées à droite ou à gauche),
- opposition : logique de soin/respect de la vie quotidienne du patient (le diagnostic entraîne une logique médicale (examen, traitement), le patient a une autre logique : se soigner tout en respectant les exigences de sa vie quotidienne),
- autonomie professionnelle/autonomie du patient : lutte de pouvoir : qui décide ?

Pour résumer : les médecins sont en lutte permanente pour conserver leur autonomie, les patients pour être écoutés et considérés. Nous ne sommes pas dans un modèle consensuel mais dans un modèle conflictuel. Ce modèle transforme la relation médecin/malade, ce qui simplifie et caricature la réalité. De manière paradoxale, en présentant le patient comme une victime du pouvoir médical, il rejoint le modèle de Parsons sur un point : le malade serait réduit à l'état d'impuissance, à la différence près que pour Parsons cette impuissance correspond à l'asymétrie des savoirs, le patient doit se soumettre, alors que pour Freidson cette impuissance correspond à un abus de pouvoir, le patient est une victime qui doit lutter pour retrouver sa place afin d'être entendu.

Un modèle négocié de la relation médecin/malade : Strauss

Parsons et Freidson permettent d'observer plusieurs facettes de la réalité complexe de la relation médecin/malade, mais ils posent tous les deux que le patient est impuissant. A. Strauss montre dans son ouvrage « La trame de la négociation » que le patient n'est pas si impuissant que cela.

A. Strauss se fonde sur une autre hypothèse : les

patients ne sont jamais réduits à l'état d'impuissance, ils possèdent une grande marge de manœuvre qu'ils utilisent en permanence : les patients passent leur temps à négocier.

Définition : négocier c'est reconnaître l'existence de l'autre, lui donner la parole, l'écouter, essayer de trouver un compromis qui tienne compte des intérêts de tous les participants.

Le modèle de « l'ordre négocié » :

négociation entre soignants :

Négociation permanente entre médecins et médecins, médecins et paramédicaux :

- avec le radiologue pour obtenir un scanner en urgence,
- avec un confrère pour obtenir une consultation en urgence,
- à l'hôpital entre médecins et infirmières pour le meilleur traitement, le jour de sortie.

négociation avec le patient :

Les patients profitent de chaque possibilité qui leur est offerte pour négocier dans les cabinets médicaux :

- Docteur, vous êtes sûr que les antibiotiques sont bien nécessaires ?
- Docteur, pour guérir il me faut des antibiotiques !
- Docteur, vous me prescrivez ce médicament en pilule, mais je préfère en sirop,
- Dites docteur, si vous preniez le rendez-vous à ma place, vous ne croyez pas que cela irait plus vite ?

Le modèle de l'ordre négocié repose sur 4 caractéristiques :

- les positions hiérarchiques ne sont pas figées, il n'existe pas de suprématie définitive,
- le destin n'est pas écrit, les choses ne sont pas prédéterminées mais se constituent au cours du processus de négociation,
- l'ordre qui se met en place entre les différents acteurs n'est jamais définitif et peut toujours être renégocié,
- le temps est une donnée essentielle de la négociation, il permet un processus d'apprentissage. Des acteurs, soumis dans un premier temps, peuvent acquérir leur autonomie dans un second temps.

Conclusion

Parsons et Freidson ont travaillé sur une relation moyenne type et n'ont pas tenu compte de la pluralité des situations possibles :

- Dans la *maladie aiguë*, l'espace de négociation est limité. Pour guérir, il suffit de prendre un trai-

tement sur une durée courte,

- Dans la **maladie chronique**, il faut convaincre les patients de suivre un traitement au long cours ; il ne suffit pas de donner un traitement, il s'agit aussi de convaincre le malade de changer de vie, de respecter de nouvelles règles. Le but poursuivi n'est pas le même, il ne faut pas faire obéir le patient mais le transformer en partenaire, le patient doit être éduqué afin de devenir « auto soignant ».

LA SOCIOLOGIE DE L'ACTION ORGANISÉE

Le médecin de famille de campagne, travaillant seul dans son cabinet, confronté à la misère du monde, prenant seul en charge sur ses épaules, à la fois la maladie de tout un chacun, mais aussi la souffrance psychologique aussi bien personnelle que familiale, correspond à une image idéale encore largement répandue de nos jours. Dans cette image d'Épinal le médecin est un héros des temps modernes, un expert bienveillant qui règne sur un domaine bien particulier les maladies et les malades. Pour mieux comprendre cette étrange profession le sociologue devrait en toute logique se contenter d'étudier d'un point de vue social, les maladies, les malades et les médecins. Cette démarche suppose deux hypothèses :

- la permanence et la validité du modèle du « **colloque singulier** » en tant que référence de prise en charge dominante des patients. Modèle où tout se passe dans le face à face entre un médecin et un patient, le médecin est alors le principal responsable du devenir du patient,
- il suffit d'appliquer un savoir expert, une offre de soin, reposant sur les données validées par la science pour que d'emblée la santé et la qualité de vie des populations s'améliorent. Le rôle du médecin se limite à appliquer son savoir expert sur les maladies.

Ces deux hypothèses supposent que le médecin soit un expert reconnu de toute évidence, que les méthodes qu'il propose sont d'emblée viables et que le savoir s'applique de lui même en toute rationalité. Or l'observation des faits montre que l'image du médecin de famille est une belle image d'Épinal et qu'il ne suffit pas de proposer une offre de soin pour qu'automatiquement la qualité de vie des populations s'améliore. Prenons un exemple concret : le médecin est toujours seul dans son cabinet face à son patient, mais il n'est plus le seul acteur : au modèle du « **colloque singulier** » s'adjoint de plus en plus le modèle « **du travail en coopération** ». En tenant compte de ces nouvelles hypothèses, le sociologue, qui entend étudier l'ensemble des pratiques, doit étendre sa réflexion à de nouveaux champs. Il peut par exemple :

- étudier la manière dont les professionnels de santé travaillent les uns avec les autres et explorer ainsi : les limites, les enjeux (d'identité, d'autonomie, de concurrence) les difficultés concrètes, les résistances...
- étudier l'impact du système de santé sur les populations, de quelle manière le système médical s'intègre dans le champ des représentations sociales.

Pour terminer cet article, il nous semble important **d'ouvrir la réflexion sur tout ce qui se passe en dehors du cabinet**. L'impact de la médecine sur la société ne se limite pas à la relation médecin/malade. Un premier exemple portera sur le travail en coordination des médecins généralistes, un second sur l'impact du système de santé sur les populations.

Le travail en coordination

Le médecin obtient son diplôme en faisant la preuve aux yeux de ses futurs pairs qu'il a acquis un corpus de connaissances qui lui permet de diagnostiquer et de repérer des maladies. Le reste de l'activité médicale ne nécessite pas de formation particulière : il suffit de s'installer de poser « sa plaque », et le médecin est à pied d'œuvre.

Cependant dans les faits de nombreuses questions se posent :

- médecine salariée ou médecine libérale ?
- cabinet de groupe ou exercice solitaire ?
- proposer des rendez-vous, ou porte ouverte ?
- utiliser ou non une secrétaire ?
- où s'installer ? Comment s'installer ?
- comment se créer le carnet d'adresses des correspondants ?
- etc.

Il est aussi une question qui n'est pas conceptualisée en elle-même mais qui est au cœur de la pratique : comment travailler avec les confrères ? Comment les généralistes peuvent-ils travailler avec les spécialistes ? À cette question les médecins répondent de manière différente, il est possible d'établir une typologie (Lustman/Vega/Saradon) :

- **les médecins « moralistes »** : le travail en coordination va de soi, un bon médecin doit travailler en respectant ses confrères sinon il n'est pas professionnel,
- **les médecins « anxieux »** : le travail en coordination est une inconnue ; les attentes des confrères semble incompréhensibles, un trou noir, comprendre semble impossible et ne pas comprendre est source de souffrances (question de spécialiste : pourquoi tel médecin généraliste ne m'adresse plus de patient ?),
- **les médecins « relationnels »** : le travail en coordination ne va pas de soi, mais n'est pas

non plus incompréhensible. Il doit faire l'objet d'une réflexion personnelle ou avec les autres acteurs de la profession, d'étude et de formation qui permettraient à chaque médecin de saisir les attentes des confrères et de s'y adapter en acceptant de comprendre que chacun agit en fonction de sa situation.

La question est pourtant si peu anodine que l'ÉTAT a fait le constat que le travail en coordination dysfonctionne et propose, voire impose, ses solutions :

- carnet de santé,
- dossier médical partagé,
- médecin référent,
- médecin traitant,
- création de réseaux formalisés.

Ces réformes sont promues avec différents succès, mais sans état des lieux de ce qui existe déjà, donc sans élaboration d'un savoir sur la manière dont les médecins travaillent ensemble, tout en se fondant sur l'hypothèse que seul le travail en collaboration permet une coordination efficace entre les différents acteurs du système de santé.

Observer le travail au quotidien des médecins permet de comprendre qu'il est difficile de proposer un idéal à atteindre sans le définir exactement et que dans les faits les médecins utilisent plusieurs modes de travail en coordination (Lustman/Vega/ Saradon) :

- la collaboration,
- la coopération,
- l'instrumentalisation,
- la négociation.

La collaboration : une forte implication personnelle

La « collaboration » se rapproche le plus de l'idéal du « travailler ensemble ». Elle est associée à l'idée de relations privilégiées, « étroites » avec les autres acteurs, qui sont unis par des liaisons permanentes et utiles, à la fois nécessaires et électives, impliquant des actions durables.

L'idée de collaboration implique une bonne connaissance réciproque, des rencontres directes en face à face, le partage, l'échange, les confidences, le travail en équipe, la formation commune, l'élaboration de nouveaux savoirs en commun, des réflexions partagées et aussi de relations qui ne se limitent pas aux échanges professionnels.

Une relation de collaboration se fonde donc sur :

- une relation de confiance de personne à personne,
- une relation de confiance dans la compétence

professionnelle,

- un support de communication : des rencontres réelles,
- l'importance secondaire de la proximité,
- la recherche d'autonomie n'a pas sa place,
- la négociation est centrale.

Dans une logique de collaboration, le soignant peut montrer ses failles, ses doutes et ses faiblesses, il accepte en outre que l'autre l'influence et acquiesce à ses propositions sans chercher à les discuter ni à les contrôler.

La pluralité et l'intensité des échanges font de la collaboration un mode de relation consommateur d'énergie (et de temps) pour les partenaires de la relation, nécessitant une démarche volontaire et partagée par chaque acteur.

La coopération : une relation occasionnelle

La coopération est le fait de travailler avec un autre dans « l'acceptation temporaire et provisoire d'une certaine interdépendance » entre les acteurs. La coopération serait donc, comme la collaboration, une manière de travailler ensemble mais de façon beaucoup moins étroite, chacun gardant ses distances et son autonomie.

La coopération se fonde sur :

- une relation de confiance de personne à personne, mais la personne en tant que telle est secondaire,
- une relation de confiance sur la compétence professionnelle,
- un support de communication : courrier, un peu le téléphone et aucune rencontre directe,
- une importance centrale de la proximité,
- des inter-influences réciproques limitées, l'autonomie de chacun reste centrale,
- une négociation peut exister mais de manière limitée et ponctuelle.

Il faut qu'il existe entre les deux « coopérateurs » un certain degré de confiance, mais celle-ci est limitée à la compétence professionnelle. Chacun respecte la façon dont l'autre travaille mais refuse de se laisser influencer par ses méthodes, ou alors à la marge et de manière ponctuelle, sans qu'il puisse y avoir remise en cause de ses pratiques et de sa propre vision des soins. Les propositions du partenaire seront plus ou moins acceptées, elles seront discutées et contrôlées. Le respect de la part d'autonomie de chaque acteur semble un enjeu primordial : chacun entend rester maître de son exercice, l'autre n'émet qu'un avis qui sera plus ou moins intégré dans la prise de décision, la négociation demeure possible, mais elle reste limitée.

L'instrumentalisation : utiliser à son profit

À notre connaissance, les recherches se sont peu intéressées à ce mode de relation professionnelle. Cependant notre travail de terrain montre l'importance de cette troisième manière de travailler ensemble où l'autre est nié en tant que personne. Chacun des partenaires se sert de l'autre en l'objectivant, l'autre n'est identifié qu'à son rôle professionnel, il est là uniquement pour rendre un service, souvent un geste technique (« une radio », « une fibro », « un pansement », « une rééducation »).

La relation peut se caractériser de cette façon :

- aucune confiance de personne à personne,
- confiance dans la compétence professionnelle mais vague et non approfondie,
- support de communication : ordonnance ou courrier,
- la proximité est le fondement du travail en coordination,
- l'autonomie est totale,
- la négociation absente.

La proximité d'abord et la compétence ensuite demeurent les seuls critères de l'élection. La relation passe par le patient et se tisse uniquement sur le mode professionnel. Le généraliste organise, contrôle et décide seul de la stratégie thérapeutique, son autonomie est totale. Cependant, si le partenaire n'a pas le choix de la tâche à exécuter, il dispose lui aussi d'une entière autonomie dans la manière de l'effectuer, l'instrumentalisation étant avant tout une absence complète de négociation.

La négation : l'absence de relation

Si les différentes études évoquent les modes de relations professionnelles considérées comme positives (collaboration, coopération), elles évoquent « le non-travail ensemble » uniquement à travers les tensions et les conflits considérés comme des obstacles à une bonne pratique, posant implicitement le travail en coordination comme la « bonne » norme. L'autre n'est pas reconnu en tant que tel, il est nié non seulement en tant que personne, mais aussi que professionnel.

Cette absence de relation est fréquente. Elle implique deux logiques :

- soit la non reconnaissance de la spécificité du travail de l'autre par sa rareté ou son altérité (orthophoniste, médecin conseil),
- soit une logique de concurrence, les deux acteurs partageant le même territoire et se retrouvant donc en conflit direct pour se construire une clientèle (l'exemple des rapports pédiatres/médecins généralistes étant le plus significatif).

L'absence de relation peut se définir par :

- confiance dans la personne inexistante,
- confiance dans la compétence professionnelle inexistante,
- support de communication inexistant,
- importance de la proximité inexistante,
- autonomie totale, elle va jusqu'à l'exclusion de l'autre,
- négociation inexistante.

Dans la négation, nous sommes au-delà de la logique d'autonomie, nous nous retrouvons dans une logique d'exclusion, active ou passive. L'autre n'est l'objet d'aucune reconnaissance parce qu'il est soit trop proche, soit trop loin.

L'enjeu est l'identité, le territoire, et avant tout de savoir qui on est.

En conclusion, les différents modes de travail en coordination ne sont pas utilisés de manière identique, mais ils ont tous leurs justifications et leur efficacité : l'instrumentalisation et la négation constituent les modes auxquels les médecins dans leur ensemble auraient le plus souvent recours, la coopération venant en troisième position et la collaboration en dernière (elle ne correspond qu'à un petit nombre « d'élus »).

Entre l'État qui veut promouvoir une révolution dans l'organisation du travail collectif des soignants et des soignants hésitants, ambigus, et souvent critiques, qui réagissent en ordre dispersé, l'observation des faits montre que la collaboration n'est possible que dans certaines situations bien précises et ne peut pas être la norme du travail en coordination.

Le travail en collaboration permet certes d'élaborer des stratégies communes et d'améliorer grandement la coordination des soins, mais il n'en demeure pas moins qu'il reste une technique chronophage qui demande de la part de chacun des participants une grande dépense d'énergie. En outre dans la pratique quotidienne, tous les médecins travaillent déjà en coordination avec de nombreux acteurs de santé mais ils n'utilisent pas le modèle de « la collaboration ». Ils ont recours à des modèles plus souples comme « la coopération » (acceptation temporaire d'une certaine interdépendance), ou encore « l'instrumentalisation » (chacun utilise les compétences de l'autre dans le cadre d'une routine d'où toute négociation est exclue), enfin lorsque la concurrence domine, nous nous retrouvons dans une logique « de négation » qui rend impossible tout travail de coordination.

Place de la logique bio-médicale dans la démarche de soin

La médecine moderne étant fondée sur le déve-

loppement du savoir scientifique, elle devrait être reconnue spontanément par les populations et la simple mise en place de structures médicales devrait améliorer spontanément l'état sanitaire de la population.

Encore une fois, derrière l'évidence se cache la complexité. L'amélioration de l'état de santé des populations ne repose pas uniquement sur la mise en place de structures sanitaires et l'application du savoir moderne.

L'OMS a choisi, parmi les indicateurs majeurs de l'état de santé des populations, le nombre de morts à la naissance pour fonder sa politique de santé et répartir les fonds. Or il existe un pays qui, malgré l'arrivée de la médecine moderne, résiste : l'Équateur où l'indicateur de mortalité infantile demeure élevé. Selon l'OMS cette situation s'explique par le refus des femmes équatoriennes d'accoucher dans des maternités. D'un point de vue scientifique cette situation est bien sûr irrationnelle et illogique. Pour élucider le mystère l'OMS a donc financé une enquête qui devait répondre à la question selon la logique médicale : expliquer le comportement bizarre des paysannes équatoriennes.

La réponse a été simple et lumineuse : si les paysannes équatoriennes n'accouchaient pas dans les maternités c'est « essentiellement à cause d'obstacles culturels ». Cette explication a l'avantage d'être politiquement correcte et de plaire à tout le monde puisque personne n'est stigmatisé. Personne n'est coupable s'il s'agit d'un phénomène culturel et cela explique tous les échecs. Cependant cette explication a le désavantage être redoutablement inefficace parce que si c'est culturel, il n'y a pas grand chose à faire, à part regretter que ces pauvres paysannes ne soient pas nées au bon endroit.

Une seconde enquête a été réalisée, celle-ci, en évitant les présupposés, a essayé de montrer la logique des acteurs. Ses résultats sont très différents, si les femmes équatoriennes n'accouchent pas dans les maternités, c'est que :

- l'Équateur est un pays de montagnes, les distances sont sur-multipliées,
- si l'accouchement en lui-même est gratuit, le coût du transport est prohibitif,
- les soignants sont des blancs ou des métis, les patientes des indiennes. Le mépris des soignants et la différence culturelle établissent des barrières parfois infranchissables,
- par facilité les médecins pratiquent des césariennes, alors que dans la culture indienne les césariennes sont tabous (après une césarienne la femme ne serait plus apte à procréer),
- un certain nombre de ligatures des trompes sont

opérées sans le consentement des patientes.

En conclusion : pour pratiquer son art le médecin doit se fonder sur un double savoir : les connaissances bio-médicales, les connaissances sociologique et anthropologique des populations. Un seul de ces deux savoirs est reconnu comme obligatoire, l'autre est jugé secondaire, les faits cependant frappent à la porte : le médecin vit dans la cité.

UNE NOUVELLE RELATION ENTRE SOCIOLOGIE ET MÉDECINE

Dans les faits, les médecins se retrouvent aujourd'hui confrontés, de manière aiguë, à de nombreuses problématiques qui ne relèvent pas toutes du modèle épidémiologique et auxquelles leur formation universitaire ne les a pas préparés. Ces problématiques relèvent souvent d'une analyse sociologique. Ces questions émergentes ont dans certains cas déjà été traitées par certains sociologues mais elles sont loin de constituer le cœur des interrogations des sciences humaines sur le champ de la santé.

Ces questions émergentes montrent bien le besoin d'interaction entre médecins et sociologues : ces derniers ont besoin de mieux comprendre l'origine des questions auxquelles les médecins sont confrontés et les premiers pourraient mieux utiliser des savoirs déjà constitués afin de trouver des réponses mieux adaptées à leurs problématiques. Ces questions pourraient alors servir de base à l'ouverture d'un dialogue entre les deux disciplines dans le but d'esquisser une recherche interdisciplinaire avec élaboration d'un questionnement commun.

Identifier ces questions émergentes pourrait être une première étape du débat, il est cependant d'ores et déjà possible de proposer une liste de thèmes :

- L'évaluation des pratiques médicales (PMSI, questionnaire de satisfaction, réflexion sur sa propre pratique, évaluation des actions de prévention, évaluation des stratégies de prise en charge...),
- Rôle et identité du médecin généraliste (positionnement par rapport aux spécialistes, aux para-médicaux, médecin traitant/médecin référent, coordination des soins, dossier médical partagé, réseaux institutionnalisés, formation médicale continue, logique bio-médicale versus Balint...),
- L'éthique médicale (droits des malades, relation médecin/malade, éducation des patients, connaissance sociale et culturelle des patients, compliance, annonce de la mauvaise nouvelle, information des patients, euthanasie, CMU, place « du social » et du « culturel » dans une

consultation de médecine...),

- Les rapports avec les autres institutions (ÉTAT, industrie pharmaceutique et visiteurs médicaux, prescription de nouveaux médicaments, place de la recherche...),
- L'évaluation des politiques de santé publique (évolution de la profession, connaissance des opinions et des besoins des médecins...).

QU'EST-CE QUE N'EST PAS LA SOCIOLOGIE

La sociologie est une discipline scientifique avec ses concepts, une logique, des méthodes une rigueur dans la réalisation de ses analyses. Il ne s'agit pas d'une boîte à outils dans laquelle on peut piocher de façon partielle et utilitariste. L'alliance entre sociologie et médecine générale ne consiste donc pas à donner des recettes aux médecins pour comprendre leurs malades.

Pour autant le sociologue n'est pas un expert de la médecine générale. Le détenteur du savoir et le maître de la décision reste le médecin. Tout comme ce dernier a besoin de comprendre un minimum de biologie ou de chimie pour exercer son art, le médecin a besoin également de comprendre certains concepts de sociologie pour utiliser les sciences sociales dans sa pratique. Cela signifie donc qu'il peut être amené à lire des articles ou ouvrages de sociologie ou même à s'initier à cette discipline dans le cadre de sa formation continue.

Isabelle Bourgeois

Sociologue, chercheur associé au Centre de Sociologie des Organisations (Sciences Po) et chargée de recherches chez Risques et Intelligence, bureau d'études spécialisé en sociologie de la santé et des risques sanitaires environnementaux, Isabelle Bourgeois a publié, entre autre, dans la revue *Esprit* en février 2005 « Le médecin traitant dans la réforme de l'Assurance Maladie. Une étape symbolique pour la cause généraliste ». Elle a soutenu sa thèse de sociologie à l'Institut d'Études Politiques de Paris le 29 mai 2007 sous la direction de Francis Pavé : « Le médecin généraliste dans le travail médical de premier recours, entre dynamiques locales et logiques de clientèle. Les cas de quatre espaces relationnels en médecine générale ».

Matthieu Lustman

Sociologue, médecin généraliste, chercheur et membre du CERLIS (Centre de Recherche sur les Liens Sociaux) Paris V, Matthieu Lustman a soutenu sa thèse de médecine en 1999 sous la présidence du Pr Sicard – "La relation médecin/malade, une étude historique et sociologique" – et va soutenir sa thèse de sociologie en février 2008 sous la direction de Pr Monique Hirschhorn : "Du suicide, comme une construction sociale". Enseignant de sociologie de la santé en PCEM1 à Lille, il a effectué plusieurs recherches sur les professionnels du système de santé, en collaboration entre autre avec Anne Véga ("Évaluation des stratégies de prise en charge des suicidants" pour l'ANAES en 2002, "Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels" pour l'ANAES en 2004). Il est le cofondateur en 2006 avec Isabelle Bourgeois et Anne Pellissier de l'association Sociologie & Santé.

Bibliographie

- Adam P, Herzlich C. (1994), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris : Nathan, Collection 128, 128p
- Arliaud M., Robelet M. (2000), Réformes du système de santé et devenir du corps médical, *Sociologie du travail*, 2, p91-112
- Baszanger I. (1979), *Des généralistes en particulier: une approche biographique des processus de socialisation professionnelle*, Thèse de troisième cycle, EHESS.
- Baszanger I. (1983), *La construction d'un monde professionnel: entrée des jeunes praticiens dans la médecine générale*, *Sociologie du Travail*, 3, p275-294
- Baszanger, I., (1979), *Des généralistes en particulier: une approche biographique des processus de socialisation professionnelle*, Thèse de troisième cycle, EHESS.
- Baszanger, I., (1983), *La construction d'un monde professionnel: entrée des jeunes praticiens dans la médecine générale*, *Sociologie du Travail*, 3, p275-294.
- Baszanger, I., (1986), *Les maladies chroniques et leur ordre négocié*, *Revue Française de Sociologie*, 27, p3-27.
- Bloy G. (2002), *Motivations et représentations de l'acte médical en médecine générale de ville: un regard sociologique*, in Béjean, S., Peyron, C., *Santé, Règles et Rationalités*, Paris: Economica, p73-110
- Bloy G. (2004), *Socialisation et transmission professionnelles en médecine générale: étude sociologique du stage chez le praticien*, Rapport CNRS/Drees – MiRe/INSERM, 282p
- Bourgeois I. (2005), *Le médecin traitant dans la réforme de l'Assurance Maladie: une étape symbolique pour la cause généraliste*, *Esprit*, Février, p186-189
- Bourgeois I. (2006), *Médecins généralistes et médecins spécialistes: des dynamiques d'adressage instables, ou la nécessité de prendre position entre ses patients et ses pairs*, Communication au colloque de l'AFS (RT 19) des 8 et 9 juin à l'École nationale de la Santé Publique « Approches sociologiques de la médecine générale: état des recherches récentes et perspectives. »
- Bourgeois, I. (2006), *Médecins généralistes et médecins spécialistes: des dynamiques d'adressage instables, ou la nécessité de prendre position entre ses patients et ses pairs*, Communication au colloque de l'AFS (RT 19) des 8 et 9 juin à l'École nationale de la Santé Publique « Approches sociologiques de la médecine générale: état des recherches récentes et perspectives. »
- Broclain D (1994), *La médecine générale en crise?* in Aïach, P, Fassin, D. *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Anthropos, p121-160
- Bungener M. Baszanger I. (2002), *Médecine générale. Le temps des redéfinitions*, in Baszanger, I., Bungener M., Paillet A. *Quelle médecine voulons-nous?* Paris: La Dispute, p19-34
- Bungener, M., Baszanger, I., (2002), *Médecine générale. Le temps des redéfinitions*, in Baszanger, I., Bungener, M., Paillet, A. *Quelle médecine voulons-nous?* Paris: La Dispute, p19-34

- Carricaburu D., Ménoret M. (2004), *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris: Armand Colin, 235p
- Castel P. (2005), *Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique*, *Revue Française de Sociologie*, 46, 3, p443-467
- Cresson G., Druhle M., Schweyer F.-X. (2003), *Coopérations, conflits et concurrence dans le système de santé*, Rennes: Éditions ENSP, 287p
- Cresson G., Schweyer F.-X., (2000), *Les usagers du système de soins*, Rennes: Éditions ENSP, 350p
- Crozier M., Friedberg E. (1977), *L'acteur et le système*, Paris: Seuil, 500p
- Darbon S., Letourmy A. (1989), *Contextes communaux et marchés de services de généralistes*, *Sciences Sociales et Santé*, 7,2, p92-107
- Dodier N. (1993), *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris: Métailié, 367p
- Dubar C., Tripier P. (1998), *Sociologie des professions*, Paris: Armand Colin, 256p
- Freidson E (1984), *La profession médicale*, Paris: Payot, 369p
- Freidson, E. (1960), *Client control and medical practice*, *American Journal of Sociology*, 1960, 65, p374-382 Version française: « Influence du client sur l'exercice de la médecine », in Herzlich, C., *Médecine, Maladie et Société*, Paris: Mouton, p225-238
- Haxaire C. (2006), *Pratiques et savoirs pratiques des médecins généralistes face à la souffrance psychique*, Communication au colloque de l'AFS (RT 19) des 8 et 9 juin à l'École nationale de la Santé Publique « Approches sociologiques de la médecine générale: état des recherches récentes et perspectives. »
- Haxaire, C., (2006), *Pratiques et savoirs pratiques des médecins généralistes face à la souffrance psychique*, Communication au colloque de l'AFS (RT 19) des 8 et 9 juin à l'École nationale de la Santé Publique « Approches sociologiques de la médecine générale: état des recherches récentes et perspectives. »
- Herzlich C. et alii (1993), *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. carrière et pratiques des médecins français. 1930-1980*. Paris: Inserm-Doin, 274p
- Herzlich C., Pierret J. (1984), *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*. Paris: Payot, 313p
- Pavé F. (2006), *La gouvernance des médecins libéraux: une affaire de système? Communication au colloque de l'AFS (RT 19) des 8 et 9 juin à l'École nationale de la Santé Publique « Approches sociologiques de la médecine générale: état des recherches récentes et perspectives. »*
- Pavé, F., (2006), *La gouvernance des médecins libéraux: une affaire de système? Communication au colloque de l'AFS (RT 19) des 8 et 9 juin à l'École nationale de la Santé Publique « Approches sociologiques de la médecine générale: état des recherches récentes et perspectives. »*
- Pennec S. (2006), *La médecine générale, une « profession consultante » entre profession savante et prestations de services*, Communication au colloque de l'AFS (RT 19) des 8 et 9 juin à l'École nationale de la Santé Publique « Approches sociologiques de la médecine générale: état des recherches récentes et perspectives. »
- Pennec, S., (2006), *La médecine générale, une « profession consultante » entre profession savante et prestations de services*, Communication au colloque de l'AFS (RT 19) des 8 et 9 juin à l'École nationale de la Santé Publique « Approches sociologiques de la médecine générale: état des recherches récentes et perspectives. »
- Robelet M. (2006), *Le travail de coordination: voies de spécialisation, reconversion ou diversification pour les médecins généralistes*. Communication au colloque de l'AFS (RT 19) des 8 et 9 juin à l'École nationale de la Santé Publique « Approches sociologiques de la médecine générale: état des recherches récentes et perspectives »
- Robelet, M., (2006), *Le travail de coordination: voies de spécialisation, reconversion ou diversification pour les médecins généralistes*. Communication au colloque de l'AFS (RT 19) des 8 et 9 juin à l'École nationale de la Santé Publique « Approches sociologiques de la médecine générale: état des recherches récentes et perspectives. »
- Sarradon-Eck A. et alii, (2004), *Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels*, Rapport ANAES-Fondation Fyssen, 72p
- Schweyer F-X., Levasseur G. (2002), *Les médecins généralistes bretons, Enquête sur les médecins généralistes et leurs pratiques professionnelles*, Rapport de recherche, Université Rennes 1, LAPSS, 71 p
- Schweyer F-X., Levasseur G. (2002), *Réseau Sida Ville Hôpital et formation continue: quels effets sur la prise en charge des patients VIH+ par le médecin généraliste? Pratiques médicales et thérapeutiques*, 20
- Urfalino P. et alii, (2000), *Les recommandations à l'aune de la pratique. Le cas du dépistage du cancer du sein et de la prise en charge de l'asthme en médecine générale*, U.R.M.L. Poitou Charente
- Véga, A. (2005), *Rapports professionnels et type de clientèle: médecins libéraux et salariés (médecine générale, gériatrie, urgence, gastro-entérologie, psychiatrie)*. Post enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé », Document de travail, Série Études, n° 51 Juin, DREES, 80p

Notes

¹ Barbusse, B., Glayman, D. (2005), *La sociologie en fiches*, Ellipses, p 110.

² Nous parlerons ici uniquement de sociologie qualitative et ne traiterons pas de la sociologie quantitative qui fonde son savoir sur le traitement statistique d'enquêtes à grande échelle.

³ Il s'est tenu à l'École Nationale de la Santé Publique à Rennes et était organisé par François-Xavier Schweyer et Géraldine Bloy.

APPROCHE ANTHROPO- LOGIQUE DES SOINS

Introduction à l'approche anthropologique des soins

Anne Vega

Comment les anthropologues procèdent-ils lors de leurs enquêtes, et pourquoi ? Quelles sont les applications de cette discipline, spécialisée notamment dans les domaines de la santé et de la maladie ?

Cet article ne vise pas à l'exhaustivité, mais à rendre accessible à des lecteurs non spécialisés quelques-unes des grandes orientations théoriques de l'anthropologie, moins connue du grand public français que sa voisine : la sociologie. À partir d'études menées tant du côté de soignés que de soignants, l'objectif est ensuite de présenter des dimensions culturelles et sociales, voire des constances susceptibles de ressurgir en situation de soins. Une troisième partie tente d'illustrer concrètement ces apports de connaissances au travers de premiers résultats d'observations menées en médecine générale (afin de partager des réflexions, voire d'ouvrir de nouvelles pistes de travail entre chercheurs et praticiens).

ÉCOLES DE PENSÉES, CONCEPTS ET MÉTHODES DE TRAVAIL

« La vérité, inépuisable, fugitive, en mouvement perpétuel, n'est vérité que dans la mesure où elle prend en compte toutes les positions arbitraires et tous les mouvements relatifs de chaque individu sur cette terre ». C. Fuentes, 1990, p. 780.

DES REGARDS CROISÉS SUR L'ALTÉRITÉ

L'Anthropologie est une discipline des sciences humaines qui a connu parallèlement à ces dernières de nombreuses métamorphoses. Intimement liée à l'histoire de la colonisation, elle s'est longtemps cantonnée aux « cabinets de curiosités » (collection d'objets « exotiques »). Puis elle s'est caractérisée par des théories évolutionnistes, qui postulaient la supériorité culturelle de l'Occident par opposition à des peuples restés à des stades « sauvages » ou « archaïques¹ ». Le développement d'investigations préhistoriques, archéologiques et d'études de terrain ont permis de découvrir progressivement la richesse historique de cultures non occidentales, qu'elles soient ou non porteuses de traditions écrites²; mais aussi de balayer les schémas purement mécanistes qui permettaient jusqu'alors d'expliquer la diversité humaine³.

Une rupture épistémologique intervient dans les années 50 : l'anthropologue Claude Lévi-Strauss, après avoir remis en cause la notion de races, montre (avec d'autres chercheurs) le primat des explications idéologiques et sociales pour comprendre les différenciations que les sociétés entretiennent entre elles. De plus, grâce à son analyse des mythes des Indiens du Brésil⁴, il fonde ce qui sera une des plus importantes écoles de pensée de la discipline : le structuralisme. Si l'ensemble des coutumes d'une société humaine est toujours marqué « par un style », elles forment des systèmes qui existent en nombre limité, et que l'anthropologue peut reconstituer⁵.

De récentes contributions ont aidé encore à transformer les regards posés sur les « autres » : le travail d'anthropologues venus d'ailleurs sur les sociétés occidentales⁶, et les nouveaux objets d'étude ici ou ailleurs (le monde de l'entreprise, du sport, de la médecine etc.). Ces deux courants tendent à démontrer *in fine* le caractère révolu des visions uniformes et figées de chaque société. Ces dernières sont au contraire soumises à l'histoire, fruits de contacts et de rapports sociaux divers. Autrement dit, aucune société ou ensemble culturel ne se développe sans rencontrer et marquer ses différences avec d'autres cultures, et il existe à l'intérieur de chaque culture des variations (individuelles, sociales). Ce sont donc des dynamiques en constant changement, plus ou moins cohérentes, dominantes ou dominées selon les époques.

DES IDENTITÉS CULTURELLES

Le projet actuel de l'anthropologie se révèle extrêmement ambitieux : étudier l'unité de l'Homme dans sa diversité, c'est-à-dire cerner les spécificités d'ensembles culturels ou de groupes particuliers, afin de relativiser certaines différences⁷, voire de mettre en évidence sinon des « invariants culturels », au moins des systèmes. Cet énorme champ d'étude a rendu nécessaire la création de spécialités, un peu comme en médecine (par exemple : l'ethnobotanique, l'ethnomusicologie, l'ethnologie rurale, l'anthropologie urbaine, du politique, des soins⁸ etc.), elles-mêmes rattachées à des spécialisations géographiques. De plus, ces spécialités sont parfois associées à d'autres sciences humaines voisines (socio-anthropologie, ethnopsychiatrie, ethnoscience etc.).

Autres points communs : l'utilisation d'au moins deux concepts fondamentaux, également partagés entre champs disciplinaires. Les anthropologues s'intéressent ainsi particulièrement à la culture, c'est-à-dire aux processus d'acquisition, de transmission de « tout ce que l'on trouve en naissant » :

aux modes de vie quotidiens, aux connaissances, mais aussi aux cadres de pensées qui les sous-tendent (« structures symboliques »). En effet, au cours de son existence – et souvent dès la petite enfance — les valeurs, les représentations (habitudes, croyances), voire les besoins de chaque individu se forment au sein de groupes auxquels il appartient (familial, professionnel, religieux, national etc.). Cependant, la culture n'est pas inébranlable telle un bloc s'imposant comme une structure massive à des acteurs conditionnés comme le croyaient les anciennes théories dites justement « culturalistes ». D'autres influences introduisent des ruptures et des continuités dans les conduites comme dans les relations : les cultures régionales et locales, rurales et urbaines, les différences de génération, de sexe, et d'appartenance sociale des individus. Le concept d'identité renvoie d'ailleurs également à des processus pluriels, mouvants et plus ou moins conscients :

un peu comme des poupées russes, elles se superposent chez les individus, sans être fixées une fois pour toute.

C'est donc au sein de multiples strates que s'opèrent des imprégnations, mais aussi des modifications de gré ou de force (rites d'initiations, immigration, maladie etc.), et des remaniements individuels. Cependant, les concepts de culture et d'identité renvoient en anthropologie une autre constante proprement humaine, peut-être la plus courante : notre application quotidienne à nous différencier les uns des autres. Ainsi, les notions de classes sociales (comme les notions de groupes ethniques) sont des constructions collectives permettant de nous distinguer, de nous reconnaître et d'être reconnu, par le choix (plus ou moins conscient et revendiqué) de traits, d'habitudes de consommation, de style de vie, d'une histoire, d'une origine, d'un territoire, d'emblèmes différenciateurs.

Des catégories de pensée universelles

Dans tous les groupes et toutes les sociétés, ces catégories sont constituées de systèmes d'oppositions, le plus souvent de type binaire. Ainsi, les relations sociales sont construites autour de deux grands paramètres différenciateurs : le semblable et le différent⁹. Les autres sont généralement dévalorisés, dès lors qu'ils se différencient de nos habitudes, et de nos représentations. La notion d'ethnocentrisme désigne cette attitude universelle de refus de la différence culturelle. Ainsi, le touriste, le journaliste ou l'anthropologue à l'étranger ne sont pas considérés tout à fait comme des hommes (« normaux »), puisque par exemple, « ils ne savent pas se lever à 5 heures du matin », « se laver correctement » et parce qu'ils « mangent n'importe quoi ».

De même, à l'hôpital, les soignés « étrangers » aux normes de l'institution peuvent être appréhendés à partir de divers stéréotypes de culture ou de classe, répandus dans chaque société.

Autrement dit, les anthropologues tentent de comprendre les logiques qui amènent les individus et les groupes à identifier, à étiqueter les autres, et à le faire de telle façon plutôt que d'une autre¹⁰.

LE TEMPS CONSTITUTIF DES ENQUÊTES

Ce qui différencie l'anthropologie de la sociologie, ce sont donc moins les concepts, les théories souvent communes (structuralisme, mais aussi marxisme, fonctionnalisme¹¹ etc.), ou encore leurs objets de recherche, puisque de plus en plus d'anthropologues travaillent dans leurs propres sociétés. Les anthropologues revendiquent plutôt des approches inductives et compréhensives : lors de leur enquête, leur objectif est de parvenir à prendre en considération l'ensemble des facteurs qui entrent en jeu dans les comportements des enquêtés, et qui ouvrent accès à leur logique¹².

Ces méthodes qualitatives ont alors la particularité de s'inscrire dans la longue durée, et de privilégier sinon l'observation directe, au moins l'entretien approfondi « in situ » : au plus près des situations naturelles des sujets, et dans une situation d'interaction prolongée entre le chercheur et l'enquêté.

L'ENQUÊTE DE TERRAIN : UNE POSTURE HOLISTE AU PLUS PRÈS

Partir six mois sur le terrain est un minimum lorsque l'on cherche à décrire des faits sociaux ou des groupes de façon aussi complète que possible. Pour ce faire, les chercheurs disposent de la monographie : mot à mot, l'analyse exhaustive d'une unité sociale restreinte. Concrètement, durant cette première phase des enquêtes (dite « ethnographie »), il s'agit de recueillir un corpus de matériel très fourni, *a priori* hétéroclite (savoir-faire, témoignages, techniques, croquis, photos, arbres généalogiques etc.), sans théoriquement découper les champs au préalable (autrement dit, le chercheur procède un peu comme des documentaristes qui attendent et filment pendant des heures avant de procéder au montage).

Le fait de s'attacher à faire des descriptions minutieuses, un inventaire le plus exhaustif possible

APPROCHE ANTHROPO-

des éléments d'une totalité, implique alors de travailler avec un petit nombre d'informateurs (un groupe d'enquêtés restreint), à partir de terrains localisés (par exemple : un village, un service de soins, un cabinet de médecine générale)¹³.

Ces micros analyses sociales font des ethnographes « des spécialistes du particulier ». Cependant, la stratégie du temps vise à contrer au moins deux difficultés présentes dans toutes les enquêtes en sciences sociales. Pour résumer : « les poissons ne parlent pas de l'eau dans laquelle ils baignent », et « l'étranger ne voit que ce qu'il connaît ». Outre le fait que les enquêtés n'évoquent pas spontanément des habitudes, des gestes, des idéaux intériorisés ou considérés comme évidents, le chercheur doit lui-même tenir compte de ses propres préjugés, déformations professionnelles, et des jeux d'intérêts dans lequel il est inévitablement pris. L'ethnographe dispose pour cela d'un précieux compagnon de route : le carnet de terrain, dans lequel il peut inscrire ses impressions personnelles (et qui permet un début de distanciation par rapport au terrain).

Il lui faut ensuite encore du temps pour « être dans le bain », « faire partie des meubles » : sur le terrain, l'ethnographe cherche à gagner la confiance des enquêtés, à être noyé dans le jeu social pour « chausser les lunettes » de « ses »¹⁴ informateurs. Il dispose pour cela d'un autre outil : « l'observation participante ». Le plus souvent, il aide à la demande, et prend ce qu'on lui donne, en évitant au maximum d'intervenir de son propre chef, de filmer, d'enregistrer ou de « cadrer » ses entretiens.¹⁵

ETHNOLOGIE ET ANTHROPOLOGIE : LE « REGARD ÉLOIGNÉ »

Après ce travail artisanal de fourmi, « à la loupe », nécessitant familiarisation, imprégnation, voire implication du chercheur, ce dernier laisse d'abord longtemps « reposer » le terrain, afin d'ac-

quérir un regard plus neuf. Devenu ethnologue, il peut alors commencer à analyser ses données : étudier son propre regard, et les conditions de son enquête ; articuler l'individuel et le collectif ; rechercher ce qui sous tend les pratiques observées, voire débusquer des contradictions avec certains discours recueillis. Cette seconde étape du travail est souvent également « chronophage ». Car il s'agit généralement de dépasser les discours idéologiques, communautaires de ses informateurs (l'image qu'ils veulent donner d'eux même¹⁶), de mettre à jour des pratiques informelles, peu conscientes — voire interdites -, et leurs logiques invisibles. Le projet de d'ethnologie est en effet de parvenir *in fine* à accéder à « l'implicite », « au mal connu », « au refoulé »¹⁷. Par exemple, à l'hôpital, du côté de soignants, le chercheur étudie leurs apprentissages au chevet de patients, les pratiques collectives de mise à distance de soignés, ou les conceptions du corps et de la personne véhiculées lors des soins¹⁸.

Comme toutes les disciplines en sciences humaines, l'anthropologie est l'aboutissement d'un long travail fondé sur le croisement incessant des données, afin de dégager des propriétés générales de la vie sociale. Cette dernière étape, fondée sur des analyses macro sociales (montées en généralisation) et visant à produire des théorisations, est la phase ultime de distanciation de l'anthropologue avec son objet de recherche, gage d'objectivation¹⁹. En pratique, le chercheur revenu parmi ses pairs perfectionne son questionnement grâce à des comparaisons sur une échelle mondiale (par exemple : en quoi les résultats particuliers d'une enquête sont-ils significatifs de tel ou tel autre phénomène général ou particulier décrit ici ou là ? Peuvent-ils l'éclairer, le nuancer, ou l'infirmier ? Peut-on en déduire une nouvelle hypothèse de travail sur les rapports unissant l'Homme au monde qui l'entoure ?).

Il devient alors en quelque sorte « l'astronome » des sciences sociales.

Des regards extérieurs de l'intérieur

En sciences sociales, les techniques varient selon la nature de l'objet de recherche, les problématiques, le temps et les moyens disponibles pour chaque enquête. De plus, sociologues et anthropologues sont amenés à travailler ensemble, à combiner, et/ou à alterner les méthodes (observations, entretiens, utilisation d'outils statistiques etc.), voire à procéder de façon individualisée dans le face à face avec les enquêtés (à la manière du « colloque singulier » en médecine générale). Reste que le produit final de leurs enquêtes de terrain, dont l'objectif est comprendre les enjeux au quotidien de pratiques sociales, permet de faire changer les regards sur des groupes ou des faits étudiés (d'ou les réactions parfois virulentes d'enquêtés suite à leurs publications).

Il s'agit en effet de rendre familier ce qui est étrange (rapprocher ce qui semble *a priori* lointain), et inversement, de rendre étranger ce qui est proche, en mettant au jour ici ou là la complexité des pratiques sociales les plus ordinaires, telles qu'elles sont perçues par les enquêtés.

Rien n'est purement naturel ou inné chez l'Homme, « animal culturel » (Claude Lévi-Strauss). Ainsi, les différences qui semblent liées à des dimensions biologiques (le genre), les fonctions correspondant à des besoins physiologiques (la faim, l'appétit, le sommeil etc.) sont constamment « retravaillées » par les cultures, les groupes sociaux et chaque individu. Le corps est en effet le support de nombreux modelages qui ont fluctué dans l'histoire humaine : il est « mis au monde, nourri, lavé, habillé, porté, couché, paré, parfumé, conditionné, entraîné, soumis à de multiples apprentissages, soigné, parfois façonné physiquement, endurci, mutilé, marqué, tatoué, ritualisé, mortifié, dissimulé, masqué, supplicé, tué, embaumé, momifié, représenté, sublimé, parlé, en un mot : socialisé » ²¹.

DES NORMALITÉS

Pour n'évoquer ici que les façons de se soigner, les différences de pratiques thérapeutiques peuvent surprendre, voire déstabiliser des soignants. En effet, dans toutes les cultures, l'individu décide de prêter attention à certains symptômes ou douleurs, en fonction de son vécu personnel, mais aussi de son entourage et de ce qui est reconnu comme normal et pathologique dans sa culture. Un des apports de l'anthropologie de la maladie est justement d'étudier la fluctuation de ces deux notions (variables selon les groupes, les époques, et les degrés d'adhésion de chaque individu à tel ou tel système de soins).

Il existe ainsi des formes de pathologies reconnues par la (bio) médecine²², et qui ne sont pas considérées comme des maladies dans certains groupes, qui valorisent notamment une éthique de l'endurance et du travail, expliquant en partie des retards de consultations (par exemple pour le

paludisme, mais aussi la dépression, voire les HTA). Inversement, il existe des « syndromes culturellement conditionnés » : certaines maladies sont reconnues uniquement dans certains milieux, mais n'en sont pas moins vécues comme réelles par des malades et leur communauté : par exemple, les diagnostics de la célèbre « crise de foie » en France²³. En effet, chaque culture, et donc chaque système de soins développent des perceptions du corps interne particulières, des organes ayant une forte charge symbolique, à commencer dans nos sociétés. Le simple témoignage d'un patient permet d'illustrer cette affirmation : « le foie malade, c'est sale, c'est honteux [...] alors que — c'est drôle -, c'est pas la même chose pour le cœur. Quelqu'un qui meurt d'un infarctus, c'est pas une mort honteuse. Même s'il a fait des excès qui l'ont conduit à voir son cœur lâcher, mais c'est pas mal vu socialement, la crise cardiaque... » ²⁴.

Plus étonnant peut-être, des états jugés « normaux » à certaines époques dans une culture donnée peuvent conduire à des diagnostics de maladie à d'autres époques, ou dans d'autres groupes (par exemple, les attaques en sorcellerie). Autrement dit, au cours de l'histoire, de nouvelles pathologies apparaissent. En France, aux États-Unis et au Canada, la ménopause est ainsi de plus en plus associée à un état de maladie, la conséquence de dérèglements hormonaux, relevant de la compétence de la (bio) médecine. Or, elle était et reste dans de nombreuses cultures une étape « naturelle » du cycle féminin (des recherches comparatives témoignent d'ailleurs d'attitudes et de symptômes très divers selon les groupes dans ces sociétés²⁵). De même, on y assiste depuis quelques années à une médicalisation de la fatigue. L'épuisement professionnel, ou le syndrome du *burn-out*, est la conséquence d'un excès de travail et de don de soi au sein de groupes valorisant l'action, la performance et la maîtrise de soi. Il touche notamment des infirmières et des médecins généralistes qui doivent porter le poids d'interventions dans des domaines de la vie de plus en plus grands²⁶.

La médicalisation du corps social dans les sociétés occidentales

Très schématiquement, nous assistons dans nos sociétés à une augmentation constante de la consommation médicale, des pathologies déclarées, liée à une sensibilité croissante aux symptômes (bio) médicaux²⁷. En effet, si le pouvoir médical est de plus en plus contesté (contrôle du travail et par les usagers), paradoxalement, la médecine n'a jamais été aussi présente dans notre quotidien : régulation du sommeil, sexualité, difficultés au travail (du milieu scolaire à celui de l'entreprise), alimentation, activités sportives, fin de vie, etc.²⁸. Autant de domaines qui ne sont pas médicalisés dans de nombreuses sociétés et groupes sociaux.

Parallèlement, les soignés sont de plus en plus informés (notamment par le canal de la presse ou d'Internet) et plus critiques concernant les traitements, la qualité des soins et l'accessibilité des services. Des associations de patients, des groupes de défense des droits des usagers se développent,

APPROCHE ANTHROPO-LOGIQUE DES SOINS

accroissant leur autonomie vis-à-vis du savoir biomédical et ses capacités « d'expertise ». Ces évolutions sont plus ou moins bien vécues par les professionnels, d'autant que les études attestent du rôle grandissant des patients : déjà pourvoyeurs de retours (ils amorcent, voire imposent des médecins à leur médecin), ils sont aussi souvent centralisateur de leurs dossiers de soins (en raison d'une relative désorganisation du travail, voire d'un manque de coordinations entre médecins)²⁹.

Autre source possible d'incompréhension entre soignés et soignants : il existe non seulement d'importantes différences culturelles dans les nosologies³⁰, mais aussi dans les étiologies des maladies (les réactions face au Sida dans le monde en sont un exemple frappant). Elles renvoient plus globalement à des conceptions particulières de la personne³¹. Ainsi, dans nos sociétés dominées par la (bio) médecine, la maladie est souvent conçue comme la présence de quelque chose extérieure à l'individu, entrée par infraction dans son corps ou en excédent, qu'il convient d'anéantir et d'extirper³². Or, dans d'autres cultures, — par exemple maghrébines —, la maladie est au contraire pensée comme l'absence de quelque chose, suite à une défaillance physique, à la fin de la protection de l'individu ou à la perte d'une composante de la personne. Hospitalisés en France, des soignés peuvent alors se sentir en situation de « faiblesse » (ils préfèrent rester au lit, doutent de leur force), et avoir tendance au contraire à attendre des apports thérapeutiques (nourriture, médicaments, transfusion, visite de la famille, etc.), et moins des traitements à visée soustractive (régime alimentaire, prise de sang, opération chirurgicale).

DES SYSTÈMES THÉRAPEUTIQUES

Dans la plupart des sociétés, il existe également (parallèlement au modèle de soins biomédical) des « modèles additifs de la thérapie ». Il s'agit de renforcer les défenses de l'organisme et les forces de la personne (logique dite « homéopathique »). Ces modèles s'insèrent dans des systèmes de soins souvent qualifiés d'« holistiques » : on s'intéresse au mal en général, en s'appuyant sur des savoirs familiaux, populaires, et/ou sur des traditions religieuses et philosophiques (médecines chinoise, indienne, tibétaine).

D'autres systèmes de soins, qui ne sont ni en opposition, ni en contradiction avec les premiers, s'intéressent d'avantage à l'explication et à la recherche des causes profondes de la maladie. Ce sont des modèles dits « interprétatifs » et « persécutifs » (le malade est victime des actions d'autrui).

Par exemple, dans certaines sociétés africaines, on peut rechercher dans les désordres biologiques des signes de désordres sociaux. La maladie est en effet traditionnellement attribuée à des problèmes familiaux (et nécessite des traitements collectifs dont on reconnaît aussi l'efficacité en

Occident, face à certains troubles), à la transgression de règles de la société ou à un manquement à certaines obligations (adultère, offrandes à un ancêtre). La rupture de santé peut être considérée comme l'effet d'une action malfaisante (divinités, sorciers, ancêtres). Ces logiques de pensée expliquent pourquoi certains malades hospitalisés et biologiquement guéris en France, ne s'estiment pas guéris (la maladie est reliée à une multiplicité des causes, d'où le recours parfois à la divination³³).

Cependant, ces façons d'établir des liens, de rechercher des causes à ses maux se retrouvent à des degrés divers dans toutes les sociétés. Ainsi des études portant sur les patients atteints de cancer au Québec attestent de connaissances médicales finalement assez imprécises par rapport à celles tirées de leurs propres expériences de la maladie. Les enquêtés sont également influencés par des images culturelles présentes dans le folklore québécois (le cancer est associé à un « mal qui ronge »), par des biographies de célébrités atteintes du cancer, et par des éléments des médias souvent hétéroclites, voire contradictoires (objet de discussions entre malades). Enfin, le cancer est relié à des événements négatifs vécus (pauvreté, grossesses, travail malsain), selon l'idée que la misère est source de « démoralisation » et de « faiblesse » (ces états favorisant sa venue ou celle d'autres maladies). Cette pathologie est alors le symbole de misère économique, sociale et affective (mais il s'agit moins de se déculpabiliser que d'une logique qui veut que « le malheur attire le malheur »). D'ailleurs, de façon plus générale, les patients associent le cancer aux habitudes de vie, à l'évolution néfaste du monde moderne (pollution, stress, intoxication par la nourriture), mais aussi à des notions de fatalité, de destin, de hasard et d'hérédité.

Enfin, les sociétés dites « occidentales » sont également marquées par le multiculturalisme, le pluralisme médical. Il existe des oppositions, complémentarités, compétitions, interactions entre des systèmes médicaux. L'automédication, les « médecines parallèles », « alternatives » ou « douces » sont par exemple assez bien implantés (et les représentants de la médecine ne sont pas les derniers à circuler librement entre les différents systèmes de soins). Dans toutes les cultures, le corps est en effet imbriqué dans un système de relations et de correspondances, que des systèmes de médecines viennent réguler.

Autrement dit, ici ou ailleurs le monopole médecine est donc souvent un leurre : les compétences des (para) médicaux sont reconnues pour prévenir ou traiter certaines maladies, mais également les compétences d'autres personnes, spécialisées dans les soins quotidiens ou le traitement d'autres maux. En conséquence, on trouve normal que d'autres thérapeutes (« guérisseurs », « tradipraticiens », religieux etc.), et des proches du soigné interviennent activement dans les conseils, l'élaboration de diagnostics et de traitements³⁴.

DE LA CULTURE AUX FONDEMENTS SOCIAUX DES SOINS

ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES : PREMIÈRES PISTES D'EXPLICATION

Dans toutes les sociétés, il existe des définitions de la santé³⁵, de la maladie et plusieurs recours thérapeutiques. Ainsi, si le thérapeute choisi reconnaît la maladie de l'individu (son diagnostic est parfois une simple validation d'une maladie déjà pressentie par le malade et son entourage) il prescrira au soigné une cessation d'activité (elle est partout la condition pour la reconnaissance du statut de malade), et des traitements particuliers qui iront dans le sens des normes de la société et/ou du système de soins auquel le thérapeute appartient. Cependant, le soigné suivra plus ou moins ses directives et/ou les conseils de prévention (en France, le chiffre moyen de l'observance est ainsi d'environ 30 % selon la plupart des enquêtes épidémiologiques). De plus, en cas d'échec d'un recours, l'individu, quel que soit son milieu socio-culturel s'oriente vers d'autres systèmes de soins ou recours thérapeutiques, quitte à revenir aux uns ou aux autres afin d'être soulagé et de trouver un sens à ses maux, un écho à son discours sur la maladie ou la santé³⁶.

Rien n'est simple, en particulier en matière de santé ou de prévention, dès qu'il est question de près ou de loin de fécondité, de sexualité ou enco-

re d'alimentation. L'identité des patients et de leurs proches est alors directement en jeu. Ils sont travaillés malgré eux par d'autres nécessités et d'autres buts que strictement thérapeutiques. Le suivi des conseils ou des prescriptions (para) médicales n'est donc pas toujours évident (par contre, les dimensions relationnelles des soins deviennent vitales).

Ainsi, en France, par exemple, les accouchées suivent très rarement les conseils de prévention alimentaire pour leurs nouveau-nés (pourtant prodigués par leurs médecins accoucheurs) à part celles qui n'ont pas d'idées *a priori* sur la question. Au contraire, la grande majorité des femmes ont déjà « l'habitude avec leur premier enfant ». Les recommandations ou les traitements médicaux ne correspondent pas toujours à leurs habitudes familiales (« on ne t'a jamais donné cela et tu te portes bien »), et/ou sont parfois tout simplement coûteux. De plus, les discours des professionnels font parfois l'objet de méfiance, compte tenu de leur multiplication, voire de leur fluctuation, notamment en matière de régimes alimentaires pour les nouveau-nés (« c'est encore une nouvelle mode »). Plus évident : les discours de prévention médicale, même s'ils tentent d'expliquer clairement par exemple « l'importance de suppléments de vitamines D contre le rachitisme et K contre le saignement et maladie hémorragique » sont plus ou moins bien compris par les mères³⁷. Ils peuvent enfin être empreints de pré-supposés et renvoyer une image négative aux mères : « il faut combattre les défauts de la mère nature » ou « le bon sens »³⁸.

Un autre apport de l'anthropologie est alors de souligner l'existence de constantes, habituellement peu abordées dans les manuels de médecine : dans toutes les cultures, la maladie, mais aussi la naissance et la mort ne sont jamais seulement des événements biologiques et individuels. Ils intéressent à des degrés divers les proches (parents, amis) de la personne soignée, dépositaires de savoirs et d'expériences.

Parenté et rites de passage

Les pratiques et les normes liées à l'organisation de la famille servent de cadre affectif ou de guide au quotidien. Cependant, leurs variations, même en nombre limité, peuvent être également à la source de nombreux préjugés. Aborder les diverses conceptions relatives à la « parenté », mais aussi s'initier à la fonction de rites de passage pour être utile pour développer un véritable accompagnement « global » des patients : au centre des grands événements qui marquent les temps forts de l'existence (maladie, hospitalisation, mariage, naissance, mort), ils sont donc universellement partie prenante de soins, au cœur des préoccupations de nombreux soignés.

- La parenté définit les limites, attribue les rôles, statuts et place de chacun de ses membres. Elle désigne notamment les liens de consanguinité (biologiques ou construits culturellement), tels qu'ils sont conçus, vécus et organisés dans chaque société³⁹.

APPROCHE ANTHROPO-LOGIQUE DES SOINS

- Les rites de passage comprennent généralement trois étapes, décelables dans de nombreuses pratiques de soins : une période de séparation avec son état et son statut antérieur ; une période de marge, d'entre-deux (où la personne est particulièrement fragilisée) et une période d'agrégation, au cours de laquelle l'individu renaît, accède à un nouvel état ou statut. (Van Genneep).

L'IMPORTANCE DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL : QUELQUES PROBLÉMATIQUES CONTEMPORAINES

En France, particulièrement dans certains milieux, et pas seulement chez des personnes d'origine étrangères, l'autonomie et l'indépendance en matière de soins sont restées, en général, prépondérantes : le soigné et ses proches participent activement à l'élaboration et au suivi des démarches thérapeutiques (la cellule familiale est encore le lieu « où tout se règle »). Cependant, dans le contexte d'une croissance des soins de santé et des services sociaux dispensés hors de l'hôpital, le rôle des patients mais surtout de leurs proches est de plus en plus important, de gré ou de force. Or, ce rôle reste encore trop souvent stigmatisé.

Ainsi, lors de la canicule de 2003, si les médias ont souligné le manque de réactivité de médecins généralistes, ils ont surtout stigmatisé les proches parents (« fin du lien social », familles « abandonnantes »), ce qui n'a fait qu'aggraver les traumatismes chez ces derniers⁴⁰. Cet événement éclaire une tendance également étudiée au Québec : celle de faire de plus en plus reposer sur des professionnels, des aidants à domicile la fin de soins curatifs, et plus globalement la responsabilité de soins de médecine générale (prises en charges de patients chroniques, de personnes âgées et/ou handicapés). D'où ce paradoxe : dans ces deux systèmes de santé, les prises en charges les plus complexes, ne relevant pas uniquement de soins techniques ou instrumentaux (to cure), se reportent *in fine* vers les moins formés et les moins rémunérés : « les petits personnels » (auxiliaires domestiques, agents des maisons de retraite) et les familles, c'est-à-dire encore majoritairement vers des femmes assumant déjà la prise en charge des soins familiaux⁴¹... « qui tiennent jusqu'à finir par renvoyer les gens aux urgences... » (urgentiste).

D'où l'urgence pour des anthropologues de pointer ces nouvelles problématiques de société⁴², et de rappeler pour finir d'autres données sociales auxquelles sont confrontées les soignés comme les soignants.

Si en matière de santé et de maladie, les données relatives aux habitudes culturelles et sociales au sein des groupes familiaux sont importantes, elles restent intimement liées aux conditions de vie, et notamment aux incidences du travail sur la santé (d'où des moyennes de vie inférieure aux moyen-

nes nationales parmi les catégories sociales « défavorisées »), à commencer dans les pays occidentaux.

Ainsi, Outre Atlantique, des politiques néolibérales entraînent la diminution des dépenses face aux charges collectives que sont la santé, l'éducation et la sécurité du revenu, et des effets déstabilisateurs sur certains groupes : malades mentaux, vieillards, femmes pauvres, catégories d'immigrants⁴³.

En France, les disparités devant la mort et les inégalités d'accès aux soins restent également importantes. Ainsi, l'accroissement brutal des dépenses des années 80 (intensification des soins coûteux, du nombre de consultations médicales) ne concerne qu'une très petite frange d'usagers (de 5 à 10 %). Autrement dit, ce sont les classes sociales les plus favorisées de la population qui bénéficient du système de santé⁴⁴.

De plus, la médicalisation de la société a entraîné également des effets paradoxaux, auxquels sont particulièrement confrontés les urgentistes et les généralistes : toute une partie de la population a totalement remis sa santé aux mains de la médecine, voire désappris à se prendre en charge de façon autonome.

Dernier paradoxe : suite à l'augmentation globale de l'espérance de vie, des professionnels (comme des proches) sont confrontés à au moins deux générations souffrant des conséquences du grand âge (sans références d'aide familiale, ni repères culturels puisque le phénomène est inédit) : multiplication des handicaps (vue, locomotion), des maladies chroniques et concomitantes, et des problèmes de santé mentale (dépression, épuisement, trouble de l'adaptation, relations de couples et filiales tendues). Or, en particulier « la folie n'est pas, à proprement parler, un domaine concernant le médecin généraliste, cependant il est confronté dans son exercice à ses diverses manifestations, davantage amené à réagir par instinct que par formation, et peu à peu par expérience sur le tas, plus que par réel apprentissage »⁴⁴.

À ceci s'ajoute enfin la prise en charge de certaines maladies (SIDA, hépatite, toxicomanie), complexifiant les décisions médicales, d'autant que certaines d'entre elles sont justement « sociales » (concentrées dans des zones suburbaines notamment chez les groupes d'origine culturelle différenciée), dimensions de la médecine également presque toujours marginalisées dans leurs formations initiales⁴⁶.

FRAGILISATIONS DE SOIGNÉS : QUELQUES MISES EN GARDE

Les formations initiales médicales ne permettent pas toujours aux soignants d'aborder la complexité des dimensions culturelles et sociales auxquelles ils peuvent être ensuite confrontés. Cependant, des approches purement culturelles des soins comprennent au moins deux risques : celui d'enfermer les « un tel » ou « les autres » dans une identité immuable (dans une culture uniforme qui les déterminerait totalement)⁴⁷, et celui de transformer des comportements qui relèvent d'abord de faits sociaux en distance culturelle (travers dans lequel sont tombés également bien des anthropologues). Or, on ne peut pas verser la totalité des attitudes humaines au seul crédit de la culture (de l'anthropologie ou de la sociologie), en oubliant que celle-ci n'existe qu'à travers des personnes qui la vivent⁴⁸. La relation intime à la maladie, à la douleur, ne met donc pas face à face une culture (ou un système thérapeutique) et un ensemble de lésions. Elle émerge plutôt d'une personne, dont l'histoire est unique, dans une situation douloureuse particulière, même si la connaissance de son origine de classe, de son appartenance culturelle, de sa confession, donne

des indications précieuses sur le style de son ressenti et de ses réactions, comme sur les réactions de ses proches.

Un des apports de l'anthropologie des soins est alors plutôt d'aider des professionnels à développer leurs aptitudes à l'écoute et à l'observation, c'est-à-dire à la prudence. Les traditions culturelles les plus enracinées se cristallisent sur les domaines en relation plus ou moins directe avec le corps (et la famille). Particulièrement lorsque les soins ont directement à voir avec les grands passages de l'existence (l'hospitalisation pour accoucher ou suite à un accident, une pathologie, la venue d'un professionnel chez soi, le passage en maison de retraite), les soins sont toujours des moments de fragilisation identitaire, voire une perte de repères fondamentaux pour les soignés⁴⁹. Autrement dit, certains font alors « de la résistance » à certains soins comme ils le peuvent, souvent de façon inconsciente : ils ont intégré certaines habitudes (parfois contradictoire avec celles des professionnels), ils sont travaillés par leurs maux, leurs capacités à se faire comprendre des soignants et à s'adapter sont parfois limitées, surtout s'ils éprouvent déjà des difficultés à s'exprimer et s'ils sont très âgés, et/ou dans des situations de précarité.

Disease, illness, sickness

Dans toutes les cultures, un triple espace permet aux anthropologues d'élaborer une théorie de la maladie : l'espace organique du corps (la maladie comme altération physique), l'espace psychologique de l'individu (la maladie comme expérience personnelle), et l'espace socioculturel (la maladie comme événement social). Dès lors, au même titre que des sociologues ou d'autres médiateurs, des anthropologues peuvent informer de conditions d'existence, d'habitudes, de références sociales et croyances culturelles dont sont porteurs certains⁵⁰ patients, dès lors que ces informations ne sont pas connues par des professionnels. Cependant, au sein de programmes de santé publique, ils sont souvent amenés à élargir les questions des responsables sanitaires et sociaux, afin de mieux prendre en compte cette triade de dimensions en interaction. Par exemple : la faible participation d'un groupe à une campagne de prévention est-elle seulement liée à des représentations et à des croyances particulières ? N'y a-t-il pas également des problèmes économiques sous-jacents ? Quel est le point de vue des populations dans l'analyse des problèmes rencontrés ? Quelles représentations ont les professionnels du groupe « cible » ? Ont-ils les moyens de communiquer sur des sujets complexes (comme la sexualité et la mort) ?

Autrement dit, l'approche anthropologique vise à se demander dans quelle mesure des dysfonctionnements ne sont pas également imputables à l'intervention des agents de santé.

Au même titre que les autres systèmes de soins, la (bio) médecine peut être étudiée par les experts en sciences humaines, car non seulement elle a une histoire, mais elle véhicule des représentations particulières de la maladie, du corps et du rôle du malade (et de ses proches) dont sont imprégnés à des degrés divers ses représentants.

De plus, toute relation thérapeutique peut être définie comme la rencontre d'au moins deux spécificités : celle du soigné, mais aussi celle des professionnels qui se succèdent à son chevet.

Dès lors, « un des paris de l'anthropologie médicale « chez soi » est de considérer le système biomédical (son discours et ses pratiques) comme n'importe quelle pratique sociale profane ou comme n'importe quel objet exotique »⁵¹. Cette orientation peut paraître saugrenue. Pourtant, il existe de nombreuses façons de se soigner, et de soigner : comme les soignés et leurs proches, les professionnels sont porteurs d'histoires, d'habitudes et de conceptions particulières des soins qui influencent leurs sensibilités et leurs rapports à la maladie, à l'alimentation, à la douleur, à la mort, etc.

QUELQUES MODÈLES MÉDICAUX : LE CAS DU « SYNDROME MÉDITERRANÉEN »

Quels que soient les lieux d'exercices et les spécialisations, des représentations communes, liées à des formations initiales identiques à l'hôpital, structurent les pratiques médicales. Centrées sur la pathologie et sur une dualité cartésienne corps/esprit, elles tendent à faire prévaloir des logiques de travail associées à des soins curatifs technicisés, et moins à un travail d'accompagnement (to care)⁵². Peu formés à d'autres habitudes et données socioculturelles en matière de soins, des soignants sont alors plutôt conduits à se positionner en tant qu'expert de la maladie, d'où leurs difficultés avec certains patients d'origine étrangère, mais plus globalement « de devoir traiter aussi la famille », c'est-à-dire à prendre en compte les liens entre les soignés et leurs environnements de vie (proches parents, domicile etc.).

Des recherches comparatives internationales montrent également l'existence de modèles culturels dominants du « bon » et du « mauvais » malade chez les soignants, particulièrement prononcés en milieux hospitaliers. En effet, comme dans d'autres institutions (scolaire, carcérale etc.), la persistance de la différence est peu admise à l'hôpital, voire très vite stigmatisée lorsque les directions ou les associations n'ont pas œuvré dans le sens d'une mise à plat des tensions et des incompréhensions engendrées (mise en place de

lieux de discussions, de relais ville-hôpital, de locaux adaptés etc.). Les ressentis, les émotions, les désirs d'hospitalisés ont alors souvent tendance à être interprétés hâtivement, ou à être mis de côté par des soignants, en particulier s'il s'agit de patients d'origine étrangère. À cet égard, le « *syndrome méditerranéen* » ou « syndrome Nord africain »⁵³, est pour les anthropologues une assez bonne illustration de la complexité des processus d'interactions entre soignants et soignés.

Ce syndrome décrit en effet des réactions somatiques et des malaises ressentis par certains soignés d'origine étrangère (remplacement d'un symptôme par un autre, plaintes multiples, maux diffus, volubilité anxieuse, état de prostration, sentiments de persécution, crise de nerfs, etc.). Il s'agit de réactions rapportées à leurs difficultés d'adaptation au système de soins hospitalier, et plus globalement à la complexité de leur situation de migrants. Ce syndrome est alors l'expression de la condition de l'immigré, dont le capital (santé et économique) est fondé sur la force de travail : la maladie, en anéantissant les dimensions de son « corps machine », brise aussi son statut et sa raison d'être dans le pays d'accueil. Le corps devient alors le support du langage, le trait d'union entre le système biomédical (où la dimension biologique importe) et le système culturel du patient.

Lié également à de possibles habitudes de soins différentes⁵⁴, « le syndrome méditerranéen » n'est pourtant pas un phénomène pathologique dont seraient porteurs de façon innée des patients d'origine étrangère ou latine. En effet, il regroupe généralement tous les éléments qui font apparaître les autres dans leurs aspects les plus choquants, au regard des formations, des habitudes, des attentes de professionnels⁵⁵. Plus précisément, ces perceptions négatives de la différence s'opposent trait pour trait à l'idéal du « bon malade », support d'investigations techniques médicales⁵⁶, et « discret », voire inconscients, particulièrement en France, où cette dernière notion sous tend à la fois intériorisation de la douleur, discrétion corporelle, et participation atténuée des proches aux soins (il faut plutôt « affronter » ses souffrances « courageusement » : sans se plaindre, et seul, au côté des l'équipes).

Aussi, par exemple, « les Maghrébins » sont-ils souvent jugés « trop bruyants », (donc « impolis »), en réaction à des normes de discrétion valorisées dans leur société, en milieu institutionnel. Le fait que cette gêne ressentie par les soignants dans les hôpitaux français n'apparaisse pas dans les pays méditerranéens comme l'Italie, l'Espagne ou au Maghreb montre qu'elle relève du champ culturel spécifique dans lequel ils évoluent. Autrement dit, le modèle du « bon malade » français discret pourrait être considéré comme un très « mauvais malade » dans d'autres pays (on pourrait même imaginer qu'il existât « un syndrome français » du point de vue de soignants maghrébins).

DES PATIENTS D'ORIGINE ÉTRANGÈRE, À DES PATIENTS ÉTRANGERS AUX NORMES DES PROFESSIONNELS

La (bio) médecine véhicule des représentations, des pratiques et des discours médicaux dominants, souvent imposés aux patients en milieu institutionnel, et qui ne correspondent pas toujours à leurs références. Au-delà de cet exemple, ce sont donc tous les soignés « étrangers » aux normes culturelles implicites des professionnels (qui risquent de perturber le fonctionnement des services de soins, les logiques médicales) qui peuvent être l'objet de jugements négatifs. Ainsi, les écarts répétés par rapport aux comportements normaux et attendus dans la culture hospitalière (suivi des prescriptions médicales, des horaires de toilettes, des régimes alimentaires et des hiérarchies de statut implicites entre blouses blanches) sont souvent ressentis comme une menace, ou comme une volonté consciente de remettre en cause

la légitimité des savoirs et des façons de travailler des professionnels, particulièrement dans certains contextes de surcharge de travail.

Les figures de « mauvais patient » seraient alors des moyens par défaut permettant à des professionnels de reconstruire l'identité de malades dérangeants. Par effet de miroir, ces derniers révèlent des dimensions de la médecine généralement gommées ou tuées pendant les soins. Dans les pays occidentaux, les patients dérangeants sont ainsi souvent :

- celles et ceux qui empêchent les professionnels de conserver une distance émotionnelle (modèle médical classique des relations généralement acquises au cours des stages, et particulièrement affirmée dans les hôpitaux⁵⁷),

- et/ou de mobiliser des savoirs normalisés⁵⁸,

- celles et ceux qui font ressurgir leurs vies sociales pendant les soins, et/ou qui revendiquent souvent sinon des savoirs, au moins une autonomie remettant cette fois directement en cause la suprématie, l'universalité des savoirs professionnels.

Devenir un ignorant attentif aux autres, et plus encore à soi-même ?

Il est impossible de connaître en détail l'infinie variété des cultures, voire de gérer au quotidien la richesse des pratiques et la complexité des ressentis quand il s'agit des soins. L'idéal est plutôt d'être (ou de rester) conscient de ces variétés, et de la manière dont elles peuvent affecter les pratiques de santé et le rapport au corps de celui qui souffre, ou que la vie va quitter. Car ce qui pose problème, c'est lorsque le vécu du soigné (quelle que soit son origine) est mis entre parenthèse : ses expériences physiques et psychiques plus ou moins déplaisantes invalidantes et involontaires (douleur⁵⁹, handicap, solitude).

Dans les soins, de nombreux malentendus se cristallisent sur des domaines en relation avec le corps et les émotions (expressions de la douleur, conceptions du propre et du sale, du rôle des proches dans les soins, codifications de l'alimentation et du savoir-vivre différenciées⁶⁰). Les attitudes de certains patients peuvent parfois faire d'eux des « mauvais malades », dès lors qu'elles s'opposent à celles attendues « du bon malade ».

Dès lors, le rôle des anthropologues peut être de rappeler que :

- le sens des gestes, des mimiques et de réactions étrangères n'est jamais évident à interpréter *a priori*⁶¹,
- les modèles du « bon » ou du « mauvais » malade sont relatifs : ils sont des jugements fondés sur des normes qui sont loin d'être universelles,
- le « syndrome méditerranéen » est l'une des catégories permettant de penser de l'altérité, mais il tend justement à niveler la complexité des identités humaines (les différences individuelles, sociales et culturelles),
- Ce type de projections peut alors participer à aggraver l'état de santé de patients et la qualité des relations entre soignés et soignants (l'hospitalisation peut ainsi devenir pour les plus âgés des patients d'origine étrangère « une deuxième migration »).

Autrement dit, appliquer de façon trop rigide ses propres cadres classificatoires peut déboucher sur des erreurs d'interprétation et provoquer des souffrances inutiles. La démarche anthropologique, en procédant par de constants va et vient, vise dans ces cas à inviter les soignants à poser des regards introspectifs tant sur leurs habitudes que sur leurs catégorisations professionnelles.

SAVOIRS ET SOIGNANTS : DES OPPOSITIONS ENTRE CULTURE PROFANE ET SCIENTIFIQUE À NUANCER ⁶²

Chez les professionnels de la santé, les recherches en sciences sociales attestent l'existence de pratiques de défense à l'égard de certains patients (dont certaines catégorisations), de stratégies d'évitement de certaines tâches⁶³, et de discours non dénués de valeurs morales (particulièrement visibles dans les contenus des manuels de puériculture ou lors de consultations en pédiatrie⁶⁴), voire d'entreprises de normalisation sociale, et d'usages du mensonge⁶⁵. En effet, « *les soins indiquent non seulement une interaction entre deux personnes, mais des représentations de ce que sont ou doivent être les liens au sein d'une collectivité : parent-enfants, hommes-femmes, experts-profanes etc.* ». ⁶⁵ Autrement dit, les contenus concrets des face-à-face entre médecins et patients sont révélateurs de liens sociaux variés, sous tendus par des cadres moraux divers (systèmes de valeurs), mais aussi par des références symboliques (valeurs, représentations, systèmes de signes et de sens). Les études de terrain menées en France et Outre Atlantique confirment ainsi l'existence de très nombreuses connotations anthropologiques dans le travail, liées notamment aux risques perçus par les soignants : organes « bouc émissaires », conceptions du propre et sale antérieures à la découverte de la bactériologie chez des infirmières, imaginaires de l'immunité et de la contagion⁶⁶, notions « de destinée » ou « de rémission miraculeuses » ⁶⁷, rituels dans les salles d'opérations et autour du cadavre chez des médecins etc.⁶⁸

La variabilité de certains traitements médicaux et des types d'engagement de chaque praticien (type d'écoute, de contacts corporels, d'autonomie laissée aux patients et à leurs proches) traduit le caractère déterminant de sa spécialité, de son mode d'exercice et de sa situation dans le système de soin. Cependant, ces fluctuations attestent également de l'influence de combinaison de valeurs, tant professionnelles que personnelles⁶⁹. En effet, au même titre que les expériences de stages et/ou de remplacements marquants, l'environnement familial des soignants est l'occasion de socialisations⁷⁰, voire à l'origine d'expertises spécifiques. De plus, certaines orientations de soins évoluent au long des carrières de chaque soignant, le plus souvent dans la rencontre quotidienne avec les patients⁷¹.

LA MÉDECINE GÉNÉRALE : UNE INDIVIDUALISATION DES FAÇONS DE SOIGNER PLUS VISIBLE

Entre « Art et Sciences », la médecine est associée à des connaissances théoriques et à des savoirs pratiques (elle est rarement uniquement l'application d'une science, mais un perpétuel dialogue entre

des savoirs scientifiques et des expériences humaines). À cet égard, les observations de consultations et de visites de médecins généralistes sont riches d'enseignements, voire de bonnes illustrations de ce qui se joue à des degrés divers dans les soins, côté professionnels.

Dans le système de santé, ces praticiens sont en effet en position d'interface. En relation avec diverses institutions (hôpitaux, maisons de retraites, Sécurité Sociale, laboratoires etc.), ils sont amenés quotidiennement à composer avec des spécialistes, les autres intervenants de la santé (dont en premier lieu les familles, notamment à domicile) et leurs « patientèles ».

Or, après des apprentissages purement hospitaliers, pour l'ensemble des soignants libéraux, les premières années d'exercice peuvent être particulièrement initiatiques. Ainsi, pour peu qu'ils soient citadins d'origine bourgeoise et installés à la campagne ou dans des banlieues suburbaines, ils découvrent « d'autres mondes », en particulier lors des visites à domicile : par exemple, des habitudes alimentaires « à risque », des milieux défavorisés « sans hygiène, sans aucune ressource », etc. De plus, les multiples aspects de l'autonomie de patients contribuent souvent à remettre en cause le monopole de leurs savoirs savants : non-observance (des ordonnances et prescriptions médicales), itinéraires thérapeutiques (consultations auprès de non experts : proches parents, secrétaires médicales, pharmaciens, aides à domicile, « rebouteux », etc.).

Souvent confrontés à une multiplicité de logiques soignantes, ils se doivent pourtant de rester au plus près de patients⁷². Or, dans le cadre d'exercice en cabinet privé, il est plus difficile aux généralistes de poser les limites d'une relation qui ne connaît pas les balises de l'institution hospitalière (regards permanents d'autres professionnels, règles formalisées etc.). De plus, en créant une relation individualisée avec des patients-clients, ces soignants sont plus directement confrontés aux dimensions sociales, aux paroles et aux désirs de ses derniers. Enfin, parce qu'ils sont particulièrement exposés quotidiennement à des maux personnifiés, et en contact avec des pathologies « hors normes » (du point de vue médical dominant), les généralistes sont alors conduits plus que d'autres praticiens à s'éloigner de normes médicales hospitalières, voire à développer des pratiques contradictoires avec les rhétoriques médicales de la rationalité scientifique⁷³ : « *le fonctionnement des généralistes est très informel, il n'y a pas de lignes de conduite. Il y a des médecins qui mettent la main à l'épaule, d'autres qui embrassent leurs patients, enfin le non verbal ne peut être l'objet d'études... Parce que c'est au-delà de la relation médecin-patient. Et si vous dites qu'ils ne sont pas neutres, — bon, c'est le cas -, mais il faut préserver le secret de la relation, c'est sacré... C'est étudier l'intimité dans la relation qui nous paraît très gênante* » (représentant du Conseil de l'Ordre).

EXEMPLE DE PLURALISME MÉDICAL : EXTRAITS D'UNE MONOGRAPHIE (NOTES ETHNOGRAPHIQUES)

« Les rencontres soignant-soignés sont le fruit d'ajustements multiples où des aspects parfois très intimes des protagonistes sont exposés, sans être tous compréhensibles, et c'est peut-être bien ainsi »⁷⁴.

En médecine générale (comme dans d'autres spécialités), sans s'immiscer dans l'intime, la diversité des prises en charge est assez logiquement repérable sur les registres alimentaires (régimes comportementaux), ne serait-ce parce qu'ils cristallisent universellement de multiples résonances sociales et culturelles : ce sont des pôles de resourcement affectif et identitaire essentiels, donc rarement neutres.

Quelques entretiens enregistrés et retraillés (présentation littéraire)

« Et les régimes protéinés ?

- Ça ne sert à rien : ça va te détraquer, et tu vas reprendre ensuite.

Même avec Valéria qui n'avait jamais eu besoin d'en faire, mieux valait ne pas aborder le sujet. Et lorsqu'il y avait vraiment de l'abus (des patientes abusées), le médecin jouait. D'abord, la généraliste vérifiait d'un air savant la courbe de poids, et la leur montrait :

- Tu es NORMALE, parfaitement normale !

Ensuite, avec les têtues, elle avait un moyen de dissuasion imparable :

- Bon, écoutes bien, disait-elle avec sa mine la plus consternée : à chaque repas, il faut des glucides et aussi des légumes (et forcément les belles convenaient qu'elles n'en mangeaient jamais, ou trop peu). Donc, il y'a quelque chose que tu ne fais pas bien, hein.

- Oui.

- Bon alors, tu vas noter tout, MAIS TOUT ce que tu manges sur une semaine complète, et on verra : ramènes juste ta petite liste COMPLÈTE.

- Alors je supprime quoi encore ? demandaient les femmes vraiment malades.

- Amènes moi ta liste déjà.

En cas d'ultimes tentatives de pourparlers (elles avaient vraiment pris des kilos cet été, il leur était impossible de manger des crudités), le piège se refermait tout à fait :

- Et écrit moi même ce que tu bois, hein !

- Pfff !

- Oui, je sais que ça prend du temps.

Et alors, la consultation commençait vraiment :

... Et arrêter de fumer, tu y as pensé ? (car alors, les réponses pleuvaient, toujours les mêmes imparables)

- Ah non ! Si j'arrête, je prends 4 kilos, et là, on

retourne à la dépression.

Le médecin riait, alors que c'était toujours triste (leurs mères étaient dépressives, elles n'avaient pas fait l'amour depuis des années, et cela faisait quatre ans que leur cardiologue voulait les voir). Puis elle s'arrêtait net. Le visage concentré et pénétré comme sur les meilleurs journalistes politiques de la BBC, mais avec en même temps cette propension à rougir derrière son bureau, et même à rire de son ignorance.

- ... Tu devrais peut-être aller le voir...

- J'ai peur !

- Il est gentil ! ».

Et, en fin de compte, grosses ou pas, les patientes de Valéria ne faisaient ni listes, ni régimes, ni rien parfois (Elles parlaient avec le médecin, et le plus surprenant, c'est qu'elles ne s'en portaient pas plus mal, parfois). Du moins, c'est ce que Valéria avait observé.

« Car les histoires de régimes alimentaires, c'est terrible, parce que la nourriture c'est impossible, en particulier pour les diabétiques : ce n'est pas uniquement de prendre un médicament, c'est de rentrer dans, enfin de s'impliquer dans le traitement, d'avoir cela dans la vie quotidienne, avec l'impression que tu es retiré du monde parce que tu ne peux pas manger un gâteau ou... Ça implique tant de choses ! ».

Après tout, les régimes, c'est un peu comme les histoires d'antibiotiques, — peut-être le plus révélateur chez les médecins pensa Aline⁷⁵.

Par exemple, lorsque la mère disait que sa fille ne mangeait pas bien le soir, Monsieur Paul vérifiait simplement si elle mangeait bien le matin. Puis, à défaut des solutions miracles, la consultation finissait toujours par prendre une allure assez personnelle :

« Et des soupes... maisons ?

- Tous les soirs ! ? s'exclamaient en chœur les familles ouvrières en face.

- ... Moi j'ai été élevé à la soupe, même en été.

- Et ça vous a réussi, admettaient les conjoints ébahis par la taille du médecin.

- Et vous n'avez pas été dégoûté ? » ajoutaient plus perfidement les cuisinières (insinuant que la soupe, il fallait la faire quand même).

Et M. Paul soupirait, car décidément les trois quarts du temps les patients riaient, et lui n'y comprenait rien :

« Et vous ? Vous en êtes où ? demandait-il au mari

- Alors lui, à l'inverse, il a diminué de moitié ! répondaient parfois les épouses.

- Ça alors ! C'est bien, félicitations ».

Mais alors le patient expliquait que c'était grâce au Calva, utilisé par son aïeul centenaire.

« Et puis dès fois, bizarrement, il y a des gens comme elle, qui veulent vraiment qu'on les aide,

APPROCHE ANTHROPO- LOGIQUE DES SOINS

qui veulent du sérieux et tout et tout.

- C'est-à-dire ? (lui demandait toujours Aline)
- Bin d'habitude, les gens ne veulent pas aller voir une diététicienne, alors on ne propose pas... Bon, c'est un truc qu'on pourrait faire... Mais ça demande du temps et de l'énergie... Et on peut pas tout faire quand même ».

Avec François, c'était beaucoup plus simple :

« Mon fils, il fait un blocage sur la viande, c'est... »

- Bin y'a qu'à lui donner autre chose, hein ! ».

Et c'était tout (simplement, en hiver, le médecin ajoutait : « et de toute façon, y'en a aucun qui mange en ce moment : ils sont tous cuits »).

Il n'était jamais d'accord avec les mamans :

« Mais non, attends poussin : il n'est pas chétif votre gamin : il est charpenté, hein : c'est de l'os et du muscle ! »

- C'est pas du gras ? Heu, y'a pas lieu de surveiller l'alimentation ?

- Y sera grand et costaud, comme son père ! »

En sortant de chez François, les pères de famille petits bruns ronds comme lui bombaient triomphalement le torse (et probablement qu'ils répétaient partout ensuite : — « et même que le médecin m'a dit que j'étais pas gros d'abord »).

Finalement, comme partout, les seules à se faire toujours coincer, c'étaient les mères maghrébines :

- « Ouais, vous dites que votre fille mange trop, mais je suis sûr que vous n'arrêtez pas de lui faire des trucs heu, des gâteaux marocains, tous ces machins... »

- Ah ouais...

- Bin arrêtez d'en faire, hein ! s'exclamait François

- Bin ouais, mais moi je mange pas.

- Vous faites des gâteaux au miel et au sucre là ? *(elle riait et lui jurait et s'exclamait de plus belle)*... Oh putain !... Coupez les vivres ! Coupez les vivres ! ... Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise ? *(alors, il s'adressait au gamin)*... T'as entendu, hein ? Il faut pas trop manger, hein... C'est pas qu'il faut pas trop manger, c'est qu'il faut arrêter ces conneries-là, qui...

- Oui, mais je sais *(disait la mère)*... Lui et ses sœurs grignotent beaucoup aussi.

- Et oui, il faut les empêcher, il faut arrêter toutes les sucreries qui sont vachement bonnes là ».

C'était valable pour « les prolos », conscience de classe oblige.

- « Ça sent la rose après... il faut dire que s'il y a des tripes, il en mangera, heu confiait l'épouse »

- Des tripes ! Qu'est-ce que vous allez manger des tripes, franchement... Y'a des gens qui mangent des tripes, ça existe ça ?

- Bin oui ! s'exclamait le mari

- Moi, je fais pas de tripes se dédouanait sa femme

- Pfff ! Y'a bien des gens qui bouffent de la tête de

veau, remarquez admettait le médecin.

- Même des gens bien, hein ajoutait le fautif provoquant les rires

- Le foie gras, c'est plus consensuel... Et vous mangez ça à la cantine à midi, et après vous arrivez à travailler encore ?

- Bin non, j'ai fini moi... Je fais la sieste, vous avez dit : il faut faire une sieste, je fais une sieste !

- Ah la la...

- Mais c'est pas bien bon pour le régime ? demandait quand même le mari

- Mais non, pas trop quoi !

- Faut bouger, alors je joue aux boules » ajoutait le patient, et tout le monde riait encore un bon coup (François en arrivait presque à pleurer de joie, parce que faire rire ses clients, c'était sa manière secrète de soigner à lui).

*

* *

Jean-Michel n'aimait ni trop rire avec ses patients, ni les joueurs de boules (mais il ne leur disait jamais directement). Il faut dire que ce généraliste était bel et bien à part : il s'attaquait de préférence aux jeunes filles un brin dodues qui venaient pour tout autre chose (un certificat sportif par exemple).

- « Bon... c'est un petit peu haut, hein, au niveau du poids.

- (La mère tout de suite) Il faut peut-être arrêter le Mac Donald... ?

- (La fille) ... C'est tatie qui nous emmène.

- (La mère) On y a va encore aujourd'hui parce que c'est le jour de ton anniversaire, puis on va arrêter.

- (Le médecin) Il faut y aller un petit peu moins, arriver à manger quand même plus équilibré avec beaucoup plus de légumes là, pas la priver, mais avec beaucoup plus de légumes là

- (La mère et la fille interloquées) -...

- (le médecin, un peu surpris) — Elle n'aime pas les légumes ? »

C'était souvent à ce moment-là que les mères, naïvement, se mettaient à expliquer qu'elles faisaient toujours des spaghettis le midi, et le soir de la Floraline bien épaisse avec du cervelas ou du gibier...

- « ... Non, là, là, il faut essayer de rééquilibrer tout ça quand même ! Savoir bien manger, c'est pas se priver : c'est manger équilibré, correctement, et donc il faut leur apprendre : c'est de l'éducation ça ! Il faut leur apprendre ! »

Il faut leur apprendre répétait comme un disque rayé le médecin, de plus en plus véhément. Prise par surprise et sans véritable défense, la partie adverse s'effondrait alors lamentablement.

Jean-Michel Lagrange en appelait à la conscience des mères, ce qui ne manquait jamais de les entraîner au désastre.

- « Mais ma fille, elle ne mange que des spaghet-

tis ma fille ! Tous les jours, il lui faut son assiette de pâte, on a renoncé, sinon... (car aussitôt le médecin abandonnait son ordinateur).

- Ah ! non non non, il ne faut pas... sinon quoi ?
- Sinon elle ne mange pas, elle fait la grève de la faim.
- Ah ouais ?... Oh ! ? Tu es si dure que ça toi ?
- (Silence de la fille extrêmement gênée à son tour).
- Elle nous dit qu'elle mange de la ratatouille chez les copains, mais à la maison, elle mange pas.
- Ouais, donc tu vois, tu es donc capable de manger autre chose. C'est juste pour embêter tes parents ça.
- (Silence de la fille presque sous la table)
- (Silence volontairement long du médecin)... Hein, depuis quand elle vous fait ça ?... Hein ! ? ».

La tension atteignait alors son paroxysme : Jean-Michel Lagrange regardait bien dans les yeux les femmes tantôt empourprées, tantôt livides, et d'un ton plus expressément moraliste, il leur proposait de nouvelles recettes (c'était en général très laborieux, car lui-même était terriblement gourmand et n'en connaissait qu'une : les lasagnes pleines de crème). Puis son devoir accompli, le médecin redevenait presque tendre...

- Et si tu y arrives pas, on se revoit dans quelques temps et on remesure et on repèse et on voit ce que ça donne... Hein, tu es d'accord ma grande... On fait ça, OK ? D'accord ? On va essayer.
- Il faut hein, on ne peut pas... la laissez comme ça ! lançait-il encore méchamment vers les mères.
- Ah bin ça !... ça va être dur... Merci au revoir » disaient-elles désespérées (les yeux partant de tous les côtés, comme si le ciel venaient de leur tomber sur la tête).

En général, les filles restaient muettes : elles ne se trouvaient pas si grosses que cela, — enrobées à la rigueur -, car dans le village on mangeait bien. « Peut-être parce qu'il n'a jamais eu de filles, disaient certains villageois.

- On ne parle plus que de l'obésité dans les Médias : c'est dans l'air du temps, ça et la cigarette ».

QUELQUES FIGURES DE GÉNÉRALISTES : HYPOTHÈSES

En médecine générale, des processus complexes, des résonances s'opèrent : les patients choisissent les médecins, la relation s'installe ou se brise d'emblée ; des médecins sont amenés à « cadrer » volontairement leurs clientèles à leur image pour éviter « l'usure » (d'autres n'y parviennent jamais, et se sentent au contraire « dépassés ») ; les mêmes avouent avoir été à titre personnel enrichi par certains d'entre eux, tandis que d'autres

encore se sentent fragilisés, « mis à nu ». Autrement dit, ces praticiens seraient particulièrement au cœur du lien social mais aussi de ses limites : des patients pourraient révéler en eux des intérêts, des peurs, des enthousiasmes, des rejets socioculturels plus ou moins conscients⁷⁶.

Outre Atlantique, des chercheurs ont plus simplement défini les relations médecins-patients comme des rencontres complexes et uniques, des désirs, des émotions et des besoins des soignés comme des soignants : d'où, compte-tenu également de l'étendue du champ des compétences en médecine (générale), des variations importantes des profils clientèles et des sous spécialisations (orientations de soins)⁷⁷.

À cet égard, les médecins (généralistes) seraient, tous comme les patients, porteurs à titre individuel de modèles étiologiques, de conceptions de la santé, et de la bonne distance avec les patients variés (modèles relationnels, façons de composer variées).

Pré analyses de consultations (extrait d'ethnographie⁷⁸) : Jean-Michel, François, Paul et les autres

Pour les tenants de la médecine psychosomatique, la maladie⁸⁰ devient un comportement du malade. En conséquence, l'un des enquêtés est conduit à traiter simultanément les facteurs psychiques et somatiques en intégrant les facteurs prédisposant, déclencheurs et concomitants, et en fonction de la personnalité propre du malade. Tout son travail est d'abord tourné vers un effort de rationalisation de la subjectivité de ce dernier pour lui faire jouer un rôle intégrateur et structurant de l'organisme (d'où son discours d'explicatif très imagé). Dans un deuxième temps, toutes les maladies étant d'une façon ou d'une autre psychosomatique l'enquêté travaille sur les sentiments les plus intimes de ses patients (problème de couples, éducation, décès, etc.). Sur la santé, contrairement aux autres médecins observés, ce médecin tient un discours médical très normatif (revendication scientifique par le contrôle normes, courbes, statistiques d'après des protocoles officiels, en multipliant prestations examens, radios, tests). Selon lui, la santé repose sur le respect des normes médicales. Sa représentation correspond à celle de la santé comme « santé-produit » (la santé est une valeur individuelle que l'on conserve rationnellement). Il est alors attentif au contrôle des paramètres biologiques et développe une éducation du patient au cours de ses consultations (diététique, arrêt du tabac, vaccinations, contrôles dentaires, etc.). Cependant, il s'engage aussi dans des processus sinon de culpabilisation (mise en cause directe du soigné dans l'explication de la maladie), au moins de mise en cause du comportement social de ses patients, toujours susceptibles de déviances (exem-

APPROCHE ANTHROPO-

ple : prise de poids, saignements de nez d'enfants liés assez systématiquement à des problèmes de scolarité, donc d'éducation parentale). En fin d'entretien, il tente de convaincre de ses avis et traitements des patients, redevenus spectateurs, mais engagés à les respecter, tout en programmant les consultations à venir (suivis minutieux de ses patients au cours de colloques singuliers renouvelés). Autrement dit, ce médecin se sent investi d'un devoir d'éducation de ses patients (il s'assimile d'ailleurs au modèle « des officiers de santé »), tenus eux-mêmes à des devoirs individuels et/ou familiaux de santé en général (modèle « paternaliste »). Sa clientèle fournie est d'ailleurs composée de patients fidèles et dépendants à des médicaments et/ou à traitements spécialisés à renouveler : femmes dépressives, mais aussi de patients âgés souffrant de maladies chroniques (diabète, HTA) ou de polyopathologies, ce qui l'amène à faire de nombreuses visites. En conséquence de quoi, il tend à écarter de ses consultations les patients jeunes, et/ou les personnes ayant recours à des soins d'auto santé, à des circuits parallèles, ou encore qui mettent en avant la société comme origine de leurs souffrances.

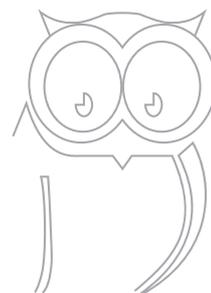
Le travail de son associé est fondé sur la disponibilité, mais aussi l'investissement émotionnel et corporel vis-à-vis de ses patients dans son cabinet (motivation vocationnelle décrite par son confrère qui cherche au contraire à établir une distance avec les patients). Dans un premier temps, ce médecin écoute pour chercher à vérifier, à croiser son savoir médical aux informations venant des spécialistes, et aux discours des patients (« ni tenu pour vrais ou faux *a priori* »). Ses consultations, centrées sur l'examen clinique, s'apparentent à une médecine omnipraticienne « variée et riche ». Sa double formation en médecine générale et aux urgences (où il intervient, ainsi qu'en maison médicale) lui permet en effet de couvrir presque tout le champ de la pathologie et des soins : électrocardiogrammes, petite chirurgie, soins aux nouveau-nés et aux parturientes, écoute de problèmes sociaux et affectifs etc. Sa pratique, à la fois fondée sur un réseau d'amis spécialistes et sur l'explication des gestes et des traitements à ses patients semble correspondre à celle d'une médecine de soins primaires où le médecin est un premier recours. Cependant, il se considère également comme un interlocuteur dans de nombreux domaines des soins : par exemple, il accompagne les patients comme leurs proches dans leurs démarches d'hospitalisation (s'appuyant au besoin sur la secrétaire du cabinet), et il suit de près les femmes en détresse (délaissées par leurs conjoints, en situation économique précaire) pour qui il a de la compassion. Sa clientèle est d'ailleurs essentiellement féminine, mais aussi composée de patients psychiatriques et de tous les autres patients dont son associé ne veut pas. Il n'a qu'une seule peur :

voir débarquer dans son cabinet « les gens compliqués » (dont nous n'avons vu aucun spécimen lors de notre stage).

Il est considéré comme « un bon médecin » par un troisième généraliste qui dénigre comme lui les pratiques médicales centrées sur le simple confort et la beauté (cure d'amaigrissement, soins esthétiques), et en particulier la surmédicalisation de certaines pathologies qu'il juge au contraire « naturelles ». Cependant, ce médecin condamne avec plus de véhémence le rôle grandissant des spécialistes, particulièrement sur des domaines sur lesquels il a développé une expertise. Selon lui, la santé est une capacité à fonctionner (« santé-instrument ») : il valorise la force de travail, la résistance personnelle aux éléments naturels (froid, humidité) et le mouvement, en insistant beaucoup auprès de ses patients de tout âge (et pour lui-même) sur l'exercice physique, et la pratique du sport. Sa pratique semble fondée sur des représentations de la tempérance et l'équilibre corporel (modèle endogène du « tempérament »). La clientèle réduite de ce médecin est d'ailleurs composée majoritairement d'une population peu consommatrice de soins, ou très critiques à l'égard des discours normatifs médicaux, et des jeunes sportifs.

Les pratiques médicales seraient donc indissociables des individus qui les réalisent. D'ailleurs, « *il y a les médecins qui se sentent mal dès qu'ils quittent le cabinet, des hyperactifs genre chirurgien, comme F. Alors qu'il a déjà frôlé le divorce... Moi aussi. Sauf que lui, il ne sait faire que cela. Et puis c'est un affectif, tout le contraire de moi : lui, il donne tout aux patients, c'est lié à son histoire familiale, et puis il a de grands besoins d'argent. Sa femme infirmière a quitté son métier pour l'aider* ».

Derrière ce simple témoignage, c'est toute la complexité des modèles professionnels et des parcours individuels qui se dessine. Analyser les motivations initiales, les choix de carrière, mais aussi les choix d'ordre privé et plus globalement les itinéraires de vie (identités plurielles, nourries par des affiliations à des groupes et à des réseaux divers, profils sociaux et psychologiques⁷⁹), tel pourrait être aussi le rôle de chercheurs, dans des professions où justement les limites personnelles et professionnelles sont souvent difficiles à poser (expliquant notamment des reconversions).



APPROCHE ANTHROPO- LOGIQUE DES SOINS

Des logiques de travail qui peuvent conduire à des épuisements professionnels

Les difficultés à poser des frontières franches entre vie privée et la vie professionnelle sont importantes en médecine générale comme dans les spécialités « vitales » (hospitalières), dans les régions peu médicalisées (difficultés à organiser des tours de gardes, à trouver des remplaçants), et particulièrement ressenties chez les femmes en raison de leurs rôles traditionnels familiaux. Cependant, les enquêtes révèlent l'incidence d'autres processus, bien connus en médecine, qui tendent *in fine* à augmenter leurs disponibilités horaires (qui peuvent donc être à la base d'usure, voire de démotivations : endurance professionnelle (habitudes de dépassement de soi, hyperactivité acquises dans les services comme interne), idéaux d'autonomie valorisant le fait « *d'assumer tout, et tout seul* », et « *effets drogue* » sont particulièrement manifestes en libéral (en clinique et en cabinet⁸⁰). Les médecins y éprouvent des difficultés à stopper (« *à lever le pied* ») ou à réduire un travail finalement toujours source de fortes compensations identitaires (« *se sentir utile* », voire « *indispensable* »), et cela souvent aux dépens des sphères privées (investissement familial⁸¹), surtout si le travail est l'unique centre d'intérêt social (profil masculin de médecins plutôt âgés).

En médecine générale, et sans parler des raisons de santé et/ou pécuniaires personnelles, on travaille généralement beaucoup : par obligation (on est seul, on débute), pour faire carrière (on développe des domaines de compétences choisies⁸²), mais aussi par éthique (refus d'« *abandonner* » des patients, « *devoir de soins* ») et/ou par peur (incapacités à dire non, pour éviter la faute professionnelle), soit encore en raison de compétitions entre praticiens (peurs de perdre des clients au bénéfice de concurrents), et des logiques de clientèle : « *Dans certains lieux d'exercice (hospitaliers), on facilite un peu le, euh, l'activité médicale en proposant des examens sous anesthésie parce que les gens le font volontiers — donc nous, on en pâtit parce qu'après les gens ont des exigences heu suite à des bouches à oreilles* » ; « *Il faut que les cabinets tournent aussi, qu'on attire les clients, qu'on aille dans le sens du poil, enfin...* », « *c'est difficile de résister aussi aux pressions des lobbies pharmaceutiques* ».

Dans ces sens, la multiplication d'actes, voire le développement d'une médecine « défensive » déjà amorcée par les pressions jurico-légales seraient les conséquences de processus complexes encore à étudier, dans la nuance : ils sont par exemple souvent liés à des (sous) spécialisations, c'est-à-dire également la conséquence d'investissement auprès de certains groupes (ex. clientèle consommatrice de soins), et/ou d'habitudes de prescriptions auprès de collaborateurs privilégiés (confrères spécialistes, mais aussi visiteurs médicaux)⁸³.

LES SOINS, VÉRITABLES BOUILLONS DE CULTURES

« *Le soignant doit surtout savoir qu'il sait infiniment peu de celui qu'il soigne, et tenir compte de cette limitation* » (médecin)⁸⁴

En anthropologie, « *les soins* » désignent avant tout une question, ou un ensemble de questions : ce que soigner peut signifier dans différents groupes ; en quoi la catégorie « *soins* » permet la comparaison entre diverses pratiques et diverses sociétés ». Or, dans le feu de l'action, les professionnels de la santé manquent souvent de recul sur la complexité de ce qui se joue dans leur travail quotidien. Ils peuvent alors être notamment conduits à appréhender globalement et souvent négativement des usagers⁸⁶.

Ces processus sont observés chez des soignants confrontés à des réalités pas ou peu abordées dans les formations initiales : contextes d'interculturalité, prises en charge du « *tout venant* », de patients et de familles souffrant de maux sociaux (cumul de difficultés économiques, grand âge, solitude, dépressions, troubles mentaux, addictions etc.). Cependant, ils sont plus importants chez celles et ceux, qui, peu informés du vécu des patients, sont perméables à des stéréotypes répandus dans la société, ou simplement entraînés dans des routines professionnelles et/ou entravés par des logiques institutionnelles parfois elles-mêmes violentes à leur égard⁸⁷.

Universellement, la différence dérange, car elle remet en cause des certitudes, peut susciter des chocs, voire des réactions de repli identitaire. Aider à en parler, à repenser la diversité des conduites humaines (les identités sociales et cul-

turelles, les attitudes contrastées face à la maladie, la naissance et la mort), mais surtout à ne pas sous-estimer les souffrances générées par des accompagnements trop standardisés, telles peuvent être des applications de l'anthropologie aux soins. En effet, la relation avec autrui répond universellement à des impératifs symboliques et sociaux intériorisés, qui façonnent une éthique des relations, et offrent des repères face au malheur et à la maladie.

Cette discipline invite alors à ne pas recourir aux « gros » concepts unifiant, et au dualisme sommaire, pour leur préférer une logique plurielle, une analyse multifocale. Ainsi, ce n'est pas parce qu'on associe la maladie à d'autres infortunes qu'on ne sait pas la reconnaître, ni parce que l'on est d'origine étrangère que l'on ne peut pas comprendre un discours « scientifique » médical. Et inversement, le fait d'être médecin (ou chercheur en sciences sociales) n'empêche pas des attitudes paradoxales, des peurs « exagérées », ou des conceptions « profanes » des soins⁸⁸.

Il existe de nombreuses façons de concevoir les bonnes manières de manger, de se laver, de (se) soigner, de se protéger de la maladie, de l'appréhender, d'exprimer la douleur, d'accompagner les patients : reconnaître ces spécificités, se familiariser à la diversité des ressentis et des points de vue, qu'ils émanent de soignés, de leurs proches ou de soignants, relève d'une approche anthropologique. Autrement dit, une initiation à cette discipline peut « rendre les soignants (et les bénévoles) davantage sensibles à l'héritage culturel de chaque patient et de son entourage, mais aussi à leur propre héritage »⁸⁹.

L'objectif n'est jamais de transformer les médecins en sociologues ou en anthropologues, à qui il faut souvent des dizaines d'années de terrain avant de commencer à prétendre saisir la signification profonde, la cohérence de groupes en nombre limités⁹⁰. Il s'agit plus sûrement de s'inspirer de leur démarche : se méfier de l'attitude universelle qui consiste à interpréter les faits et gestes des « autres » uniquement en fonction de ses propres normes sociales et culturelles (ethnocentrisme). Et accepter de jouer le jeu de miroir, car s'informer d'autres références, d'autres habitudes en matière de soins revient toujours à se confronter à ses propres composantes socioculturelles.

LES INTERACTIONS SOIGNANT-SOIGNÉ, DES RENCONTRES SOCIOCULTURELLES UNIQUES À RÉINTERROGER

Concrètement, des anthropologues peuvent aider les professionnels qui en éprouvent le besoin⁹¹ à interroger leurs propres réactions émotionnelles, au moins pour qu'ils puissent s'en distancier (un peu comme le font les anthropologues avec leurs carnets de terrain), et à décrypter leurs modèles et

idéaux professionnels en partant de cas concrets, de situations vécues par les soignants, et de questions très simples. Par exemple :

- Quels types de patients sont-ils amenés à soigner ? Quelles images en ont-ils, quelles différences perçoivent-ils chez des soignés qui ne « coopèrent pas », qu'est-ce qui les touchent, les heurtent (et pourquoi ?),
- Quelles sont les particularités du modèle de soins (bio) médical, très présent dans le monde, comparé à d'autres habitudes et systèmes de soins ? Quels sont les modèles dominants en médecine⁹² ? Quelles orientations donnent-ils à leurs pratiques ?
- Quelles sont leurs motivations et leurs parcours professionnels, leurs doléances ? Jusqu'où peuvent-ils adapter leurs soins aux différences qu'ils perçoivent chez des soignés ? À quels problèmes éthiques sont-ils confrontés (et pourquoi ?)
- Comment parviennent-ils à concilier vie professionnelle et vie privée ? etc.).

Cependant, le plus dur reste encore à faire : accepter de ne pas trouver de réponses à bien des questions (car pas plus que les médecins les chercheurs en sciences humaines n'ont de solutions miracles), et peut-être surtout le fait de ne jamais pouvoir tout maîtriser. Car « *en formation, l'important c'est de pouvoir comprendre pourquoi des gens ont des priorités différentes. Mais surtout d'accepter qu'il y a des choses qu'on ne comprendra pas : pas parce qu'ils sont en tord, mais parce que je ne les comprends pas. Une révolution en médecine...* » (médecin formateur).

Dans ce sens, les regards extérieurs sont souvent dérangeants, mais utiles pour pointer des spécificités, et faire des liens entre différents groupes parfois antagonistes, ou oubliés⁹³.

Ce sont alors d'autres questionnements (et débats) qu'il faudrait peut-être ouvrir, particulièrement chez les acteurs pivots que sont les médecins généralistes, les infirmières et les aidants à domicile⁹⁴. Il s'agirait, par exemple, d'analyser de façon plus systématique les conséquences dans les ressentis et dans les pratiques :

- des partages de territoires (géographiques et en terme de clientèles) plus ou moins prestigieux entre professionnels, car participant aux sentiments de non reconnaissance voire de déclassements⁹⁵ ;
- d'incapacités à « lever le pied », voire de tentatives à s'épuiser soi-même ;
- des idéologies salvatrices et omnipotentes qui baignent la société, mais auxquels finalement des professionnels de la santé participent (expliquant notamment des difficultés chez des médecins à annoncer des diagnostics graves, ou à accompagner à la mort⁹⁶).

Dès lors, outre les possibilités de travailler sur la façon dont chaque professionnel aborde, repère

APPROCHE ANTHROPO- LOGIQUE DES SOINS

des différences (qu'elles émanent de patients ou de confrères), si elles sont ou non stigmatisées (et pourquoi), de nouvelles pistes de travail seraient à construire ensemble: comment aider des médecins généralistes en particulier avant qu'ils ne tombent dans des situations de « *burn out* »? Comment malgré tout faire (re) connaître à certains praticiens le travail de psychologues, secrétaires⁹⁷, assistants et éducateurs sociaux, agents des services de soins et des chambres mortuaires, pharmaciens, kinésithérapeutes, etc., sans oublier les proches des patients⁹⁸? Car, finalement, tous témoignent de l'enrichissement qui procure le fait de soigner, mais également de l'usure qu'entraîne parfois l'exposition quotidienne avec certains soignés et leurs proches, particulièrement lorsqu'on est conduit à s'engager en solitaire à leurs côtés. Interroger différemment les identités de professionnels de la santé, ce serait alors aider certains d'entre eux à reconnaître leurs limites individuelles et/ou les limites de la médecine (et inviter également à en parler aux usagers, seul moyen efficace pour lever des risques de conflits, voire de procès). Cependant, cela reviendrait *in fine* à poser une seule question de fond: quelle médecine voulons-nous pour demain? Comment reconstruire la médecine de proximité?

Aborder les dimensions sensibles et symboliques des soins impliquerait en effet d'aborder le politique, un bon sujet pour battre en brèche des tendances à parler davantage (voire uniquement) de la violence visible perçue dans les relations soignants/soignés (exigences, agressions, procès), et peu de violences plus souterraines, qui sont aussi à la base des comportements de soignés comme de soignants (manque de moyens pour faire ou recevoir des soins de qualités, isolement ou marginalisation social, etc.).

Autrement dit, il semble tout aussi important de poser de nouvelles bases de collaborations plus réfléchies entre médecins, entre les médecins et les autres acteurs non médicaux, que d'écouter ce que tous répètent depuis plus de 10 ans: les besoins de structures adaptées en psychiatrie et pour les personnes âgées, de formations indépendantes⁹⁹, de revalorisation du « petit personnel » (en particulier dans les maisons de retraite), l'urgence de véritables concertations pour rassurer de nombreux médecins généralistes et gériatres (sentiments d'abandon, manque de communication avec les pouvoirs publics, difficultés de prises de décisions solitaires et/ou de responsabilités diagnostiques¹⁰⁰), les nécessités vitales d'organiser des temps de pauses entre les équipes hospitalières etc.

Au risque de mettre des professionnels dans des conditions de travail telles qu'ils ne puissent plus « *poser un regard à l'ancienne, qui prend soin aussi* » (psychiatre).

Anne Vega

Chercheur anthropologue, Anne Vega travaille sur les métiers de la santé notamment en collaboration avec l'EHESS et la DREES. Elle a publié, entre autre, "Les logiques des réseaux informels en médecine générale : la nécessaire personnalisation des métiers du soin" (co-écrit avec M. Lustman), *Sociologie et santé* (à paraître en décembre 2007). "Etre cadre de santé et trouver sa place au sein du collectif soignant", in Sainsaulieu I. (dir), *Les cadres hospitaliers*, Lamarre, 2008 (à paraître).

Bibliographie

- Bianquis I., Le Breton D., et Méchin C., (dir), *Usages culturels du corps*, L'Harmattan, Paris, 1997
- Blais J., *Scènes de la vie ordinaire dans le 'cabinet théâtre' du médecin*, Paris, Ed. du médecin généraliste, 1996
- Castel R., « Les pièges de l'exclusion », *Revue internationale d'action communautaire*, vol.34, 1995 : 13-21
- Cuche D., *La notion de culture dans les sciences sociales*, La Découverte, Paris, 1996
- Daneault S., et al, *Souffrance et médecine*, Presses de l'Université du Québec, 2006
- Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, P.U.F, Paris, 1991
- Desclaux A., *Interprétation maternelles et médicales du risque de transmission mère-enfant du VIH et processus de décision en matière de procréation*, Rapport final, projet ANRS, 2001 : 336-337
- Durif-Bruckert C., *Une fabuleuse machine : anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*, Métailié, Paris, 1990 (357 p)
- Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels*, ANAES (Faure, Humbert, Lustmann, Sarradon, Vega), ANAES, 2004
- Fainzang S., « Récents développements de l'anthropologie médicale », *Sciences Sociales et Santé*, vol 19, 2, 2001 : 5-27. Médecins-malades: information et mensonge, PUF, 2006.
- Fuentes C., *Christophe et son œuf*, Gallimard, Paris, 1990
- Froment A., *Pour une rencontre soignante*, Paris, Éd. des Archives Contemporaines, 2001.
- Gagnon E., « L'avènement médical du sujet », *Sciences Sociales et Santé*, vol 16, 1, 1998 : 56-57.
- Good M., *Medicine, Rationality and experience*, Cambridge University Press, Boston, 1994.
- Kirmayer L., Benoist J., Cathebras P., 1993. « The body: from an immaterially to another », *Social Science and Medicine*, vol.36, 7, 1993 : 857-865
- Lévinas E., Interview. *Conversations with French philosophers*, Humanities Press, New Jersey, 1995
- Le Grand Sébille C., *Étude sur les représentations du SIDA* (Rapport final), I.M.T.N.F, août 1999. « Le syndrome méditerranéen et après », conférence donnée à l'hôpital

d'Avicenne, Paris, jeudi 21 avril 2005. *Pour une autre mémoire de la canicule*, Editions Vuibert, 2005

Lupton D., « Consumerism, reflexivity and medical encounter », *Social Science and medicine*, vol45, 3, 1998 : 373-381

Olivier de Sardan J-P., « La politique du terrain », *Enquête*, vol1, 1995 : 71-109

Peneff J., *La France malade de ses médecins, Les empêchés de penser en rond*, 2005

Retel-Laurentin, *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, L'Harmattan, Paris, 1987

Saillant F., Gagnon E., « Vers une anthropologie des soins ? », *Anthropologie et Sociétés*, vol 23, 2, 1999 : 5-14

Schwartz O., « L'empirisme irréductible », in N. Anderson. *Le Hobo, sociologie du sans-abri*, Paris, Nathan, 1993 : 265-305

Vega A., *Une ethnologue à l'hôpital*, Editions Archives contemporaines, Paris, 2000. *Soignants-soignés, approche anthropologique des soins*, Editions DeBoeck-Université, Paris, 2001. Perceptions du travail et identité professionnelle : médecins salariés-médecins libéraux, même combat ? La Documentation Française, Ministère de la santé et des solidarités, Dossier solidarité et santé, Hors série 2007.

Notes

¹ Toutes les sociétés devaient évoluer à partir d'un unique modèle de civilisation (celui de l'anthropologue)

² Par exemple, celle des grands empires africains, un continent qui reste traditionnellement la terre de prédilection de l'anthropologie française (Michel Leiris, René Dumont, Marcel Griaule, Rouch, Marc Augé etc.)

³ Des conditions environnementales identiques peuvent entraîner des choix techniques et culturels divers au sein de sociétés qui sont toutes caractérisées par l'échange avec d'autres (guerres, migrations, commerce, alliances matrimoniales). D'où l'importance de ces objets de recherche en anthropologie et des concepts de syncrétisme et d'acculturation (processus de ré-interprétation, d'intégration et de mélanges de références entre les groupes et les cultures)

⁴ On peut lire sur ces sujets *Races et histoires* (petit livre de chevet très court et très efficace – au même titre que les travaux d'Albert Jacquart), le célèbre *Tristes tropiques*, mais aussi se plonger dans d'autres récits de voyages et d'enquêtes, y compris ceux de missionnaires parfois très en avance sur leur époque (Bartholomé de Las Casas par exemple)

⁵ Particulièrement les mythes, qui participent « aux lois structurales de l'esprit » parce qu'ils sont une manière de penser propre à tous les Hommes (Homme en lien avec son environnement)

⁶ Ainsi, en France l'étude de Jeanne Favret-Saada sur la sorcellerie dans le bocage normand

⁷ Le relativisme culturel consiste à considérer ses propres modèles comme des modèles parmi d'autres

⁸ Etude des formes variées « d'attention à l'autre » qui interviennent dans diverses pratiques thérapeutiques (Levinas, 1995)

⁹ Pour aller plus loin, lire les travaux de l'anthropologue

Françoise Héritier

¹⁰ Cuche, 1996 : autre ouvrage court, le seul peut-être à lire sur le concept de culture, car il aborde aussi les cultures immigrées, sources de nombreuses incompréhensions dans les soins

¹¹ Les deux disciplines ont d'ailleurs des ancêtres en commun, tels que Marcel Mauss (« fait social total ») ou Ervin Goffman (interactionnisme)

¹² Autrement dit, il s'agit de mettre à jour des représentations et des interprétations ordinaires, des pratiques usuelles et de comprendre leurs significations pour les sujets, sans forcément établir de systématisation formelle des conduites sociales, ou de typologies comme en sociologie

¹³ Les plus souvent après des enquêtes exploratoires, afin de choisir des groupes et des lieux « témoins » : susceptibles de cristalliser des enjeux majeurs et/ou des paradoxes (pour ceux qui s'intéressent aux méthodes d'enquête privilégiées notamment par les anthropologues, lire l'article très clair de Jean-Pierre Olivier De Sardan, 1995)

¹⁴ Déformation commune avec celle de médecins : les tentatives à s'approprier des sujets

¹⁵ Ce travail implique donc de la concentration pour mémoriser, se rappeler et retranscrire le plus précisément possible de « scènes » ou des discours dont on ne sait pas encore si ils sont pertinents pour la recherche

¹⁶ Particulièrement à l'étranger, dans des contextes politiques complexes, mais aussi lorsqu'il étudie des institutions dont les coulisses et les relations sociales sont peu accessibles pour les non initiés (Vega, 2000)

¹⁷ Olivier Schwartz (1993) fait une très bonne introduction à ce type d'enquêtes, finalement très particulières

¹⁸ Par exemple les notions de « basses besognes », mises à jour par les sociologues

¹⁹ Comme sur l'objectivité du chercheur, il existe des querelles d'écoles sur les niveaux de généralisation possible

²⁰ Thématiques développées dans Vega, 2001 (manuel à destination des soignants, qui comprend de nombreuses orientations bibliographiques), Le Grand Sébille, 2005 (conférence), et dans *Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales*, paru récemment aux éditions Les Belles Lettres

²¹ Erny, 1997, p : 1

²² Les pratiques et les discours médicaux dominants et officiels

²³ Dans l'immense majorité des cas, les investigations cliniques et biochimiques sont négatives et ne révèlent pas d'insuffisance hépatique

²⁴ Cité par C. Le Grand-Sébille, 1999, p : 50. Lire aussi à ce sujet les travaux de Durif, 1990

²⁵ De la même manière, les comportements du psychopathe ou du dément varient selon les cultures (ce qui explique l'existence de cliniques spécialisées pour les migrants, suivis par des ethnopsychiatres)

²⁶ Daneault, 2006 : 114

²⁷ Ainsi, en France, les nouveaux recours médicaux précoces de familles populaires (sans atteindre cependant le niveau des classes moyennes et supérieures), et la transformation de patients âgés et très argentés « en gros consommateurs »

(Peneff, 2005)

²⁸ Pour un observateur non soignant, ce qui se raconte lors des visites ou dans les cabinets de médecine générale illustre donc assez bien les différentes strates sous jacentes des soins présentes également dans les sociétés dites « occidentales » : soignants et soignés peuvent évoquer l'efficacité ou l'utilité de régimes alimentaires, puis la fatigue ontologique des femmes, « les vieux de la vieille » raconter leurs guerres et leurs problèmes de prostate, et leurs petits-fils leurs dernières performances sportives

²⁹ Étude qualitative, 2004

³⁰ Les nomenclatures des spécialités médicales psychiatriques ne sont d'ailleurs pas identiques dans tous les pays

³¹ Dans la plupart des sociétés, il existe des rapports d'énergies entre l'Homme, des présences occultes ou invisibles et des lieux plus ou moins chargés de forces immanentes à entretenir et à recharger. L'état de santé des individus est donc souvent relié à leur situation face à une constellation de forces qui les rend *a priori* plus ou moins vulnérables à certaines influences (pour faire des liens, penser à l'astrologie par exemple)

³² La (bio) médecine est dans ce sens allopathique, puisque les traitements médicaux sont historiquement à visée sous-tractrice (saignée, chirurgie)

³³ Le primat du domaine causal (qui n'est pas celui de la bio-médecine) est répandu dans les médecines à transmission orale

³⁴ Pour aller plus loin : lire les contributions d'anthropologues comme François Laplantine, Raymond Massé, ou encore « le » Retel Laurentin (beaucoup d'exemples concrets, dans toutes les sociétés)

³⁵ *Idem*, lire à ce sujet les contributions de sociologues, dont celles de Claudine Herzlich, Jeanine Pierret.

³⁶ Au-delà de leurs variabilités, tous les systèmes thérapeutiques supposent en effet au minimum la reconnaissance d'un « autre fragilisé » (individu ou collectivité) et dont la situation mérite attention et action (Lévinas, *op. cit.*)

³⁷ Cependant les individus ont souvent des opinions très précises sur la nature, la fonction et les dangers des médicaments, transcendant leur simple action pharmacodynamique (sur ce sujet, lire les recherches de l'anthropologue Claudie Haxaire)

³⁸ Sur ce sujet, lire les travaux de l'anthropologue Françoise Loux

³⁹ Pour aller plus loin : lire les travaux des anthropologues Françoise Zonabend, Germaine Tillion et Mahamet Timéra (notamment)

⁴⁰ Le Grand Sébille, 2005 (introduction à l'anthropologie de la mort, et exemple du rôle de mémoire de certains travaux anthropologiques)

⁴¹ Lire à ce sujet les travaux de l'anthropologue Francine Saillant

⁴² Dont les difficultés de prise en charge de la mort par des professionnels, déjà difficilement assumée par l'ensemble de la société

⁴³ D'après les travaux de Kleinman, et Castel, 1995

⁴⁴ En France, 30 à 40 % de la population ne voit jamais un médecin, y compris à un âge avancé. La carte des installa-

tions libérales et hospitalières est superposable à la richesse moyenne par habitant : la consommation médicale se modè-
le en intensité et en coût sur les autres consommations (d'après les travaux du sociologue Jean Peneff, *op. cit.*)

⁴⁵ Blais, 1996 : 99

⁴⁶ Au même titre que les violences conjugales, incestes, suicides (dramas individuels, mais ayant également des dimensions sociales complexes)

⁴⁷ Dans cette succincte présentation, peu de cas concrets (de soignés) sont abordés sciemment, afin de privilégier au contraire des raisonnements en terme de possibles

⁴⁸ Encore une fois, chacun d'entre nous s'approprie les données de sa culture ambiante et les rejoue selon son style personnel

⁴⁹ L'hôpital est une institution particulièrement hiérarchisée (multiplication des professionnels qui se succèdent au chevet des malades), dont le fonctionnement n'est pas toujours évident à comprendre

⁵⁰ Et toujours avec nuance : en effet, si les croyances participent à un système de références culturelles (imaginaire collectif), elles sont le plus souvent syncrétiques et réadaptées (il existe toujours des degrés d'adhésion très variables selon les individus)

⁵¹ Fainzang, 2001 : 8

⁵² Pour aller plus loin : Kirmayer L., Benoist J., Cathebras P., 1993

⁵³ Catégories souvent posées sur les ressortissants du Proche et du Moyen Orient en France, mais également *a priori* lorsqu'ils posent problème aux soignants

⁵⁴ Par exemple : « ils mangent les plats apportés par les familles malgré les régimes » ; « les familles veulent tout faire à notre place ». Ce sont également des signes de « douilletterie », de « simulation », de « faiblesse », voire « d'exigence » qui caractérisent pelle mêle les porteurs de ce syndrome (pour certains soignants)

⁵⁵ L'absence de signes biologiques, de lésions organiques ou de procédés thérapeutiques est donc souvent interprétée comme l'absence d'une « vraie urgence », « d'une vraie maladie » ou encore « d'une vraie douleur ».

⁵⁶ Les étudiants en médecine sont soumis au cours de leurs stages à de véritables initiations à la distanciation émotionnelle (Good, 1998) : un ouvrage à lire avant tous les autres sur la professionnalisation médicale.

⁵⁷ Ainsi, des malades dit « lourds » qui alourdissent la charge de travail par des demandes d'écoutes et/ou de soins de nursing, et/ou qui renvoient souvent les soignants aux limites de la médecine et à des tabous majeurs dans la société (perte d'une partie de la maîtrise des corps et/ou esprits, confrontations directes avec la souffrance et la mort).

⁵⁸ Qui ne se prouve pas, mais s'éprouve et dépersonnalise. Autrement dit, la douleur perturbe non seulement la relation de l'individu à son corps, mais elle contamine la totalité de son rapport aux autres (sur ce sujet, lire les travaux de David Le Breton).

⁵⁹ Codes de politesse et de l'honneur également variables selon les individus, les groupes, les époques.

⁶⁰ Sur le langage non verbal, qui échappe en grande partie au soigné comme au soignant, lire les petits ouvrages didactiques d'E. T Hall (par exemple : *La dimension cachée*, Seuil,

Paris, 1971).

⁶¹ Observations et entretiens de médecins généralistes menés dans le cadre d'études post doctorale (Fyssen et DRESS) depuis 2002

⁶² Sur ces processus : Deanault, Vega *op. cit.*, notamment

⁶³ Lire à ce sujet les contributions de l'anthropologue Suzanne Lallemand, et de la sociologue Françoise Bouchayer (notamment)

⁶⁴ Fainzang, 2006.

⁶⁵ Saillant et Gagnon, 1999 : 10

⁶⁶ Anciennes conceptions humorales, aéristes (Vega, 2000), auxquels sont souvent confrontées, par exemple les infirmières hygiénistes dans les contextes de lutte contre les maladies nosocomiales.

⁶⁷ Par exemple, des médecins préfèrent poursuivre des traitements curatifs « *parce que d'autres malades sont repartis sur leurs pieds* ».

⁶⁸ Sur ces sujets, lire notamment les contributions de l'anthropologue Marie Christine Pouchelle, ou (re) voir les films du réalisateur Lars Von Trier.

⁶⁹ Chez l'ensemble des professionnels libéraux, la diversité des rapports à la maladie est particulièrement visible au travers de leurs multiples pratiques d'hygiène (qui mériteraient à elles-seules un chapitre entier). Sur ces sujets, lire les contributions de l'anthropologue Mary Douglas, ou celles de l'historien Georges Vigarello

⁷⁰ Processus par lequel l'individu apprend, intériorise les valeurs, normes et codes de son environnement social et culturel, selon des processus en grande partie inconscients

⁷¹ La construction des savoirs soignants se réalise souvent en solitaire, directement dans le face à face avec les soignés et/leurs proches (parents)

⁷² « *On passe de la Faculté, où on voit beaucoup de confrères, des amis et après brusquement, on est isolé, on fait de la médecine du matin au soir : on perd un peu ses repères... On n'a plus le temps de discuter, donc on a deux solutions. Ou alors on se dit : je suis très fort, je suis le meilleur médecin du quartier, donc de toutes façons y'a aucun problème ; ou alors on commence à douter, on se dit : est-ce que j'ai pas fait une bêtise ? Mais on n'en parle pas de ça, parce qu'on n'a pas de contacts* » (médecin généraliste retraité)

⁷³ Amenés à pratiquer au quotidien « *une autre médecine* », s'écartant *in fine* de l'idéal d'objectivité (distanciation, neutralité à l'égard des patients) toujours enseigné à hôpital et prôné tant par l'Etat (par exemple par l'ANAES) que par le Conseil de l'Ordre (rhétoriques de la rationalité scientifique)

⁷⁴ Le Grand Sébille, *op. cit.*

⁷⁵ Qui joue ici le rôle de l'ethnologue

⁷⁶ Dans ce sens, des anthropologues s'intéressent en particulier aux limites de l'implication de soignants auprès de certains patients, tant à cause du caractère perturbateur de leurs comportements (hors des règles médicales, et/ou en décalage avec des normes sociales, culturelles dont les professionnels sont porteurs), qu'à cause de la gravité de leurs maux (et plus précisément de leurs impacts sur les professionnels)

⁷⁷ Lupton, 1998. Desclaux, 2001

⁷⁸ Amorces de réflexions et d'hypothèses qui n'engagent ici que l'auteur, mais permettent d'illustrer plus concrètement

les différentes étapes du travail (et les cheminements parfois tortueux) des anthropologues.

⁷⁹ Liés donc en grande partie à la socialisation primaire (histoire familiale, rang au sein des fratries, sexe, milieu social d'origine etc.), déjà étudiée notamment chez les infirmières

⁸⁰ En raison d'idéaux de « *débrouillardise* » voire de « *savoir face en solo* » motifs de fierté chez certains libéraux (médecins, mais aussi kinésithérapeutes, infirmières), mais aussi « *du contrat moral* » passé avec les clients, et de logiques financières

⁸¹ Comme en politique, la famille est souvent sacrifiée, d'où l'importance de l'endogamie professionnelle, des divorces, voire des regrets (être passé à coté de ses enfants)

⁸² Chez les salariés comme les libéraux, le développement des (sous) spécialisations officielles et/ou d'exercices secondaires est également à la source d'augmentation des temps de travail. Ils correspondent aux centres d'intérêts de chaque médecin, et/ou à l'histoire du prédécesseur ou du service, et/ou à des logiques financières.

⁸³ La multiplication d'enquêtes à leurs sujets serait importante, au même titre que des études sur les itinéraires des patients (acteurs clés passés généralement sous silence ou uniquement stigmatisés)

⁸⁴ Froment, 2001 : 100

⁸⁵ Saillant et Gagnon, 1999 : 5

⁸⁶ Discours paradoxaux sur « *les familles* », étiquetages globalisant (« *les gens* », les « *psy* », les « *syndrome méditerranéen* », etc.)

⁸⁷ Notamment des infirmières et aides soignantes hospitalières (Vega, *op. cit.*), particulièrement confrontées à des plaintes orales d'usagers, mais aussi à des logiques de travail diverses, voire divergentes, à des lourdeurs administratives, voire à enchaînements de dysfonctionnements institutionnels parfois chroniques (pénuries de personnels, matériel et architecture inadaptés)

⁸⁸ À cet égard, des études plus systématiques sur la façon dont les médecins français se soignent, et réagissent en milieu hospitalier seraient à mener (ne serait-ce parce qu'ils sont souvent considérés par les autres acteurs de la santé comme de « *mauvais malades* »)

⁸⁹ Catherine Le Grand Sébille, *op. cit.*

⁹⁰ Commencer à travailler sur des exemples français, puis européens peut aider des professionnels à appréhender ensuite avec plus de nuances des cas portant sur d'autres groupes culturels, voire à faire des passerelles, des liens (avant de pouvoir porter un regard critique sur des évolutions propres à chaque société, toujours composée de groupes sociaux divers)

⁹¹ La démarche anthropologique (constants aller-retours sur les autres et soi-même) peut être pénible, car elle oblige à prendre en compte la complexité des situations, à mieux connaître des données historiques et anthropologiques, voire à remettre en cause des images professionnelles rassurantes, alors qu'on en demande déjà beaucoup aux (équipes) soignant(e) s

⁹² Vega, 2007

⁹³ Par exemple, il existerait en France (comme probablement au Québec) « *une mémoire soignante* », c'est-à-dire des expériences des soins communes aux professionnels et aux

APPROCHE ANTHROPO-LOGIQUE DES SOINS

aidants exposés directement et/ou de façon répétitive à l'accompagnement de la mort et des souffrances de populations de plus en plus âgées et/ou vulnérables

⁹⁴ Des rencontres individualisées avec des chercheurs peuvent alors également aider ces professionnels sinon à évoquer de façon anonyme des peurs et/ou des limites individuelles, au moins à « vider leur sac », voir à atténuer des sentiments de solitude professionnelle

⁹⁵ Ne soigner que des patients peu médicalisables, voire des pathologies peu gratifiantes (« bobologie »), être exposé à des « cas limites », « litigieux », « inintéressants », exercer dans des lieux « peu attractifs », devoir gérer les patients des autres, voir venir à soi des clientèles non désirées, devoir se déplacer dans de mauvaises conditions de travail à domicile ou lors de gardes de nuit, etc.

⁹⁶ Encore un tabou en médecine, avec celui de l'hétérogénéité des salaires

⁹⁷ Qui jouent déjà un rôle fondamental d'écouter des

émotions et des doléances médicales

⁹⁸ En secteur libéral, les principales difficultés observées seraient d'accepter que les décisions ne relèvent ni des seuls soignants, ni des seuls soignés, mais aussi des familles, des aidants (la majorité des professionnels, surtout médicaux, découvrant sur le tard leur rôle et leur pouvoir central à tous les stades des soins)

⁹⁹ Notamment à la pharmacologie en médecine

¹⁰⁰ Dans les représentations médicales dominantes, l'exercice libéral s'oppose à l'exercice en institution, idéal d'échanges et de confort au travail : responsabilités indirectes et/ou partagées entre médecins, garanties de réassurance professionnelle (rester performant, et surtout se partager des décisions et des risques d'erreurs). Le CHU reste le modèle professionnel le plus prestigieux : berceau du savoir, des techniques de pointes, mais aussi des « émulations intellectuelles » entre experts exerçant une médecine « de spécialités d'organes ».



Le plaisir de comprendre
DRMG N°51
Juillet 1998

la lettre

de la médecine générale

documents de recherches en médecine générale

**Pour un Référentiel Métier du
Médecin Généraliste**

*Rénover l'Enseignement de la
Médecine Générale*

Édité en partenariat avec
le Collège de Basse Normandie
des Généralistes Enseignants

Société Française Médecine Générale
Société Savante

141, avenue de Verdun - 92130 Issy Les Moulineaux
Téi 01 41 90 98 20 - Fax 01 41 90 07 82
<http://www.sfm.org>
O.N.G. agréée auprès de l'O.M.S.
représentant la France à la WONCA

Étant donné la forte demande, la SFMG a décidé de rééditer le *Document de Recherches en Médecine Générale N°51* "Référentiel Métier du Médecin Généraliste - Rénover l'Enseignement de la Médecine Générale, Collège de Basse Normandie des Généralistes Enseignants (Samuelson M, Goriaux JL, Maulme JM, Née E, Vandenbosche S).
Il est disponible sur demande auprès de la SFMG au coût de 15 euros (tel : 01 41 90 98 20 ou email : sfmg@sfmg.org)

documents de recherches en médecine générale n° 51 juillet 1998

BULLETIN D'ADHÉSION 2008 À LA SFMG

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Code Postal : Ville :
Tél. : Fax : eMail :

Adhère à la SFMG en qualité de :

- | | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Membre Titulaire* | soit 170 € |
| <input type="checkbox"/> Membre Associé | soit 70 € |
| <input type="checkbox"/> Étudiant** | soit 30 € |
| <input type="checkbox"/> Retraité | soit 70 € |
| <input type="checkbox"/> Membre correspondant*** | soit 70 € |

Le montant comprend l'adhésion et l'abonnement aux publications de la SFMG et de l'OMG

Joindre une photocopie de la carte professionnelle pour la première adhésion (sauf membre correspondant)

- Je joins un seul chèque de : . . . €, pour l'année en cours.
- J'autorise la SFMG à prélever le montant de ma cotisation annuelle et je remplis une autorisation de prélèvement****.

Date : / /

Signature (et cachet)

SFMG
141, avenue de Verdun — 92130 Issy Les Moulineaux
Tél. : 01 41 90 98 20 — Fax : 01 41 90 07 82

* En 1993, l'Ordre National des Médecins a reconnu la mention « Membre Titulaire de la Société Française de Médecine Générale » comme une mention autorisée sur les ordonnances médicales, au titre de l'appartenance à une société savante. Si vous voulez devenir membre titulaire de la SFMG, contactez la SFMG ou rendez-vous sur son site.

** Joindre une photocopie de la carte d'étudiant de l'année en cours.

*** Les membres correspondant sont des personnes non médecin généraliste, dont l'adhésion est soumise à accord de la SFMG selon les statuts.

**** Un exemplaire d'autorisation de prélèvement peut être téléchargé sur le site internet de la SFMG, à l'adresse suivante : http://www.sfmg.org/liens_contacts/bulletin_adhesion2004.doc

Le Professeur Robert Nikolaus Braun est mort

Le Pr. R.N. Braun, pionnier de la Médecine Générale, est décédé à l'âge de 93 ans. La Société Française de Médecine Générale salue avec respect sa mémoire.

Dès 1957, il publiait ces premières réflexions sur la notion de Diagnostic: « Der gezielte Diagnostik in der Praxis Grundlagen und Krankheitshäufigkeit ». Mais, c'est son ouvrage paru en 1970 et traduit en 1979 sous les auspices de la SFMG, par Judith BLONKOWSKI avec la collaboration d'Oscar ROSOWSKI, Philippe JACOT et Jean de COULIBOEUF qui l'a fait connaître à la communauté médicale française: « Pratique, Critique et Enseignement de la Médecine Générale ». Édité chez PAYOT pour la deuxième fois, il a permis à plusieurs générations de praticiens de comprendre en quoi la médecine générale est bien une spécialité. Non, on n'est pas médecin généraliste parce qu'on est le médecin « de la famille »; non le généraliste n'est pas « un peu cardiologue, un peu gynécologue, un peu... ». Ce qui caractérise la spécialisation praticienne, c'est l'accomplissement d'une fonction particulière: l'appréciation et la prise en charge rapide des troubles de santé qui ne peuvent être « diagnostiqués » comme maladie.

Loin d'être le « gourou » vieillissant de la SFMG aux théories obsolètes, comme d'aucuns l'ont parfois présenté, il avait analysé, avec une lucidité de visionnaire ce qu'était la médecine générale: oui la médecine générale est éminemment dépendante du temps dont dispose le médecin; oui c'est à tort que le praticien agit comme s'il établissait des diagnostics clairs à chacune de ses consultations; oui il doit prendre rapidement ses décisions.

Affirmer que le médecin peut, chaque fois, au terme de vingt minutes de consultation identifier l'existence d'une maladie nosologiquement définie, est sans doute en effet la plus grande illusion collective qui ait jamais existé. Et pourtant, le praticien pourrait dire à son malade, comme le disait un autre pionnier de la médecine, le Pr. GRENIER: « *Je ne sais pas ce que vous avez, mais je sais ce que je dois faire* ».

Avoir parlé pour la première fois de la « Loi de répartition régulière des cas » peut apparaître comme une lapalissade: mais oui, comme l'orthopédiste, comme l'ORL, le médecin généraliste « voit » toujours la « même chose ». On le sait bien, mais encore fallait-il le démontrer. Tous les praticiens exerçant la médecine générale sous la même « latitude » doivent s'attendre à retrouver de façon régulière environ 300 résultats de consultation, pourvu qu'ils les désignent toujours de la même manière: c'est l'objet du Dictionnaire des Résultats de Consultation® en médecine générale (DRC), dans le droit fil de la Kasographie de Braun. Faudrait-il dire, alors, qu'il est inutile d'étudier le reste de la médecine (de beaux restes tout de même!). Non, bien sûr: le praticien devra connaître aussi les manifestations de la grossesse extra utérine, ou du glaucome aigu qu'il rencontrera rarement. Mais quel dommage que l'Université ne l'ait pas familiarisé avec les règles de la distribution des cas!

Une étape essentielle de la reconnaissance des travaux de Braun a été réalisée par le groupe IMAGE de l'École Nationale de Santé Publique (ENSP), quand les économistes de la santé ont compris au travers de la logique du PMSI et du management des risques en médecine que le Résultat de Consultation était un élément essentiel des stratégies de décisions en médecine. Il s'agit là du processus de régulation des soins secondaires et tertiaires par le champ des soins primaires à la fois au plan individuel et au plan collectif.

Que la disparition de R.N. Braun soit l'occasion pour nos collègues de se replonger dans la lecture de « Pratique, Critique et Enseignement de la Médecine Générale » (PAYOT ISBN 2-228-12330-7) serait sans doute le plus bel hommage que nous pourrions lui rendre. La SFMG ne manquera pas dans ces colonnes de publier à nouveau les travaux de celui qui, depuis bientôt trente ans a donné à son action le sens qu'il fallait.

Issy les Moulineaux le 14 novembre 2007



Société Française de Médecine Générale

Société Savante

141, avenue de Verdun — 92130 Issy Les Moulineaux

Tél.: 01 41 90 98 20 — Fax: 01 41 90 07 82

e-mail: sfmfg@sfmg.org • <http://www.sfmfg.org>

O.N.G. agréée auprès de l'O.M.S.

Représentant la France à la WONCA
World Organisation of National Colleges,
Academies and Academic associations of General Practitioners