

**Colloque**  
**Les droits des malades et des usagers du système**  
**de santé, une législation plus tard**  
1<sup>er</sup> mars 2007

(Colloque organisé par la Chaire santé de Sciences Po et le Collectif  
interassociatif sur la Santé)

***Les transformations du « colloque singulier » médecin/patient : quelques  
perspectives sociologiques***

Henri Bergeron (Centre de sociologie des organisations | CNRS – Sciences Po)

***Introduction et Précautions d'usage :***

- La Loi du 4 mars 2002 couvre de très nombreux aspects que je ne vais pas ici traiter. Je préfère me concentrer sur le droit à l'information, le consentement éclairé, et d'une manière plus générale, sur la notion d'autonomie du patient, soulignée et renforcée dans la loi de 2002, qui, comme chacun sait, valorise une conception, déjà ancienne, d'une souhaitable décision partagée, ou « co-décision », (Tabuteau et Martin, 2004) entre patient et médecin.
- Je voudrais ici assumer mon rôle de sociologue, non spécialiste du sujet, mobilisant un certain type de sociologie, pour réfléchir sur les dimensions proprement sociales de la relation médecin/patients.
- S'il existe une littérature sociologique assez conséquente, qui, depuis les études fondatrices de Parsons (1951) concernant les ressorts de l'autorité radicale du médecin sur son patient jusqu'à des travaux plus récents (Sida : Barbot, 2002 ; Dalgalarondo, 2004 ; Dodier, 2003 ; Myopathie : Callon, Lascoumes et Barthe, 2001), soulignant au contraire la progressive fragilisation du pouvoir médical, qui a étudié les relations médecin-patient, il n'existe pas beaucoup, pour l'instant, de travaux empiriques étayant, de manière explicite et dévouée, les transformations que la loi du 4 mars 2002 (seul l'ouvrage de Fainzang, 2006, peut être mentionné) a pu provoquer sur ce que l'on nomme communément le « colloque singulier » entre médecin et patient.
- Mais ayant longuement étudié les relations médecin-patient, il est possible de relire une partie de cette littérature, en particulier la plus récente, à la lumière des questionnements de ce colloque.
- J'aimerais aussi tenter d'imaginer ce que certaines sociologies, compte tenu de ce qu'elles savent déjà sur les relations médecin-patient et des perspectives théoriques sur lesquelles elles se fondent, pourraient être amenées à étudier et ce qu'elles pourraient être amenées à découvrir sur le sujet.

***Annonce du plan de l'intervention***

1. Les modèles de l'interaction : information, consentement et décision ;
2. Evaluation critique des modèles ;

3. La loi du 4 mars 2002 a-t-elle déclenché ou précipité le passage d'un modèle politique à un autre ?
4. La variabilité des postures sociales ;
5. Une question de sociologue : à quelle(s) condition(s) obtient t-on tel type de modèle ?
6. Conclusion : Le colloque singulier entre patient-médecin n'existe pas.

### ***Les modèles de l'interaction : information, consentement et décision***

- Si la littérature proprement sociologique portant spécifiquement sur les conséquences de loi de mars 2002 sur les relations médecin-patient n'est pas encore très abondante, il existe de nombreux travaux qui ont essayé, sur la base d'observations empiriques ou de manière parfaitement conjecturale, de dresser des typologies de colloques singuliers afin d'en apprécier les mérites respectifs.
- Je voudrais m'arrêter quelques instants sur la typologie développée par ce que j'appellerai désormais, dans la suite de cette intervention, « la littérature sur la décision partagée », d'origine principalement anglo-saxonne (Charavel *et al.*, 2001 ; Moumjid *et al.*, 2000, 2005), et qui distingue quatre modèles de relations médecin-patient.

1. D'abord, de manière assez convenue, ces auteurs établissent les contours du modèle de relation dit **paternaliste** : on y découvre un médecin qui, usant de son privilège thérapeutique, ne divulgue à son patient que des informations choisies, limitées, dans le but simple d'obtenir un consentement formel (ou une absence de refus) et décide seul du traitement. C'est un modèle identifié de longue date par la sociologie (Dodier, 2003, 2005), mais aussi d'autres disciplines et les professionnels eux-mêmes, et que Janine Barbot (2007) nomme « le modèle de la tradition clinique paternaliste » : elle insiste ainsi sur le fait que, dans cette perspective, le médecin est « le mieux à même de définir le bien fondé des décisions médicales qu'il prend pour ses propres malade » (p. 7). Cette autorité lui vient des savoirs spécialisés qu'il a acquis lors de sa formation, au contact de ses pairs et des patients. Le patient est considéré comme « doté d'un faible degré d'autonomie », complément démuni et fragile, et l'information qu'on lui transmet doit être soigneusement adaptée à cet état de fragilité. Le patient a délégué au médecin le pouvoir de décider, en son âme et conscience, ce qu'il considère être le bien pour son patient, un bien qui est toujours le mieux. Comme le souligne Jaunait (2003, p. 66), en effet, le patient est « un être incompetent, ignorant de son propre bien que seul connaît le médecin » ;
2. Le modèle **informatif** : le médecin fournit au patient les informations appropriées pour l'aider à choisir le traitement ; une distinction nette est tracée entre, d'un côté les informations sur le diagnostic et les options thérapeutiques et, d'un autre côté, les valeurs/préférences du patient. Celles-ci sont supposées connues par le patient et n'ont donc pas besoin d'être révélées, tandis que les informations sur diagnostic et les options thérapeutiques sont ignorées par le patient. Elles doivent donc lui être « transférées ». Les valeurs/préférences du médecin n'interviennent pas dans le choix du traitement, ni la représentation que se fait le médecin des valeurs/préférences du patient. Le rôle du médecin est, finalement, limité à fournir au patient les moyens d'exercer sa pleine autonomie. C'est ce que Jaunait (2003, p. 71) appelle l'antipaternalisme extrémiste : « Pour un antipaternaliste extrémiste, la division du travail médical est simple : le médecin fournit les faits et les actes, le patient fournit les valeurs... » ;
3. Le modèle **interprétatif** : les interactions entre le patient et le médecin ont cette fois pour objectif précis, outre d'exposer objectivement les éléments de diagnostic et possibles thérapeutiques, de révéler les valeurs/préférences du patient. Il s'agit de faire en sorte que le choix de thérapeutique épouse le plus harmonieusement possible ces valeurs et préférences. Dans ce modèle, le médecin non seulement donne des informations factuelles et objectives sur le diagnostic, les options thérapeutiques et leurs conséquences respectives, mais il invite également le patient à découvrir ses propres valeurs et préférences. Le choix du traitement se trouve ainsi coproduit dans l'interaction ;

4. Le modèle **délibératif, enfin** : ce modèle est très proche du modèle interprétatif : comme dans le modèle précédent, le médecin accompagne le patient dans la découverte et le choix de l'option thérapeutique qui lui permettra de combiner, de manière optimale, ses préférences, son style de vie et les nécessités qu'exigent sa situation médicale. Mais le médecin va encore plus loin : il l'aide à réfléchir ses valeurs et à mieux les comprendre. Il engage une réelle discussion, une discussion authentique, avec le patient. Cela peut aller jusqu'à une redéfinition des préférences du patient, résultat d'une délibération éclairée entre deux « pensants et sujets libres » (Moutel, 2002, p. 2). L'autonomie du patient s'exprime donc non pas seulement dans le choix qu'il opère, mais également dans le choix de valeurs qui lui sont propres et qui ont finalement guidé son choix.

### ***Evaluation critique des modèles***

- Les auteurs de la littérature sur la décision partagée ne se contentent pas de dresser des typologies. Ils évaluent également la valeur de ces différentes interactions.
- Le modèle **paternaliste** est ainsi jugé dépassé et peu répandu. Il ne concernerait que des cas extrêmes où il est difficile d'obtenir un consentement éclairé de la part du patient. Il n'est pas applicable, ou plus applicable, car il suppose que le patient et son médecin partagent les mêmes valeurs et les mêmes notions de ce qui est juste et de ce qui est bien. Ce qui, selon ces mêmes auteurs, n'est plus guère vérifié empiriquement.
- Le modèle **informatif** ne tiendrait lui non plus la route, dans la mesure où il suppose : 1. l'assimilation parfaite par le patient de connaissances complexes, ce qui empiriquement n'est pas toujours vérifié ; 2. que le médecin accepte de devenir un simple technicien, sans rôle actif dans la décision médicale finale. Ce modèle finalement est la figure inverse du précédent, des figures qui supposent l'exclusion d'une des deux parties.
- Enfin, les modèles **interprétatif** et **délibératif**, qui d'après les auteurs de la décision partagée ne se distinguent guère en fondement, mais également en pratique, sont eux jugés comme particulièrement positifs puisqu'ils réservent une place active aux deux protagonistes de l'interaction. Ces modèles correspondraient aux développements actuels de la profession médicale et aux représentations sociales dominantes des rôles que doivent jouer les deux catégories d'acteurs dans le cadre de leur rencontre. Les auteurs appellent ainsi ce mode relationnel le modèle de la décision partagée.

### ***Est-ce que la loi du 4 mars 2002 a déclenché ou précipité le passage d'un modèle de relation à un autre ?***

- Qu'en est-il en réalité et quelle est la contribution de la loi du 4 mars 2002 dans le supposé passage d'un modèle de relation à un autre ?
- Notons déjà que nombreux sont les auteurs, qui soulignent le déclin progressif de l'autorité médicale, de moins en moins régulée par elle-même – ses pairs (Barbot et Fillion, 2006), le lent rééquilibrage d'une relation anciennement asymétrique entre médecin-patient et un éventuel effritement d'une médecine paternaliste : « l'autonomie dont bénéficiaient les médecins au sein des organisations de santé et dans le système de santé en général (Freidson, 1970 ; Smith, 1955) est remise en cause » et certains auteurs vont jusqu'à « parler de déprofessionnalisation (Freidson, 1985 ; Freidson, 1999, Hafferly and Light, 1995 ; Rizer et Waltzack, 1988), voir de prolétarianisation (McKinlay et Arches, 1985) ou d' "érosion" du pouvoir médical (Hassenteufel, 1999). » (Castel, Dalgarrondo, 2005, p. 7).
- Ce faisant, comme l'a souligné Didier Tabuteau un peu plus tôt, l'on voit bien comment cette loi, loin d'avoir déclenché, c'est-à-dire proprement causé un mouvement d'une telle ampleur, a plus certainement contribué à l'accompagner et, selon toute vraisemblance, à le renforcer.
- Bonnes pratiques et recommandations, qui visent le contrôle des médecins par l'observance de normes construites en dehors de leur activité clinique, normes qui formalisent également un savoir de ce fait plus facilement mobilisable (Castel et Dalgarrondo, 2005) et opposable dans l'interaction par le patient, et plus généralement accès facilité grâce aux nouvelles technologies aux connaissances spécialisées et aux savoirs médicaux,

renforcement et généralisation progressive des procédures d'accréditation, exigences gestionnaires, administratives et médicales pour une meilleure qualité des soins (Setbon, 2000), développement et plaidoyer en faveur de l'automédication, diffusion de palmarès qui comparent et classent, au vu et au su de tous, les institutions sanitaires, activisme croissant associations de malades, essor, quoique timide encore, du « disease management », contrôle médicalisé des dépenses de santé, etc. sont, dans le désordre, autant de dispositifs légaux, administratifs et managériaux et de mobilisations sociales qui contribuent ou veulent contribuer à limiter l'autonomie de la profession médicale, son autorité, tout comme la capacité de projection des enjeux propres des médecins sur les relations qu'ils entretiennent avec les patients.

- D'une manière générale, c'est l'autonomie dans leur pratique, l'un des trois piliers du pouvoir médical selon Hassenteufel (1997) (aux côtés du monopole de l'offre et de la capacité d'intervention en politique et sur le niveau de rémunération) qui est discutée (mais est-elle vraiment remise en cause ?).
- L'on assisterait, depuis un certain temps déjà, comme l'ont souligné Castel et Dalgarrondo (2005), au passage d'un fondement traditionnel et charismatique de la légitimité de l'autorité médicale, pour reprendre les termes de Max Weber, à un fondement rationnel légal. Et c'est en ce sens, et en ce sens principalement, qu'il faut entendre le vocable de rationalisation qu'utilisent nombre de sociologues pour caractériser les transformations qui traversent la médecine depuis quelques décennies.

### ***La variabilité des postures sociales***

- Mais au-delà de l'hypothèse d'un passage de ce que Dodier appelle une forme politique de la médecine à une autre, et au-delà, également, du jugement, principalement normatif, que jette une certaine littérature sur la supériorité d'un mode relationnel sur les autres, l'on aimerait savoir si ces transformations sont d'égales valeur en tous les points de l'espace médical, et en particulier si le paternalisme recule, en toutes circonstances et d'une équivalente manière partout ?
- Une chose est de dresser les contours de tendances que l'on dit « structurelles », une autre est de comprendre plus finement dans quels segments de la profession médicale, celles-ci s'épanouissent le mieux ou au contraire, connaissent la plus grande des résistances ?
- L'un des rares travaux dévoués à la question, celui de l'ethnologue Fainzang (2006), a des conclusions particulièrement tranchées sur la question : elles remettent nettement en cause l'idée que l'information échangée soit neutre et exhaustive (elle est au contraire « parcellaire, voir lacunaire ») et qu'elle permette le consentement éclairé dont rêvent les promoteurs de la démocratie sanitaire. Elle parle au contraire du mensonge comme « d'un ingrédient » essentiel de la relation thérapeutique (p. 148) et considère le consentement établi comme un « consentement résigné ». Elle reconnaît que l'information s'échange plus qu'auparavant – un nouvel impératif éthique à respecter pour les médecins – mais les zones de non-dits se sont déplacées (on assume désormais l'annonce d'un cancer, mais l'on n'ose pas lever « le tabou » sur l'aggravation de la maladie).
- D'autres travaux, sociologiques pour leur part, sont plus nuancés : ils évoquent les évolutions de la relation médecin-patient, et montrent que ces transformations affectent différemment les spécialités ou certaines parties de la profession médicale, affectent de manière contrastée certains spécialistes, plutôt que d'autres, au sein d'une même spécialité. Janine Barbot montre ainsi, dans le cas de refus de transfusion sanguine opposé par les témoins de Jéhovah, que les nouvelles dispositions de la loi de 2002 concernant la nécessité du consentement, ne provoquent pas d'adaptions univoques de la part des médecins : au contraire, « si certaines postures sont de véritables stratégies de raidissement dissuasif destinées à éviter une clientèle devenue spécifique du fait de sa capacité nouvelle à mobiliser le juge pour faire valoir ses choix dans la conduite des soins ; d'autres postures s'inscrivent, en revanche, dans un processus complexe visant à construire un accord sur les bases d'inflexions réciproques ou de reconnaissances mutuelles. Ces postures témoignent notamment, sous l'effet de l'interpellation en responsabilité, de la *pluralité qualitative* des conceptions de l'autonomie du patient développées aujourd'hui par

les médecins, dans le cadre de la modernité thérapeutique participative » (Barbot, 2007, p. 32).

**Une question de sociologue : à quelle(s) condition(s) obtient-on tel type de modèle ?**

- Mais établir des typologies décrivant des stratégies contrastées d'instrumentalisation, d'adaptation ou de contournement ne suffit guère. Encore faut-il comprendre les déterminants sociaux de ces postures.
- Il est ainsi intéressant de d'étudier si ces modes relationnels s'associent sélectivement, c'est-à-dire, de manière préférentielle, à différents types de a) décisions/pathologies/thérapeutiques ; b) à différents types de patients ; c) à différents de patients ou types de contextes professionnels.
- Le sociologue cherche à ouvrir la boîte noire du « colloque singulier » pour restituer, le plus finement possible, les ressorts de la dynamique d'interaction sociale qui y prend place, et finalement expliquer pourquoi celle-ci prend à certaines conditions, la forme paternaliste, et à d'autres, la forme informative ou délibérative.
- Plusieurs entrées sont en effet possibles pour comprendre les transformations des modes de relations patients/médecins :

1. L'on conçoit assez spontanément que le type de pathologie, et en particulier la distinction entre pathologie chronique et pathologie aiguë puisse ne pas être pas sans conséquence sur les relations établies entre le patient et son médecin. Comme le montrent certains travaux, dans les cas de pathologie chronique, le style de vie constitue une dimension fondamentale du choix des options thérapeutiques : ce sont des maladies pour lesquelles la coopération du patient est des plus nécessaires, la co-décision semblant de ce fait l'un des instruments les plus appropriés de maximisation de l'observance du traitement. Ceci est vrai tout autant tant pour les maladies psychiatriques (notamment dépression et addictions), les professionnels se situant désormais « moins dans une référence à la guérison que dans une problématique de la qualité de vie et de la diminution des risques » (Ehrenberg et Lovell, 2001, p. 18). Mais d'autres distinctions seraient peut-être tout autant éclairantes, comme celles opérées entre pathologie organique et pathologie psychologique ou psychiatrique ou encore, entre pathologie sévère ou bénigne : certains travaux mettent ainsi en évidence une association entre tendance à préférer un rôle passif et la sévérité de la maladie, (Moumjid *et al.*, 2000) ; la thèse d'Elsa Gisquet (2004) sur les décisions d'arrêt de vie en réanimation néonatale montre également que « chaque service construit un cadre décisionnel, constitué de règles de pratiques, critères médicaux et valeurs, qui sert de mise en règle de la décision et qui permettent aux parents et professionnels de santé de gérer un choix dramatique en évinçant la délibération ». Elle conclue que « le mode de participation des parents est orienté vers ce qui leur apporte, non pas la plus grande autonomie, mais le plus fort accompagnement ». L'urgence plus ou moins grande de la décision d'un traitement est certainement aussi une dimension clef : l'on ne serait guère étonné ainsi de découvrir un même médecin adopter en temps normal une posture de décision partagée, et, en situation d'urgence, une attitude que Barbot nomme un « paternalisme médical de crise » ;
2. Le type de client, également, auquel le médecin est confronté, doit certainement induire des modes relationnels contrastés : de nombreux travaux (cf. la revue de littérature de Nora Moumjid *et al.*, 2000) montrent ainsi que le niveau d'études et la catégorie professionnelle ont peu d'incidence sur le désir d'être informé (tout le monde le souhaite) mais en a sur le comportement de recherche d'informations, sur la capacité à s'approprier cette information et surtout sur la volonté d'être associé à la décision. Fainzang (2006) montre, réciproquement, que les médecins « mentent » plus aux personnes issues des milieux dits populaires. Le genre, également, est une donnée clef de la relation médecin-patient : dans une revue de littérature passionnante sur les déterminants de la prescription de psychotropes, le sociologue Philippe Le Moigne (1999) exhibe les études qui montrent que les femmes sont

« sur-prescrites » en psychotropes parce que les médecins ont tendance à interpréter la cause de leur mal-être comme endogène tandis que pour les hommes, elle serait de nature plus manifestement exogènes (difficultés professionnels notamment) : autrement dit, ces études montrent que le dialogue qui s'établit et l'échange d'informations qui est exigée par la loi, n'empêche guère la reproduction des stéréotypes culturels et sociaux, guère favorables au consentement éclairé et à l'autonomie des patients. L'âge des patients, également, pourrait être une dimension fort intéressante à étudier : l'appartenance à une génération plus habituée, car socialisée à un moment donné de l'histoire politique de la médecine, à contester le pouvoir médical est-elle une variable pertinente de l'analyse ? Dans une veine tout à fait comparable, l'appartenance à des groupes sociaux particuliers, urbains, professions supérieures, ne l'est-elle pas tout autant ? En appliquant le raisonnement que l'anthropologue Sylvie Fainzang (2005) applique plus particulièrement à l'observance, au cadre plus général de la relation médecin-patient, on pourrait ainsi supposer que la volonté d'entrer dans une relation paternaliste ou au contraire délibérative, ou informative, pour reprendre notre typologie plus haut décrite, c'est-à-dire la volonté pour le patient de jouer pleinement (aller au-delà d'un consentement simplement formel) le jeu de la loi de mars 2002, dépend de dispositions à se monter obéissant ou au contraire résistant face à l'institution médicale, lesquelles dispositions ne sont pas également transmises dans tous les milieux sociaux ou cultures (Moumjid *et al.*, 2000 cite l'exemple suivant : les vétérans israéliens sont 81% à décrire le médecin idéal comme celui qui partage les décisions tandis qu'ils sont 14% chez des patients russes). Mais l'on pourrait aussi considérer l'hypothèse que le mode de relations patients/médecins, l'échange d'information, la forme de dialogue qui s'établit dans le colloque singulier, est déterminé, au moins partiellement, par la relation que l'individu entretient avec sa santé au sens large, et notamment avec son niveau de consommation médicale. Un gros consommateur de soin, rompu au dialogue avec le médecin, devenu l'expert des maux qui l'affectent, devrait être plus facilement tenté de résister à des options thérapeutiques qui ne le conviennent guère et à affirmer son autonomie ?

Ceci incidemment nous permet de suggérer, bien banalement, que la démocratie sanitaire ne s'établit pas sur la seule base d'une loi qui oblige à l'échange d'information, au consentement éclairé et favorise un modèle de décision partagée, mais qu'elle doit être complétée de mesures visant la réduction des facteurs cognitifs et normatifs qui fondent certaines inégalités face au dispositif de santé. Moumjid montre ainsi que les patients ont souvent le sentiment de ne pas être suffisamment compétent pour juger par eux-mêmes, tout éclairés qu'ils sont pourtant de l'information transmise dans le cadre de la consultation.

3. La troisième entrée est celle du type de professionnels, généraliste, spécialiste, médecine de ville ou hospitalière, etc. Particulièrement riche certainement, serait l'étude des transformations du colloque singulier en fonction de l'« histoire politique » (Dodier, 2003), chaque fois différente, des spécialités. Barbot et Fillion (2006) montrent ainsi que les formes de réactions professionnelles à la supposée judiciarisation de la relation médecin/patient sont fort différentes selon que l'on s'intéresse au cas de l'hémophilie ou à celui de la réanimation-anesthésie. On devrait pouvoir aussi découvrir des constats contrastés entre généralistes et spécialistes : le devoir d'information et l'exigence de consentement éclairé, comme le suggère Benamouzig, constituent peut-être ainsi une moindre « révolution culturelle » pour le généraliste, par comparaison au spécialiste, tant il vrai que les patients sont désormais bien informés sur les pathologies mineures et/ou banales et qu'ils savent souvent avant même la consultation ce qu'il convient de faire et ce qu'il leur convient d'avoir. Fainzang (2005, p. 17) montre même que l'attitude positive nouvelle des médecins généralistes à l'égard de l'homéopathie « s'est construite au

contact des patients eux-mêmes dont les témoignages auprès de leurs médecins ont parfois conduit ces derniers à modifier leurs représentations de cette médecine. » ;

Les caractéristiques de la rencontre elle-même sont aussi à prendre en compte : ce n'est pas la même chose si la consultation est une rencontre ponctuelle avec un inconnu (dans le cadre du nomadisme médical) que l'on ne reverra jamais ou avec médecin de famille ou spécialiste connu, au contraire, de longue date ; ce n'est pas non plus la même chose s'il s'agit d'une consultation hospitalière ou en ville, d'une consultation qui suppose l'entrée dans un réseau de soin ou qui prévoit une prise en charge avec de multiples partenaires, etc. La rencontre avec un médecin de famille en qui on a la plus haute confiance, juste pour prendre cet exemple, rendra purement formelle la réalisation du consentement et l'affirmation de l'autonomie du patient : il y a ici une forme d' « acception volontaire de vulnérabilité », comme dirait Jaunait (2003).

- Je pourrais multiplier à l'envie les angles possibles<sup>1</sup> qui pourraient servir de point d'entrée pour des études sur les transformations du colloque singulier.
- Mais je voudrais plutôt, pour finir, me concentrer sur les conclusions auxquelles sont parvenus certains travaux de sociologie sur la profession médicale et qui témoignent de la fécondité particulière des entrées par les types de professionnels, la dernière des entrées que nous venons d'aborder.
- Remarquons pour commencer que l'on parle très souvent, et particulier dans la littérature sur la « décision partagée », des préférences du malade ou de celles du patient, mais on sait, au moins avec la sociologie, que le médecin a lui aussi des préférences !! Une carrière, un réseau de partenaires thérapeutiques privilégiés qu'il a difficilement constitué, des sujets médicaux de prédilections et des intérêts singuliers de recherche, des désirs de construction et de captage de clientèle sur un marché où il se sent, parfois, voire souvent, en concurrence avec les autres médecins<sup>2</sup>, des convictions fortes sur ce qu'il faut faire et ne pas faire concernant certaines pathologies, un désir de cadrage de la relation thérapeutique avec le patient et la maîtrise de leur comportement potentiellement imprévisible (rupture de suivi, choix d'un autre médecin, etc.).
- La figure d'un médecin paternaliste d'antan est finalement trompeuse : elle laisse croire en un médecin, principalement bienveillant, vertueux par engagement, ne donnant que le minimum d'informations nécessaires à son patient parce qu'il sait, ou croit savoir, et par soucis d'économie. Mais si l'information est également sélectivement distribuée, comme le montrent de nombreux travaux de sociologie et d'ethnologie (Fainzang, 2006), ce n'est pas juste pour s'épargner des discussions, pense-t-il, inutiles, mais aussi parce que le médecin est un acteur stratégique qui construit sa relation à la clientèle en tenant compte d'enjeux qui lui sont propres et qui ne visent pas uniquement la guérison, ou le traitement, du patient : comme le montre Castel (2005), par exemple dans le cadre du traitement du cancer, « le patient est pour le médecin un moyen d'obtenir de l'information sur les comportements de ses pairs et un moyen d'échange pour entretenir des relations privilégiées avec certains d'entre eux. » On a montré également sur le traitement de la toxicomanie (Bergeron, 1999), mais aussi pour celui de l'alcool-dépendance (Bergeron, 2003), que les réseaux de partenaires des centres pour toxicomanes et d'alcoologie se construisent tendanciellement dans un souci d'assurer un retour à l'envoyeur des patients

---

<sup>1</sup> Bien évidemment ces possibles facteurs de détermination des formes prises par la relations médecin/patients ne sont pas indépendants les uns des autres. On les présente ici, pour les besoins de l'exposé, comme séparés analytiquement mais l'on sait bien que la pathologies, définies des traitements, définit des spécialités, s'associent à des contextes voir à des profils de patients particuliers.

<sup>2</sup> D'après Castel (2005), les raisons de cette concurrence sont de trois ordres : L'amélioration des connaissances est une incitation à l'entrée de médecins moins spécialisés sur le marché ; la rémunération à l'acte dans le champ de la médecine libérale, mais aussi dans le public où le PMSI a induit une logique d'allocation des ressources aux établissements à forte activité et à taux de remplissage des lits élevés ; Plus on traite de malades, meilleur on est ; existence d'une littérature importante établissant une corrélation entre le sort des patients et le volume d'activité des établissements ou des médecins les ayant pris en charge.

envoyés : les réseaux sont ainsi personnalisés afin de limiter les risques de perdre de vue les patients. Il s'agit, en effet, de « borner », autant que possible, le parcours d'un patient volatile, de lui faire suivre l'itinéraire thérapeutique conçu à son endroit. Le patient se voit ainsi « cadré » à l'intérieur d'une relation contrôlée, à chaque bout, pour ainsi dire, par chacun des professionnels concernés. Le problème est déjà été analysé par Setbon : il faut neutraliser les contraintes liées à la clientèle, en contrôlant sa demande dans un « système référentiel professionnel (les circuits de confrères et/ou d'institutions) » (Setbon, 1992, p. 205). Ces mécanismes visent à affaiblir le rôle du patient à l'intérieur du système d'action et donc ses possibilités de choix sélectif. Ce type de structuration des échanges professionnels autorise ainsi le passage d'une relation « client-dépendant » à une relation « collègue-dépendant » : cette dernière a pour objectif de réduire les nombreuses incertitudes qui pèsent sur l'activité des thérapeutes (Freidson, 1970).

- Dans les exemples ici présentés, mais on pourrait rajouter le cas de la médecine générale avec Bourgeois (2007), l'information sur les modes de prise en charge proposées par les spécialistes du soin lors de leur rencontre avec les alcoolodépendants, les toxicomanes ou avec les personnes atteintes d'un cancer est en partie façonnée par des enjeux institutionnels et professionnels : ces réseaux de partenaires sont plus manifestement construits dans un souci d'assurer la stabilité de la coopération et de réduire les risques d'évasion des patients que dans le but d'une mise à disposition d'une offre objectivement exhaustive pour la clientèle rencontrée. Le consentement, quand il s'opère (Fainzang, 2006 note qu'il est très fréquent qu'il ne soit pas réclamé, notamment pour les examens complémentaires) s'opère ainsi à l'intérieur d'un éventail intéressé d'options et une partie de l'activité des professionnels est précisément orientée vers le contrôle de l'autonomie du patient. Ce que les auteurs de la « décision partagée nommée délibération n'est pas un processus neutre de découverte mutuelle des préférences des protagonistes de l'interaction. Elle est une relation d'échanges, elle-même structurée par d'autres échanges.
- Il reste que le patient a désormais des moyens formels plus solides de résister aux efforts déployés par le médecin pour le rendre prévisible et qu'il faut comprendre (continuer à comprendre) comme se régulent aujourd'hui, tant les relations entre médecin et patients que les relations entre le médecin, ses pairs et ses partenaires associés de la prise en charge. C'est en ce sens également que l'on peut dire de ces innovations légales ou de toutes les autres dont nous parlions au début de notre intervention (médecines des preuves, bonnes pratiques, accréditation, etc.) qu'elles ont une dimension politique : elles favorisent une redistribution des pouvoirs entre les acteurs du système de santé, redistribution que la sociologie doit bien sûr étudier.

### ***Conclusion : Le colloque singulier entre patient-médecin n'existe pas***

- Finalement j'espère avoir suggéré, à partir des quelques travaux qui ont directement travaillé la question et en relisant certains autres à la lumière de la thématique de ce colloque, que l'évolution vers un nouveau modèle de la relation médecin-patient, aussi souhaitée soit-elle, n'est pas parfaitement réalisée, qu'elle pas uniforme, loi s'en faut, ou n'a guère de chance de l'être.
- Il se maintient différentes formes d'engagements dans la relation médecin-patient, le modèle de la décision partagée et du consentement éclairé ne représentant encore qu'un des possibles, même s'il tend à se développer,
- La tâche de la sociologie est d'étudier l'étendue de ce possible développement et de montrer quelles sont les conditions/facteurs qui favorisent l'occurrence d'un modèle plutôt que d'un autre.
- C'est à cette occasion qu'une analyse politique d'une possible nouvelle structure des relations de pouvoir qui traversent les médecines et les spécialités pourra parfaitement s'accomplir et que l'on saura mieux comment, dans quelle mesure et à quelles conditions, la loi de 4 mars 2002 a contribué à un processus déjà ancien d'autonomisation du patient.
- Mais il est d'ores et déjà possible de conclure que le sociologue a bien du mal à considérer que la rencontre entre médecin et patient puisse être un moment détaché du monde social, non encastré dans toutes formes de liens, qu'elles ne soient pas traversés par toutes sortes d'influences sociales et de rapport de force. Cette rencontre, comme toute interaction



sociale, est un lieu de reproduction et de production de l'ordre social, ou plutôt des ordres sociaux. Elle est traversée par les institutions, enjeux, menaces et contraintes qui traversent le champ de la médecine, ses sous-champs et ses spécialités, et y vivent les liens qu'a noués le médecin avec ses partenaires de la chaîne thérapeutique mais aussi avec les associations de malades, avec les organismes financeurs, les gestionnaires, etc.

- Cette rencontre n'a finalement de colloque singulier que son nom et la délibération qui s'y déroule, aujourd'hui plus qu'hier, ne peut se concevoir comme un simple échange d'arguments, d'arguments normatifs et cognitifs simplement.
- Pour finir, je voudrais faire une remarque et poser une question.
- La remarque d'abord : cette loi renforce, voire parachève, la croissante autonomie du patient, au moins dans les textes. En suivant Ehrenberg (1998), on pourrait supposer que cette autonomisation est la conséquence d'un mouvement séculaire d'individualisation des sujets dans les sociétés occidentales : l'individu assumait déjà la charge de la responsabilité de sa vie ; il est cohérent que lui incombent désormais les décisions sur sa santé.
- Ensuite, on pourrait être tenté d'établir un parallèle entre ce processus d'autonomisation de la personne, sa progressive émancipation d'une tutelle médicale, en particulier dans le cadre de la relation médecin-patient, et la croissance des domaines de la vie privée et collective qu'entend influencer, pour les réguler, la prévention en santé (la prévention reçoit d'ailleurs une importance tout particulière dans cette loi (Tabuteau et Martin, 2004)). On aurait d'un côté une norme dure qui donnerait plus d'autonomie aux patients (un code de la santé publique qui donne plus de droits aux patients et les moyens légaux de s'opposer aux injonctions/propositions des médecins), et d'un autre côté, une intensification et un renforcement de la diffusion des normes souples (je sais que l'INPES est particulièrement intéressé par les effets que produit la surexposition aux nombreux messages normatifs sur la santé). Autrement dit, j'aimerais ici poser la question : est-ce que, ce que l'on donne en autonomie individuelle, on le reprend en contrôle social ?

## **Bibliographie**

1. Albertini L., Caniard E., Lascoumes P., « Associations d'usagers et de malade malades », in Bourdillon F., Brücker G. et Tabuteau D. (dir), *Traité de Santé Publique*, Paris, Flammarion (coll. « Médecine-Sciences »), 2004.
2. Barbot J., Fillion E., La médecine « défensive » : critique d'un concept à succès, RFSP
3. Barbot J., *Les malades en mouvements*, Paris, Balland, 2002.
4. Barbot J., Soigner en situation de risque judiciaire. Les médecins face au refus de transfusion des témoins de Jéhovah, *Revue française de sciences politiques*, 2007, à paraître, 32 pages.
5. Bergeron H., *Dispositifs spécialisés "alcool" et "toxicomanie", santé publique et nouvelle politique publique des addictions*, Paris, OFDT (coll. « Rapport de recherches' »), 2003.
6. Bergeron H., *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, P.U.F., coll. « Sociologies », 1999.
7. Bourgeois I., *Le médecin généraliste dans le travail médical de premier recours : logiques de clientèles et dynamiques locales. Les cas de quatre espaces relationnels en médecine générale*, Paris, Thèse pour le Doctorat de sociologie de l'IEP Paris, 2007.
8. Callon M., Lascoumes P., Barthe Y., *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Le Seuil, 2001.
9. Castel P., Dalgalarondo S., Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales, *Sciences sociales et Santé*, 2005, vol. 23, n° 4, p. 5-39.
10. Castel P., Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique, *Revue française de sociologie*, 2005, vol. 46, n° 3, p. 443-467.
11. Charavel M., Brémond A., Moumjid N., Mignotte H., Carrère M.O., Shared decision-making in question, *Psycho-oncology*, 2001, vol. 10, p. 93-102.
12. Dalgalarondo, *Sida, la course aux molécules*, Paris, Ecole Des Hautes Etudes En Sciences Sociales, 2004.
13. Dodier N., « S'en remettre à un spécialiste. Contribution à une histoire politique de la délégation », *Handicap – Revue de sciences humaines et sociales*, 2005, n°104, p. 9-20.

14. Dodier N., *Leçons politiques de l'épidémie du sida*, Paris, Editions de l'EHESS, 2003.
15. Ehrenberg A. et Lovell A. M., « Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie ? », in *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et dépression*, Paris, Odile Jacob, 2001.
16. Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998.
17. Fainzang S., *Les normes en Santé. Entre médecins et patients, une construction dialogique*, Les Rencontres SIRS 2004-2005, Document non édité, INSERM U444, 2005, p. 12-19.
18. Fainzang S., *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, P.U.F., coll. « Ethnologies », 2006
19. Freidson E., "Professionalism and institutional ethics", in Baker R., Caplan A., Emmanuel L., Latham S. (eds), *The American Medical Ethics Revolution*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1999, p. 124-143.
20. Freidson E., The reorganization of the medical profession, *Medical Care Review*, 1985, vol. XLII, n° 1, 11-35.
21. Gisquet E., *La décision en contexte de choix dramatique, le cas des décisions d'arrêt de vie en réanimation néonatale*, Paris, Thèse pour le Doctorat de Sociologie de l'IEP Paris, 2004.
22. Hafferty F., Light D., Professional dynamics and the changing nature of medical work, *Journal of health and social behavior*, 1995, Vol. 35, Special issue, p. 132-153.
23. Harrison S., The Politics of Evidence-Based Medicine in the UK, *Policy and Politics*, 1998, vol. XXVI, n° 1, p. 15-32.
24. Hassenteufel P., *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presse de Sciences Po, 1997.
25. Jaunait A., Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient, *Raisons politiques*, 2003, n° 11, p. 59-79.
26. Le Moigne P., *Anxiolytiques, hypnotiques. Les facteurs sociaux de la consommation*, Paris, Documents du Groupement de Recherche « Psychotropes, Politique et Société » - CNRS/MILDT, n° 1, 1999.
27. Marks H., *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Paris, Institut Synthélabo, 1999.
28. Moumjid N., Ferdjaoui N. Carrère M.O., La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale, *Revue Française des Affaires Sociales*, 2000, n° 2, p. 73-88.
29. Moumjid N., Gafni A., Brémond A., Carrère M. O., *Shared-decision-making in the medical encounter : are we talking about the same thing ?*, Lyon, Working Paper, 2005.
30. Moutel G., Lièvre A., Hervé C., *Analyse de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé : Incidences médicales et conséquences sur la relation médecin-patient*, Paris, Laboratoire d'éthique médicale, de droit de la santé et de santé publique, Faculté de Médecine Necker-Paris, Université Paris V, Document photocopié, 22 pages.
31. Ogien A., « Médecine, santé et gestion », in Cresson G., Schweyer F. (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Editions ENSP, p. 134-148.
32. Setbon M., La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective, *Sociologie du travail*, 2000, vol. 42, p. 51-68.
33. Setbon M., Sida et dépistage à l'hôpital. Entre désordre et régulation, *Revue française de sociologie*, 1992, vol. XXXIII-2, pp. 189-211.
34. Tabuteau D., Martin D., « Les droits des personnes malades », in Bourdillon F., Brücker G. et Tabuteau D. (dir), *Traité de Santé Publique*, Paris, Flammarion (coll. « Médecine-Sciences »), 2004.