Les médecins généralistes face à la diversité des pratiques des malades chroniques

La consultation : collusion ou collision ?

Marianick Pichon

Université de Bordeaux. LACES EA – 4140

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 2, No 2 | pp. 61-74

Reçu le : 08/11/2015 | Accepté le : 31/08/2016

Résumé : Les instances de santé nationales et internationales sont formelles : il existe des inégalités de santé mondiales, entre les pays « du Nord » et ceux « du Sud », mais également au sein même de ces pays. Dans le cas des maladies cardiovasculaires chroniques, il est clair que l'origine sociale est en lien non seulement avec la prévalence de ces pathologies mais aussi avec les possibilités pour le patient de modifier son mode de vie afin de mieux vivre avec sa maladie. Cet article aborde ces inégalités sociales de santé concernant l'observance non-médicamenteuse sous l'angle de l'anthropologie critique et des sciences de l'éducation, en postulant que les écarts de compréhension entre médecins et patients, qui sont à la source de bien des difficultés, ne reposent pas sur les caractéristiques intellectuelles ou psychologiques de ces derniers, mais bien sur différents Arrière-plans (Searle, 1982). Basé sur des entretiens et des observations avec les deux types de protagonistes, le propos montre que les généralistes ne peuvent être accusés de stigmatiser leurs patients les plus défavorisés, et ce peu importe leur style thérapeutique. Les difficultés d'observance liées à la classe sociale seraient donc plus liées aux différences entre les *formes de vie* (Wittgenstein, 2005), entre des visions du monde (héritées, incorporées) trop différentes pour que médecins et patients puissent se comprendre.

Mots-clés : maladie chronique, observance, éducation thérapeutique, inégalités de santé, Arrière-plans.

Introduction

Le nombre de malades cardiovasculaires augmente sans cesse, particulièrement dans les pays occidentaux. Ces maladies sont la première cause de mortalité dans le monde (OMS, 2015). Si certaines sont d'origine génétique, la majeure partie d'entre elles sont généralement dues à la présence, chez le patient, de plusieurs facteurs de risque associés : « le tabagisme, une mauvaise alimentation et l'obésité, la sédentarité et l'utilisation nocive de l'alcool, l'hypertension, le diabète et l'hyperlipidémie » (OMS, 2015). Pour lutter contre ce qui est considéré comme un fléau, les instances de santé nationale (la Haute Autorité de santé en France) et internationale (l'Organisation mondiale de la santé) préconisent un changement du mode de vie des patients, avant tout traitement médicamenteux. Il s'agit de modifier ces facteurs de risque cités ci-dessus : ralentir ou stopper la consommation de tabac, adopter une alimentation plus adaptée (moins de gras, moins de sel, moins de sucre, moins ou pas d'alcool) et de démarrer ou reprendre une activité physique régulière. C'est ce qu'on appelle l'adhésion ou l'observance [1], dans ce cas non-médicamenteuse. Or, tant la prévalence de ces maladies que la réussite des changements de mode vie semblent être liées à l'origine sociale des patients (World Health Organization & Regional Office for Europe, 1998), mais des distinctions plus fines sont à opérer entre les patients cardiovasculaires chroniques, notamment du fait de la multiplicité et de la complexité des problèmes qu'ils ont à régler (Pichon, 2015). Les patients considérés comme les plus vulnérabilisés sont souvent confrontés à des inégalités d'accès aux soins : acceptation ou pas de la Couverture maladie universelle par les médecins, distance aux centres de traitement et d'éducation thérapeutique, coût du transport, coût du régime, etc. Les tentatives d'éducation thérapeutique du patient (ETP), visant à améliorer à la fois la qualité de vie du patient avec sa maladie et son observance, se soldent ainsi très souvent par des abandons ou des absences de modification du mode de vie (UCAM, 2006 ; HAS, 2008).

Dès lors faut-il considérer que c'est l'institution qui produit les inégalités (Bourdieu et Passeron, 1970), ou que leur source est à chercher ailleurs y compris chez les sujets concernés ? En prenant appui sur les nombreux travaux scientifiques déjà réalisés sur les inégalités à l'école, le propos que nous développons ici interroge les inégalités sociales dans le cadre de la « rencontre » entre les médecins et les patients. L'article complexifie les conditions de la production des inégalités à travers une perspective qui prend en compte des processus anthropologiques et didactiques complexes : il souligne notamment la contribution du corps médical aux différenciations.

1 Cadre de l'étude

1.1 Cadre théorique

Cette étude ancre la question complexe de l'observance (principalement non-médicamenteuse) au croisement des champs anthropologique et didactique. Le peu de résultat de l'éducation thérapeutique pourrait, en effet, venir de la négation de plusieurs dimensions pourtant essentielles dans la maladie chronique : la multiplicité des formes de vie (au sens de Wittgenstein) des patients, c'est-à-dire de leurs espaces de pensée et de possibilités ; la temporalité longue de la maladie chronique ; les dimensions pédagogiques et didactiques

1. Nous utiliserons le terme d'observance dans la suite de ce texte car, de fait, c'est celui que nos enquêtés utilisent en majorité, tout en étant consciente qu'il ne s'agit plus du terme consacré officiellement.

elles aussi variées chez les soignants. La coprésence de ces différentes dimensions motive notre attachement à un double cadre théorique.

Durkheim affirme dans ses *Leçons de sociologie* que « sans doute, il n'est pas inutile de révéler au malade son mal et les inconvénients de son mal, mais pour qu'il puisse se guérir, encore faut-il lui faire voir quelles en sont les conditions, afin qu'il puisse les changer. Ce n'est pas avec de bonnes paroles qu'on peut produire de tels changements » (Durkheim, 2010, huitième leçon). Bien sûr, il évoque dans sa leçon la morale civique et les formes de l'État, et non l'éducation du malade au sens propre. Toutefois, cette phrase reflète une préoccupation de plus en plus prégnante : amener les patients à réfléchir sur l'intégration de leur maladie et de leur traitement (médicamenteux ou non) dans leur vie quotidienne et pas seulement dans leur corps. Il faudrait donc, au-delà des savoirs sur la maladie (ses causes, ses conséquences physiques, son fonctionnement etc.) pouvoir lui « faire voir » de quelle façon elle se déroule ou doit se dérouler au mieux dans leur propre vie. Encore faut-il pouvoir définir les conditions sous lesquelles on peut justement « faire voir » ceci. Wittgenstein en particulier a bien démontré à quel point « faire voir » ne se réduit pas à « montrer » (Wittgenstein, 2005), et à quel point les interprétations de ce qu'il « faut voir » peuvent différer.

L'argument qu'il développe dans les Investigations philosophiques, largement repris par Searle (1982), est que ces compréhensions différentes le sont du fait de formes de vie différentes, au sein desquelles des jeux de langage propres à ces formes de vie contribuent au « vivre ensemble ». En d'autres termes, ce sont ces formes de rationalité qui définissent ce qu'on comprend lorsqu'on se parle, et non un état mental « intérieur ». Ces formes de rationalité ne sont autres que ce que Foucault appelle « formes de vie » (Foucault, 1976), Searle « Arrière-plans » (Searle, 1978) et Bourdieu « habitus » (Bourdieu, 1979, 1980). L'usage que nous faisons du langage, sa compréhension repose sur un ensemble de préconceptions, de références et de suppositions communes, en fait, notre culture au sens large, c'est-à-dire non pas l'ensemble de croyances, de manières d'agir, de règles qui régissent notre manière de vivre mais bien les moyens que nous avons de produire, de construire ces ensembles.

Le dépassement de la contradiction apparente entre les points de vue objectiviste (le patient comme agent), phénoménologique et subjectiviste (le patient comme sujet), détaillés en introduction, est rendu possible en considérant que les conditions matérielles d'existence des individus (objectives et objectivement descriptibles), que la structure de l'espace social telle qu'elle s'impose à eux (et qui rend possible leur expérience sociale), produisent des habitus différents. Cette idée est résumée dans la citation suivante : « On peut dire que les agents font des choix, mais à condition d'avoir à l'esprit qu'ils ne choisissent pas à chaque moment le principe de ces choix. » (Bourdieu, 1986, 555.) Le principe fondamental de cette orientation de recherche repose ainsi sur l'idée que tout projet d'éducation se heurte aux effets pérennes de l'habitus lié à ces apprentissages par corps (songeons par exemple à ces familles dans lesquelles chaque dimanche se solde par un repas pantagruélique), habitus qui ont donc tout à voir avec l'origine sociale des patients... et des médecins.

L'hypothèse que nous faisons ici est que les situations d'enseignement et d'apprentissage de cette nouvelle vie, que sont les consultations de médecine générale, sont génératrices

d'inégalités de santé du fait des différences d'Arrière-plans entre les médecins et les patients. Nous pensons que ces inégalités échappent totalement à un quelconque processus volitif ou motivationnel, et reposent sur ces dimensions de la relation thérapeutique, à la fois sociologiques et éducatives, qui ne sont que rarement étudiées.

1.2 Méthodologie d'enquête

La recherche s'appuie sur le croisement de données qualitatives et quantitatives. Le matériau de l'enquête provient en effet d'entretiens menés auprès de quatorze médecins généralistes (et un cardiologue) aux conditions d'exercice variées (âge, ancienneté, lieu d'installation, rattachement à une structure universitaire...) et dix-neuf patients à risque cardiovasculaire (réalisé ou non). Nous avons recherché une grande variété des profils individuels (âge, sexe, profession...). Les entretiens semi-directifs, d'une durée moyenne d'une heure pour les uns comme pour les autres, ont été menés au cabinet des médecins et au domicile des patients pour la plupart. Ils sont appuyés par quelques observations de consultations ainsi que d'autres chez les patients. Les médecins étaient invités à faire part de leurs opinions à propos de leurs patients cardiovasculaires chroniques et à se prononcer sur les injonctions institutionnelles se rapportant à l'éducation thérapeutique et l'observance. Dans certains cas, nous avons obtenu des médecins qu'ils nous mettent en relation avec leurs propres patients. Nous disposons ainsi d'une possibilité d'analyse transversale : plusieurs consultations par un même médecin avec des patients très différents, et plusieurs médecins face au même type de patient. Les entretiens ont été traités par IRaMuTeQ [2] et par analyse de contenu classique. Le logiciel permet d'identifier les individus les plus représentatifs de chaque classe sémantique ainsi que certaines de leurs caractéristiques personnelles. Nous avons ensuite converti les données obtenues en données quantitatives afin d'établir une typologie de patients et une de médecins, au moyen d'analyses multifactorielles.

2 Résultats : des réponses différentes aux inégalités perçues

Notre première constatation lors des entretiens avec les généralistes est que ceux-ci établissent généralement des distinctions entre les patients, qui ne reposent pas que sur des catégories strictement médicales. Ils ne sont pas aveugles aux différences sociales, économiques, culturelles, voire à ce qu'ils caractérisent comme des différences intellectuelles. Ils n'ont toutefois pas tous les mêmes manières de composer avec elles.

Nous avons construit trois styles de médecins, construction reposant sur les attitudes face à la maladie et aux patients chroniques, aux représentations sur l'observance et l'éducation thérapeutique, et aux stratégies mises en place pour amener le patient vers la transformation de son mode de vie. Ces trois styles représentent trois figures idéal-typiques (au sens de Weber, 1992) sont aussi trois façons d'appréhender les inégalités sociales et de santé des patients. Nous les appellerons des « styles thérapeutiques, en référence au travail de Sarrazy sur les styles pédagogiques des instituteurs (Sarrazy, 1996).

2. Ce logiciel, version libre d'ALCESTE, permet par un système de comptage des mots de classer ce qu'on appelle des unités de contexte élémentaires (UCE), c'est-à-dire des groupes de mots, en plusieurs classes sémantiques selon leurs similitudes (méthode de Reinert). Le but du travail statistique sur le corpus est de repérer des co-occurrences et des relations entre différents éléments de langage.

2.1 Les Désabusés : une même stratégie générale, plus ou moins appuyée

Le premier style, que nous avons qualifié de « Désabusé », représente des médecins âgés et expérimentés, principalement des hommes installés en milieu urbain. Ces médecins s'appuient principalement sur la peur que le patient peut avoir de sa maladie, de ses complications, pour le forcer à changer. Nous employons à dessein le terme de « forcer » car ces individus sont adeptes du dirigisme et de la relation hiérarchique verticale. Ils sont très pessimistes quant à leurs possibilités d'action et considèrent que rien ne fonctionne sauf cette peur de la mort et de la souffrance, qui reste alors leur seul outil. Ils ne transmettent pas de savoirs sur la maladie et diffusent ceux sur la transformation du mode de vie sous la forme de règles très générales car ils considèrent que toutes les explications qu'ils peuvent ou ont pu donner ne servent à rien si le patient ne veut pas changer. Pour eux, l'absence de changement n'est pas dû à une incompréhension du patient, qui peut très bien tirer des solutions adaptées à son propre cas à partir des règles générales, mais au fait que tant qu'il n'a pas mal ou qu'il n'a pas eu une alerte « suffisante », un infarctus par exemple, il ne changera pas car il n'en voit pas l'intérêt.

Les médecins Désabusés ont une attitude assez paradoxale quant aux inégalités ou, à tout le moins, aux différences entre les patients. Ils sont en effet ceux qui s'expriment le plus par rapport à celles-ci :

> « Il a fait tout ça du coup, parce qu'il a eu très peur, et... parce qu'il est intelligent entre guillemets et il comprend... Il est scientifique et une fois qu'on lui explique que ce qui lui est arrivé est lié à l'ensemble de ces choses-là, ben il se donne les moyens que ça ne revienne plus. » Opposé à : « C'est un homme moins intelligent. Et euh, gourmand. Donc obèse. »

Lorsque le docteur détaille un peu plus la vie de ces deux patients (et après en avoir rencontré un des deux, le second), on réalise que ce qui se cache sous cette variable intellectuelle est en réalité le statut social des personnes concernées : l'un est cadre, l'autre est ouvrier du bâtiment. D'autres insistent directement sur la dimension sociale :

> « Après y'a quand même la catégorie sociale, c'est-à-dire qu'il y a effectivement des gens qui sont dans de telles difficultés qu'on n'est pas entendu. Je parle des gens qui sont très précaires et qui ont des difficultés existentielles au quotidien, financières etc., donc là on n'est pas du tout entendu, on dit "vous allez faire un régime" et le mec qui a le RSA il vous dit "mais comment je fais ? !" Enfin voilà, des trucs comme ça. C'est très simple, mais c'est vrai que ces catégories-là on les touche pas, ou on les touche très mal. »

Enfin, cet aspect intellectuel ou social est associé à la dimension économique du changement de mode de vie, ainsi qu'à une certaine dimension morale :

> « Alors après c'est des gens qui sont aussi beaucoup plus difficiles à prendre en charge parce qu'ils sont pas compliants non plus. [...] Les bas, les bas revenus, les personnes... Ils sont, je trouve, c'est très difficile de prendre

> en charge ces populations et migrantes[3] et avec... C'est très difficile. Y'a un problème de compréhension, y'a un problème de "j'attends que tout me tombe du ciel" un peu, malheureusement ils s'impliquent pas beaucoup ; y'a des problèmes d'argent et puis y'a, je pense qu'il y a aussi un désintérêt pour leur propre santé. »

Les Désabusés n'hésitent pas à pointer les variétés de statut social et économique des patients. À l'heure où les injonctions des autorités de santé sont de ne pas faire de différences, ce discours peut surprendre. Cependant, leurs convictions pédagogiques, ce qui anime leur conception du métier, se basent sur une vision globale des patients et de la nature humaine en général. C'est d'ailleurs de là que vient ce pessimisme : après trente ou quarante années d'exercice, ils ne croient plus en l'homme ; en tout cas, ils ne croient plus en ses possibilités de changement volontaire. C'est pour cela que la traduction didactique de ces convictions est de faire peur ou de faire culpabiliser. Ils estiment que ce sont les seuls leviers susceptibles de déclencher un changement. Or, ils appliquent cette stratégie à tous leurs patients. Bien qu'ils soient très sensibles aux différences, ce n'est pas la nature de leur intervention qui change, mais son degré : ils vont devoir faire plus peur à quelqu'un qui est selon eux intellectuellement (comprendre : socialement) « plus limité », par rapport à quelqu'un qui serait « plus scientifique ». Il n'y a donc pas réellement de différenciation pédagogique, au sens d'une « démarche qui cherche à mettre en œuvre un ensemble diversifié de moyens, de procédures d'enseignement et d'apprentissage, afin de permettre à des élèves d'âges, d'aptitudes, de comportements, de savoir-faire hétérogènes [...] d'atteindre, par des voies différentes, des objectifs communs, ou en partie communs » (Raymond, 1989, 47). Leur méthode ne change toutefois pas sur le fond : ces médecins pensent que, « cortiqués » ou pas, ce qui fait que les patients modifient leurs habitudes est, *in fine*, la peur de souffrir.

2.2 Les Prosélytes : de l'observance pour tous à l'observance pour chacun

La deuxième figure typique établie dans notre travail est celle des Prosélytes. Compte tenu du fait qu'ils prônent une approche « rationnelle » du changement des modes de vie, les implications religieuses du terme peuvent surprendre. C'est toutefois bien de cela dont il s'agit à notre avis lorsqu'on en vient à leur façon de faire. La stratégie générale de ces médecins est de transmettre un maximum d'information sur la maladie ainsi que des savoirs professionnels relatifs notamment à la prise de décision en médecine. Ils sont partisans du fait que la prise de conscience du risque par le patient peut tout à fait être basée sur une réflexion rationnelle (et non, comme dans le cas des Désabusés, sur la base de sentiments tels que la peur ou la culpabilité) et préfèrent laisser le patient prendre lui-même les décisions qui le concernent, justement parce qu'ils estiment lui avoir donné tous les outils nécessaires pour le faire. Ils essayent en réalité de placer le patient « dans le fauteuil » du médecin, afin qu'ils partagent la même vision de ce qu'il serait bon de faire, c'est-à-dire transformer certaines conduites. Cette stratégie fait bien d'eux des Prosélytes de la rationalité biomédicale, dans laquelle ils pensent que se trouvent les solutions. Il s'agit des médecins les plus jeunes et souvent en lien avec l'institution : maîtres de stage ou enseignants à l'université.

3. Le médecin mentionne les gens du voyage mais son raisonnement s'étend à ceux qui sont sédentarisés depuis plusieurs années.

Contrairement aux Désabusés, ils s'efforcent de n'établir aucune différence, si ce n'est celles liées au caractère, dans leurs descriptions des patients. Dans leur discours, il n'est pas question de « patient cortiqué », d'intelligence, ni de « gens très précaires ». Leurs réflexions concernent toujours un patient en particulier, qui sera vu comme « peu motivé », ou « dépressif », ou bien « très épaulé ». En bref, elles se rapportent toujours à un point de vue individuel, sans lien avec une quelconque origine sociale. Pour ces médecins, s'il existe des inégalités de santé, leur origine est singulière, psychologique, mais pas sociale. Ces jeunes médecins sont très optimistes, beaucoup plus que leurs aînés, et pensent qu'il est possible de rendre tous leurs patients observants, ce que nous avons qualifié d'« observance pour tous » : « On renforce ce qu'ils savent et puis on se donne un objectif bien précis pour les trois mois suivants. Comme ça, objectif après objectif peut-être qu'on y arrivera. » Il semble à première vue qu'il y ait chez eux une forme de cécité aux inégalités de santé d'origine sociale.

Cependant, les stratégies qu'ils mettent en œuvre (et qui reposent sur des objectifs à relativement court terme, d'une consultation à l'autre), prennent en compte ces différences, presque par défaut. Ce travail par objectifs s'appuie en effet sur les possibilités concrètes de chaque patient, qui sont intrinsèquement liées à ses conditions objectives d'existence. Par exemple, un des médecins les plus proches de ce style déclare :

> « On s'est pas juste dit, hop, "mangez moins de fromage !" et puis au revoir. Si on a, je sais pas moi, un maçon qui prépare son petit repas le matin et que le fromage c'est plus simple à transporter, c'est quand même difficile de lui dire "mangez moins de fromage et on se voit dans trois mois". Donc on construit finalement l'objectif alimentaire, l'objectif d'activité physique ensemble. »

Ou encore :

> « Alors l'exemple avec lui c'était la piscine. Parce qu'ils ont une piscine à la maison : il aime pas nager. Mais là, pour les trois mois de l'été, l'objectif qu'on s'est fixé, c'était par exemple, voilà : aller plus dans la piscine. C'est un objectif simple, la piscine ils l'ont. »

À ce stade, les écarts entre les patients (en termes de possibilités objectives d'action) deviennent flagrants : ce médecin reconnaît qu'on ne peut pas demander la même chose à un retraité aisé ou à un maçon en pleine activité. Les Prosélytes, revendiquant ce que nous avons appelé « l'observance pour tous » passent alors à une nouvelle devise : « L'observance pour chacun [4]. » Ces médecins continuent de penser qu'ils transmettent les mêmes objectifs d'observance à tous leurs patients, indépendamment de leur statut social. Toutefois, si l'objectif final paraît identique, la différenciation des étapes intermédiaires selon les patients amène ces généralistes à diminuer l'effort (et donc l'impact en termes de santé) pour les patients les moins « capables ». Les exemples donnés plus haut donnent l'impression d'être adaptés à chaque patient, et ils le sont. En revanche, les objectifs fixés, les consignes données, ne sont pas les mêmes en termes de santé. Dans un cas,

4. En référence au travail de Roiné (2009), qui décrit le « changement de paradigme dans le monde de l'éducation qui a vu l'école passer d'une fonction normative à une fonction adaptative, d'une école pour tous à une école pour chacun ».

le maçon continuera à manger du fromage alors que cela est mauvais pour son corps, et dans l'autre, le monsieur qui a la piscine ne fera pas plus d'effort mais améliorera tout de même sa condition physique. En d'autres termes, le « chacun » l'a emporté sur « l'observance ». Comme le dit un des médecins, « c'est pas l'objectif optimal mais ça va être l'idéal en fait pour le patient ». Les Prosélytes se heurtent à la rencontre entre savoirs spécifiques de la maladie (peu importe les caractéristiques du patient, les nécessités liées à sa maladie – alimentation, activité physique – sont toujours les mêmes) et variabilité sociale du patient. Si les Désabusés ont tendance à privilégier le premier volet, en ignorant totalement les différences entre les patients, les Prosélytes ont tendance à l'oublier au détriment du second. Ils aboutiront donc à des objectifs adaptés au patient mais pas à la maladie et dans ce processus, ce seront les personnes issues des classes populaires qui seront défavorisées, car ce sont elles qui n'ont pas la possibilité de manger correctement à midi, qui ne possèdent pas de piscine, qui n'ont pas le temps d'aller faire de la marche à pied, etc. Il nous semble que ce style thérapeutique participe – bien involontairement – au maintien d'inégalités sociales de santé.

2.3 Les Guides : l'observance par la proximité humaine, un objectif réaliste ?

Comme les Désabusés, les Guides sont plutôt des médecins âgés, dans le métier depuis longtemps. Comme eux, ils ne font pas de différence dans leur traitement des patients cardiovasculaires chroniques. Pour ces médecins, l'éventuelle transformation du mode de vie du patient repose sur le fait que celui-ci s'assujettisse complètement à ce qu'ils disent ; l'observance devient alors un gage de la confiance accordée par le patient au praticien. Ainsi, les Guides font ce qui est nécessaire pour que leurs patients aient confiance en eux, mais la réciproque n'est pas forcément vraie : ils ne croient pas nécessairement tout ce que disent les patients et ne sont pas attachés à la relation humaine en tant que telle, mais plutôt en tant que levier pour l'observance., Ils prescrivent assez rapidement un traitement médicamenteux et pensent, comme les Désabusés, que la coercition est encore ce qui fonctionne le mieux mais contrairement à eux, ils font ce qu'ils peuvent pour inspirer confiance aux patients afin qu'ils les suivent « entièrement », comme le disait l'un d'entre eux.

En ce qui concerne le rapport à la variabilité des patients, les Guides se situent en quelque sorte à l'intersection des Prosélytes et des Désabusés. Ils ne rapportent pas les échecs de transformation à une supposée nature humaine universelle (ce que font les Désabusés) et ne prétendent pas non plus que tous les patients ont les mêmes chances de parvenir à l'observance. Par exemple, en ce qui concerne l'activité physique et l'alimentation :

> « Y'a aussi cette difficulté qui est liée peut-être au revenu, au statut social hein, c'est plus facile d'aller s'inscrire dans une salle de sport quand on est cadre supérieur que quand on est au RSI euh, au RSA pardon et donc voilà. Et ça c'est un problème. Ça c'est, là est le problème. [...] Ouais, là c'est un problème parce que tu peux pas faire un vrai régime équilibré manger des légumes tous les jours si t'as 600 € par mois, tu vas plutôt manger du pain des pâtes et des patates ce qui est pas forcément bien. Tu peux pas aller t'inscrire à une salle de sport, ça c'est même pas la peine d'y penser, t'es plutôt tout seul dans ton coin parce que comme tu veux pas trop dépenser t'es peu sociabilisé. »

On voit dans cette citation que le médecin n'est pas aveugle aux difficultés sociales des personnes qu'il rencontre, qu'il s'agisse d'obstacle purement économiques ou plus liés aux statuts sociaux. Les Guides ne différencient cependant pas leur discours ni leur stratégie en fonction de ces différences. Leur méthode reste la même : faire en sorte que le patient leur obéisse, certes, qu'il fasse ce qu'eux lui disent de faire, mais que ce soit une obéissance consentie, un assujettissement.

2.4 Discussion

Les rapports des médecins aux inégalités face à l'observance non-médicamenteuse sont donc variés. Certains les nient ou les rapportent à des caractéristiques singulières, psychologiques des patients. D'autres les constatent mais ne différencient pas pour autant leurs pratiques pédagogiques. Certains enfin essayent de les compenser, sur le modèle de la pédagogie différenciée qui se pratique à l'école, en s'adaptant aux différences de chacun. Nous avons d'ores et déjà pointé comment le style des Prosélytes peut les conduire à reproduire involontairement des inégalités sociales de santé déjà en place, en privilégiant la différenciation individuelle au détriment du changement de mode de vie. Cet argument est important dans la question qui nous occupe. Le point qui nous semble le plus important dans ce travail rassemble cependant les trois styles, malgré leurs disparités.

Les Désabusés considèrent qu'au-delà de l'hétérogénéité sociale, intellectuelle et culturelle des patients, l'être humain a besoin d'avoir peur ou d'avoir mal pour changer. Leurs pratiques sont donc tournées vers cet objectif : faire peur, faire culpabiliser. Le but est le même quel que soit le patient. Certes, ces médecins « appuient » plus leurs interventions lorsqu'ils considèrent que, du fait de sa situation socio-économique, le changement va être plus difficile à mettre en œuvre pour tel ou tel patient, mais le but ne change pas, et les moyens non plus.

Les Guides, on l'a vu, passent par une autre forme d'assujettissement. Ce terme ne doit pas être interprété comme un mécanisme de soumission et de domination mais bien au sens foucaldien du terme[5]. Pour reprendre les mots de Macherey :

> « Être sujet, c'est donc littéralement être "assujetti", non toutefois au sens de la soumission à un ordre extérieur supposant une relation de pure domination, mais à celui d'une insertion des individus, de tous les individus sans exception et sans exclusive, dans un réseau homogène et continu, un dispositif normatif, qui, en les produisant, ou plutôt en les reproduisant, les transforme en sujets. » (Macherey, 2009, p. 78.)

Cet assujettissement, cette confiance se gagnent par la proximité humaine et sociale entre le médecin et son patient. Nous avons remarqué dans notre étude que ces généralistes sont parmi ceux qui se mêlent le plus à la population profane : ils sont intégrés au tissu social de leur ville, qu'ils soient élus municipaux, membres d'associations ou tout simplement qu'ils habitent le quartier dans lequel ils exercent, ce qui fait qu'on peut les voir au marché ou dans la rue. Ce sont ceux dont les patients nous ont dit qu'ils étaient

5. Foucault insiste sur le fait qu'une certaine libération dépend d'abord d'un état de domination, duquel il faut se défaire pour être libre, mais qui est nécessaire en premier lieu à cette recherche de liberté (d'après Audureau, 2003). Cela résonne de façon très appropriée lorsqu'on songe au but de l'ETP qui est bien d'assujettir pour ensuite rendre autonome.

« amis[6] », par exemple. Les Guides sont la figure typique du médecin de famille, celui qu'on connaît depuis longtemps, qui a géré les grossesses et les maladies infantiles, et qu'on *croit*. On est alors dans la dimension épistémique de la croyance (Mariani-Zini, 2010), qui s'appuie non sur un enchaînement d'arguments et de preuves falsifiables mais sur des Arrière-Plans (*cf. supra*). Dès lors, c'est principalement sur cette croyance que s'appuie le praticien pour amener son patient à modifier son mode de vie : « Parce que... souvent quand ils ont pas les ressources pour comprendre mais que bon, quand on a instauré une confiance, ben ils font. » Cette façon de faire s'applique à tous les patients, sans que les différences évoquées plus haut ne viennent la modifier. Au mieux, certains patients bénéficieront d'explications supplémentaires sur la maladie (au prétexte qu'eux peuvent les comprendre), ou au contraire, certains auront droit à un sermon plus appuyé, mais comme dans le cas des Désabusés, ces variations sont minimes par rapport à la stratégie générale.

Dans ces deux styles, c'est bien le degré des interventions qui change et non pas leur nature. Un médecin « Désabusé » haussera le ton ou choisira un exemple un peu plus effrayant ; un médecin « Guide » insistera pour revoir le patient plus tôt, ou touchera un mot des difficultés à son conjoint ou sa conjointe lors d'une consultation ou d'une rencontre fortuite. Sur le fond, leurs stratégies ne changent pas, elles ne sont pas différenciées. Enfin, si le style des Prosélytes peut prêter à confusion, parce qu'ils adaptent leurs décisions à chaque patient, ce n'est encore une fois pas la méthode générale (approche par objectifs) qui change mais bien ses degrés de mise en pratique. Les objectifs ont beau être variés, ils restent dans la même stratégie.

Quel que soit leur style, les médecins généralistes confrontés à la maladie cardiovasculaire chronique et à la nécessité d'amener les patients à changer leur mode de vie ont donc en commun le fait de ne pas différencier radicalement leurs pratiques. Ils ont conscience de la variabilité sociale et anthropologique de leurs patients (bien que cette prise de conscience intervienne plus ou moins consciemment selon les styles) et ils essayent de faire en sorte que cette variabilité ne le gêne pas trop dans leur travail, mais sans réifier les difficultés sociales de leurs patients et en faire leur cheval de bataille principal. Autrement dit, ils font des efforts pour toucher un maximum de patients tout en parvenant à conserver une réelle neutralité axiologique et à éviter une certaine stigmatisation.

Malgré ces efforts, on retrouve toujours ce que nous avons avancé en introduction : dans notre typologie des patients soumis à cette injonction de modification des habitudes, ceux qui sont le plus en difficulté à la fois pour changer mais aussi simplement pour être disposés à changer sont ceux qui sont issus des catégories sociales les moins favorisées : ouvriers, employés et salariés agricoles. Nos résultats sont conformes aux bilans établis par les différentes instances de santé s'étant emparés du problème (l'Organisation mondiale de la santé, l'Institut de veille sanitaire, ou encore l'Institut canadien d'information sur la santé) : tous montrent que, bien qu'on ne puisse parler de relation causale directe, l'incidence des maladies cardiovasculaires est plus élevée dans les populations socialement et économiquement défavorisées, et que le taux d'observance y est plus faible (Ferland *et al.*, 1994 ; OMS, 2003 ; Diène, Fouquet, Geoffroy-Perez, Julliard, 2014).

6. Même si cette catégorisation ne semble être valable que de leur point de vue ; aucun médecin ne nous a confié être ami avec un de ses patients, ce qui rappelle d'ailleurs que la confiance instaurée par les Guides est à sens unique, du patient vers le médecin.

Sachant que les généralistes ont des styles différents et qu'ils sont capables de les adapter sans stigmatiser leurs patients, d'où peuvent bien provenir de telles inégalités ? C'est ici que la notion d'Arrière-plan vient pleinement jouer son rôle. Nous supposons à la suite de Wittgenstein, d'Austin et de Searle que le sens d'un langage n'est pas universel et par là-même que toute proposition peut porter une charge sémantique différente selon ce que Searle appelle des Arrière-Plans, ces habitudes et dispositions acquises par l'individu et qui confèrent au monde son intelligibilité. Ces façons que nous avons de « voir » ne sont pas des procédés internes, contrairement aux conceptions mentalistes de l'apprentissage, mais bien des éléments culturels. Nous employons ici le mot « culture » et ses dérivés au sens du produit sédimenté de l'histoire des manières d'agir, de percevoir, des milieux dans lesquels les individus ont évolué. Or, les travaux statistiques sur l'origine sociale des médecins sont assez formels : si la situation s'est quelque peu améliorée depuis Les Héritiers[7], le corps médical se reproduit. La plupart des médecins sont d'origine sociale très favorisée : enfants de cadres supérieurs ou de professions libérales principalement (Saint Marc, 2006). Ils ont donc incorporé des Arrière-plans, des formes de vie propres à ces classes sociales. On comprend dès lors pourquoi ces généralistes ont tant de mal à faire en sorte que leurs patients les moins favorisés socialement « voient comme » eux, et ce peu importe leur style thérapeutique. Ce que ces patients entendent, comprennent, de ce que leur dit leur médecin, qu'il le dise dans un style dirigiste ou rationnel ou bienveillant, est tout à fait lié avec leur « grille de lecture du monde », intrinsèquement liée à l'univers dans lequel ils ont grandi, aux codes qu'ils ont incorporés. Dès lors, de la même façon que ces Arrière-plans, ces habitus, sont mis en cause dans la reproduction des inégalités sociales dans le champ scolaire (Sarrazy, 1996, 1997), on peut imaginer qu'une partie de l'explication des inégalités de santé dans le cas des maladies cardiovasculaires chroniques se trouve également dans ce concept. Les patients issus des classes les plus proches de celles des médecins auraient ainsi à peu près la même conception du monde, ce qui leur permettrait d'« entendre » ce que leur médecin leur dit, tandis que les autres, tout aussi appliqués, « studieux » qu'ils soient, auraient plus de difficultés.

Conclusion
Une co-présence, mais pas une rencontre

Le problème qui nous occupe ici est le fait que les patients, et surtout ceux originaires des classes les plus défavorisées, ne font pas exactement ce que les médecins leur ont demandé et présenté comme le meilleur pour leur santé. Ce « pas exactement » ne vient pas vraiment d'un manque de compréhension au sens premier du terme, mais de la mise en application de la règle. Si dans le cabinet de consultation, « manger moins gras » ne pose aucun problème de compréhension, une fois dans la cuisine, c'est tout un univers de pratiques incorporées depuis des années qui serait remis en question. Cette remise en question se fait parfois, conduisant à un résultat plus ou moins abouti, mais elle peut aussi ne pas se faire du tout : « manger moins de gras » ne résonnera pas, ne fera pas sens dans un certain habitus. La problématique majeure de l'éducation thérapeutique et des inégalités qu'elle révèle, se fait en amont dans le bouleversement de ces grilles

7. Dans lequel Bourdieu et Passeron montraient que seuls 0,03 % des étudiants en médecine étaient issus de familles de salariés agricoles, par exemple.

de lecture différentes. Mais est-il seulement possible ? Cette question rappelle en quoi la confrontation des « logiques pratiques » (Bourdieu, 1980, 2000) peut se révéler épineuse.

La rencontre entre médecin et patient a beau se faire factuellement, physiquement, il n'est pas certain qu'elle débouche sur une collaboration. Le suivi de la maladie chronique passe effectivement par une consultation au moins tous les trois mois, au cours de laquelle patient et médecin se rencontrent. La consultation est la zone d'intersection de deux sphères qui se croisent sur un temps institutionnalisé. Pour autant, peut-on dire qu'elles se recouvrent ? Nous avons plutôt constaté qu'elles se télescopent, se croisent, parfois sont complètement hermétiques l'une à l'autre et parfois débouchent sur une réelle collaboration. En d'autres termes, la co-présence institutionnalisée qu'est la consultation n'est pas véritablement une rencontre, du fait des différences d'Arrière-plans.

La rencontre de rationalités dirigées par des impératifs de santé qui ne sont pas toujours les mêmes et une multitude d'autres reposant sur des habitus incorporés depuis des décennies et entretenus par l'environnement habituel des patients est bien moins évidente qu'il n'y paraît. La confrontation effective des figures idéal-typiques fait cependant apparaître une lueur d'espoir : certains configurations semblent fonctionner, cahin-caha peut-être, mais fonctionner tout de même.

Ainsi, les patients issus des classes populaires s'accorderaient mieux avec les médecins exerçant comme des Guides ; soucieux de bien faire et en demande d'une certaine autorité [8], ils seraient plus à leur aise avec des médecins privilégiant une relation dirigiste mais basée sur une certaine forme de confiance. Les Désabusés, avec leur autorité sans masque, basée sur la stimulation des sentiments de peur et de douleur pourraient avoir un effet sur ces mêmes patients, qui n'ont pas le temps ni l'esprit suffisamment libres pour s'occuper de leur problème cardiovasculaire mais qui pourraient peut-être parvenir à le rehausser dans leur système de priorités sous la pression de ce type de médecins. De plus, si la stratégie de ces deux types est éthiquement et pédagogiquement discutable, elle a le mérite de réduire un maximum les incertitudes langagières, étant très explicite. De fait, si on ne peut pas dire si les patients ont appris et sont capables de modifier en autonomie leur mode de vie ou bien s'ils « exécutent les ordre », leur santé sera quand même améliorée. Les Prosélytes, enfin, s'accorderaient mieux avec les patients d'origine plus favorisée. Ce sont eux qui sont en meilleure position pour être touchés par les arguments « rationnels » des Prosélytes. Leur « grille de lecture » est déjà suffisamment similaire pour que le rapprochement définitif puisse s'opérer. Enfin, ils disposent de conditions d'existence plus favorables à l'établissement d'objectifs satisfaisant à la fois leurs possibilités matérielles et leurs impératifs de santé, comme nous l'avons montré plus haut. S'il existe donc des couples idéaux capables de fonctionner ensemble, il y a fort à parier que ces associations sont également possibles dans la réalité.

Ainsi, le regard sur les inégalités sociales de santé devrait désormais s'enrichir des mises en lumière de différenciations très complexes qui, nous le soulignons ici, dépassent les seules caractéristiques sociales des acteurs et des institutions. Ces analyses invitent notamment à inclure une réflexion sur les conditions d'émergence des différenciations dans la formation

8. Bourdieu montre les classes populaires comme présentant un habitus plus sensibles à l'autorité que les classes favorisées (1974).

des soignants, y compris en prenant mieux en compte les apports des sciences humaines et sociales dans les formations.

Références bibliographiques

Audureau, J.-P. (2003). Assujettissement et subjectivation : réflexions sur l'usage de Foucault en éducation. *Revue française de pédagogie*, *143*(1), 17-29.

Bourdieu, P. (1974). Avenir de classe et causalité du probable. *Revue française de sociologie*, 3-42.

Bourdieu, P. (1979). *La distinction : critique sociale du jugement*. Paris : Éditions de Minuit.

Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris : Éditions de Minuit.

Bourdieu, P. (1986). *Cours de sociologie générale. Cours au Collège de France*. Paris : Collège de France.

Bourdieu, P. (2000). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Paris : Seuil.

Bourdieu, P. & Passeron, J.-C. (1970). *La reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris : Éditions de Minuit.

Diène, E., Fouquet, A., Geoffroy-Perez, B. & Julliard, S. (2014). *Mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires chez les hommes selon la catégorie sociale et le secteur d'activité*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire.

Durkheim, E. (2010). *Leçons de sociologie*. Paris : Presses universitaires de France.

Ferland, M. & Paquet, G. (1994). L'influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien-être. In Lemieux, V. (dir.) (2003). *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*. 53-72. Presses de l'Université Laval.

Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité. 1, 1*. Paris : Gallimard.

Haute Autorité de santé. (2008). Éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques : Analyse économique et organisationnelle – Synthèse. *Médecine des maladies métaboliques*, *2*(6), 6.

Macherey, P. (2009). *De Canguilhem à Foucault : la force des normes*. Paris : La Fabrique.

Mariani Zini, F. (2010). Crédibilité, croyance, confiance. Le legs de la tradition romaine. *Revue de métaphysique et de morale*, *66*(2), 179.

Pichon, M. (2015). *Éléments pour une modélisation des déterminants anthropo-didactiques de l'éducation thérapeutique du patient dans la médecine de proximité : cas des maladies cardiovasculaires*. Université de Bordeaux, Bordeaux.

Raymond, H. & Meirieu, P. (1989). Différencier la pédagogie : des objectifs à l'aide individualisée. *Cahiers pédagogiques*, 277.

Roiné, C. (2009). *Cécité didactique et discours noosphériens dans les pratiques d'enseignement en SEGPA : une contribution à la question des inégalités*. Université Bordeaux 2, Bordeaux.

Saint-Marc, D. (2011). *La formation des médecins : sociologie des études médicales*. L'Harmattan, Paris.

Sarrazy, B. (1996). *La sensibilité au contrat didactique : rôle des arrière-plans dans la résolution de problèmes d'arithmétique au cycle trois*. Université Bordeaux 2, Bordeaux.

Sarrazy, B. (1997). Sens et situations. Une mise en question de l'enseignement des stratégies méta-cognitives en mathématiques. *Recherches en didactique des mathématiques*, *17*(2), 135-166.

Searle, J. R. (1978). Literal meaning. *Erkenntnis*, *13*(1), 207-224.

Searle, J. R. (1982). *Sens et expression études de théorie des actes de langage* (trad. J. Proust). Paris : Éditions de Minuit.

Weber, M. (1992). *Essais sur la théorie de la science*. Paris : Presses Pocket.

Wittgenstein, L. (2005). *Recherches philosophiques*. Paris : Gallimard.

World Health Organization. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies : Evidence for Action*. Geneva : World Health Organization.

Références sur le Web

Organisation mondiale de la santé (2015). Fiche sur les maladies cardiovasculaires [en ligne] : http ://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/ (05/11/2015).