

Emmanuelle Grand

**La relation médecin-patient ou le problème de la juste distance
Evaluation dans un réseau de soins**

Introduction

Les difficultés liées à la relation patient-médecin sont souvent posées en terme d'incompréhension. Incompréhension de la part du patient qui doit recourir au médecin pour pallier à une faiblesse dont il ne peut venir seul à bout, et incompréhension de la part du médecin, qui se trouve dans l'incapacité de saisir ce que vit le malade. Un argument souvent avancé pour expliciter cette incompréhension est celui de la différence de nature des discours propres à chaque interlocuteur : celui du médecin relèverait de la science, du domaine de l'objectivité ; celui du patient relèverait plutôt du domaine du ressenti, du subjectif. Néanmoins, une telle explication demeure incomplète, pour ne pas dire réductrice. S'il est vrai que le savoir médical occupe une place particulière au sein de la relation, ce que nous nous proposons d'analyser plus loin, il ne peut en revanche être à l'origine de l'ensemble des difficultés. On ne peut ignorer ni les capacités humaines du médecin qui cherche le meilleur moyen d'approcher son patient, ni la faculté du malade à poser un regard objectif ou scientifique, porté par un savoir, sur sa pathologie. L'évolution de la réflexion concernant le sens donné à la notion de personne humaine a conduit la profession médicale à intégrer à sa pratique une attention plus appuyée à la subjectivité en souffrance qu'elle doit traiter. De même, l'intérêt croissant du public pour sa santé a entraîné, au travers des médias comme par l'intermédiaire des associations de patients, un développement du savoir médical désormais accessible à tous.

Comment évaluer alors les difficultés posées par la relation thérapeutique ? Au-delà de l'argument de la barrière constituée par le savoir, il s'agit d'observer la façon dont les individus interagissent. Autrement dit, c'est la relation qui constitue notre objet d'étude.

La notion d'attitude

« L'accomplissement d'une tâche dépend des dispositions à son égard de celui qui l'exécute, de son attitude. Tel est le point de départ des études sur les attitudes, toujours définies comme variables intermédiaires entre la personnalité et le comportement », écrit Alain Touraine. Le concept d'attitude semble être le plus apte à rendre compte de ce qui se joue dans la relation médecin-patient, puisqu'il permet de relier le propre de l'individu à son agir. L'attitude du médecin qui se rapproche de l'opinion, ou qui tend vers ce qu'Alain Touraine nomme pôle cognitif, est relativement aisée à cerner. Elle relève de ce que l'on pourrait désigner comme un comportement professionnel : c'est l'état d'un malade qui va déterminer les gestes ou les mots à employer. La nature de la situation appelle un comportement déterminé. En revanche, le pôle subjectif de l'attitude est plus difficile à saisir. Le médecin peut en effet être influencé, consciemment ou inconsciemment, dans ses choix professionnels, par des éléments issus de sa vie personnelle, par des émotions, des convictions intimes. Il s'agit de connaître l'existence et l'influence potentielles de ces motifs pour prendre toute la mesure des décisions qu'ils entraînent. Comment le médecin fait-il lui-même la part entre ces deux pôles ? Quelles sont les conséquences vis-à-vis de son agir ?

Pour ce qui touche au malade, force est de reconnaître que si le pôle subjectif prend une importance accrue, son attitude ne peut se résumer à cela. « Le malade a aussi un

comportement utilitaire. Son objectif est la santé et il cherche le meilleur moyen d'y parvenir », écrit Alain Touraine. Il faut garder à l'esprit la complémentarité qui a été préalablement définie entre les deux pôles. Le malade engage une grande part de lui-même dans la relation de soin, sa personnalité, ses affects sont mis à rude épreuve. De même que pour le médecin, il est nécessaire de constater que les deux pôles coexistent et interagissent, non seulement dans la détermination d'une attitude particulière, mais aussi dans la détermination mutuelle des attitudes qui se rencontrent. Comment le médecin fait-il la part entre le pôle affectif et le pôle cognitif dans son attitude vis-à-vis du malade ? D'autre part, rendre une attitude explicite, autrement dit préciser les pôles vers lesquels elle tend, pourrait-il être un gain (de confiance, de compréhension,...) pour la relation ?

Nous avons choisi de stigmatiser la difficulté principale de la relation de soins au travers de la notion de distance. Comment les glissements d'un pôle à l'autre s'effectuent-ils ? Quelles conséquences envisager au niveau de la pratique médicale ? Comment accorder les attitudes entre elles pour un résultat optimal au niveau de la prise en charge du patient ? C'est le face-à-face des attitudes et leur interactivité qui élabore la distance.

La distance ou l'essence de la relation

C'est la notion de « juste distance » telle qu'elle est développée par Paul Ricœur qui va nous permettre d'analyser ici la relation. Celui-ci situe cette juste distance à mi-chemin entre indifférence, condescendance ou mépris, suspicion, et fusion affective. Ce terme vient trouver son emploi à l'issue d'une réflexion sur les analogies entre le raisonnement juridique qui advient au cours d'un procès et le raisonnement médical intervenant lors de la consultation. Ce parcours aboutit à la constatation que l'acte de soins est un acte de justice, dans la mesure où il réalise cette juste distance qu'évoque Paul Ricœur. Il justifie son analogie par le fait que l'acte de justice comme l'acte de soins sont recouverts par des normes, juridiques et déontologiques, mais partagent le même objet d'application : la personne.

Savoir médical

Cette juste distance va être appréhendée par l'intermédiaire d'autres notions. Le sociologue Norbert Elias cherche à développer une théorie sociologique visant à donner une interprétation du temps, dans son ouvrage du même nom. Il entend par là évaluer les processus d'apprentissage de l'humanité en observant entre autres les modifications des attitudes humaines face aux objets du savoir, et ce, non pas à un niveau individuel, mais au niveau de l'humanité elle-même, dans la succession de ses générations. Les savoirs humains évoluent non seulement en fonction de la période, des techniques développées, des personnes auxquelles elles s'adressent, mais aussi au contact de leurs propres hétérogénéités. Selon Norbert Elias, les modifications observées dans « la structure » et « la forme des symboles dont les hommes se servent à des fins d'orientation » permettent de mettre en évidence d'autres modifications qui, elles, affectent les rapports entre « engagement et distanciation ». Norbert Elias définit ces deux notions relativement à la nature. Originellement, l'engagement des individus caractérise leur perception de la nature comme monde d'esprits, tandis que la distanciation désigne une conception de la nature pure et simple, dont la compréhension se fait par l'intermédiaire des processus physiques essentiellement. Mais si les savoirs concernant les processus naturels sont allés dans le sens d'une distanciation croissante, en revanche, les savoirs relatifs aux processus sociaux subsistent sur le mode d'un fort engagement affectif. Or la relation patient-médecin, en tant que « forme de la vie communautaire », stigmatise parfaitement cet équilibre à trouver entre une distanciation propre à la nature des savoirs primaires invoqués (les savoirs médicaux, physiques, etc.), et un engagement émotionnel d'autant plus fort que le savoir social auquel il se rapporte est mal maîtrisé. On peut retrouver dans cette approche sociologique effectuée par l'intermédiaire de la notion de savoir, ce problème de la juste distance précédemment développé. La question

que l'on peut alors poser est la suivante : comment faire face à l'hétérogénéité des savoirs respectifs des médecins et des patients ?

Le temps

L'autre notion développée par Norbert Elias dans cet ouvrage est le temps, qui apparaît comme une construction sociale. Il constitue une contrainte que la civilisation s'est elle-même donnée, pour se structurer dans ses rapports internes. Il fait figure de symbole social. Dans le texte, trois fonctions sont mises en évidence. Le temps recèle en premier lieu une fonction communicative, du fait qu'il repose sur des conventions. En second lieu, il constitue un instrument d'orientation, dont il est facile de trouver des exemples dans le domaine de la science. En cela, on peut dire qu'il contribue à la distanciation inhérente aux relations des hommes avec les processus physiques. Enfin, le temps constitue un instrument de régulation de la conduite et de la sensibilité humaine. Ces trois fonctions font du temps un agent de contraintes internes pour les individus, dans la mesure où ils ont intériorisé un certain nombre de normes sociales comprenant cet instrument. En tant que symbole social, le temps fait ici figure de contrainte auto imposée, donc d'obstacle vis-à-vis de la prise de décision exercée librement. Et ceci est d'autant plus vrai lorsque l'on considère la consultation médicale telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, pour laquelle le temps imparti est si court qu'il ne permet ni au praticien ni au patient d'atteindre les objectifs d'un entretien satisfaisant. Néanmoins, serait-il possible d'adopter une attitude qui restituerait au temps une fonction plus instrumentale, au sens où elle a été définie plus haut, et au détriment de cette fonction de contrainte qu'il exerce actuellement ?

Le réseau de soins

Nous avons choisi d'analyser la relation patient-médecin dès lors que le patient se trouve inclus dans un réseau de soin. Le réseau de soins a pour fonction première de mettre en relation tous les acteurs de soins qui interviennent dans la prise en charge d'un certain type de pathologie, afin d'améliorer le suivi du patient, tout en évitant les doublons de prise en charge et les surcoûts qu'ils entraînent. La relation classique entre médecin et patient se trouve alors forcément influencée par cette nouvelle organisation.

Les attitudes du patient et de son médecin, en tant qu'elles interviennent dans le fonctionnement du réseau, acquièrent ici un aspect utilitaire, conféré par le réseau lui-même, qu'elles ne possédaient pas auparavant. Le travail en interactivité des personnes pour le malade nécessite des comportements déterminés, tournés vers des objectifs précis. Les personnes qui se rencontrent savent pourquoi elles se rencontrent, et dans quel but. En outre, on peut se demander si le réseau ne peut constituer un agent de distanciation entre médecin et patient, au sens où l'ensemble des acteurs qui intervenaient auparavant indépendamment de la relation de soins, sont dès lors présents, non pas physiquement, mais statutairement. Si elle existe réellement, ce qui devra être vérifié, cette distanciation est-elle nécessaire et répond-elle à un besoin ou une attente de l'un ou des deux protagonistes ?

L'enjeu du réseau de soin pour le patient comme pour le médecin correspond au désir d'une meilleure prise en charge thérapeutique. Mais qu'en est-il en terme de relation médecin-patient ? Le réseau améliore-t-il concrètement leurs rapports ? Il s'agit de vérifier si ces hypothèses sont en mesure de se réaliser.

Réseau de soins et visée éthique

En choisissant de soigner, le médecin s'est inscrit dans une visée de « la vie bonne », autrement dit dans une visée éthique. Il se doit à la fois de suivre les étalons d'excellence propres à sa pratique, mais aussi de satisfaire à l'« ergon », qui est la tâche de l'homme en tant que tel. En suivant cette dynamique, le médecin comme tout homme, parviendra à l'estime de soi, qui lui permettra de poursuivre cette recherche de la vie bonne « avec et pour l'autre » : il s'agit de donner à la sollicitude un statut plus fondamental que l'obéissance au devoir. Cette notion de sollicitude en suppose une seconde, celle de mutualité, selon laquelle

« chacun aime l'autre en *tant que ce qu'il est* ». Ricœur justifie l'emploi du terme de sollicitude en invoquant « l'union intime entre la visée éthique de la sollicitude et la chair affective des sentiments ». En effet, cet élan doit avoir lieu à la fois parce qu'il s'accorde avec la visée éthique que tout homme doit se donner, mais aussi parce que l'assignation de l'autre souffrant doit en appeler à la propre sensibilité de celui qui ne souffre pas. Celui qui se trouve interpellé par la souffrance de l'autre, en l'occurrence le médecin, n'a pas le droit de se réjouir secrètement de ce qu'il n'est pas lui-même touché par le mal auquel il est confronté. Il doit en effet souffrir, avec et pour l'autre. Et ce sentiment de sollicitude vient, selon Ricœur, mettre fin à l'inégalité structurelle de la relation de soins, du fait que celui qui souffre compense son infériorité par l'image qu'il renvoie à celui qu'il sollicite de sa propre souffrance, et en dernier recours, de sa propre mort. En terme d'agir, comment le médecin met-il alors en œuvre cette sollicitude envers son patient ?

Enfin, cette visée éthique doit se faire « dans des institutions justes » ; la notion d'égalité est ici fondamentale : elle est à la vie dans les institutions ce que la sollicitude est aux relations interpersonnelles. Estime de soi dans sa relation au « je », sollicitude dans sa relation au « tu », et égalité dans sa relation au « il », tel est le cadre hypothétique que l'on pourrait apposer à la triade patient-médecin-réseau. Il s'agit néanmoins d'éprouver sa validité avant de l'imposer comme modèle. En effet, si l'estime de soi du médecin est nécessaire à la nature de sa pratique, si la sollicitude semble être le mode rapport le plus adéquat dans la relation au malade, en revanche, la juste distance se donne-t-elle à montrer dans cette égalité que présente Paul Ricœur ? C'est ce qu'il faudra déterminer.

En outre, le réseau de soins peut-il être ce « troisième terme » qui permettrait à la relation thérapeutique de s'épanouir dans cette « juste distance » ? Telle est la problématique à laquelle nous nous proposons de répondre.

Matériel et méthode

Objectif de la recherche

La structure propre à un réseau de soins, lorsqu'elle suppose la coopération de la médecine de ville, pose la question des relations qui se nouent entre le médecin de ville et le malade, lequel va être amené, dès lors qu'il se trouve inclus dans ce réseau, à rencontrer un certain nombre de nouveaux correspondants. Le colloque singulier qui caractérisait la relation médecin-patient trouve alors une extension au travers du nouveau faisceau de relations qui s'établit autour du malade.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de la mise en réseau de plusieurs intervenants autour d'un patient, sur la relation que celui-ci entretenait avec son médecin, afin de rendre compte de l'influence du réseau sur le plan « humain ». La question à laquelle cette étude tente de répondre est la suivante : la mise en réseau influence-t-elle positivement la relation médecin-malade ?

Méthode d'évaluation

La méthode utilisée pour procéder à cette évaluation est la suivante : des modèles de relation théoriques, développés par des sociologues et des philosophes, ont été sélectionnés au cours d'une recherche bibliographique, et sur les conseils du Pr. Hervé. Nous en avons conservé les caractéristiques principales, ainsi que les thématiques qui nous ont semblé présenter une pertinence avec le sujet traité. A l'issue de ce travail d'analyse, nous avons choisi de tester ces modèles théoriques en les confrontant à la pratique quotidienne de médecins.

Cette méthode présente un triple objectif :

- confronter, au travers du témoignage de différents médecins, leur pratique dans, et en-dehors du réseau ;

- confronter les témoignages des médecins entre eux ;
- tester la validité des modèles théoriques en fonction des différents modes de relation déployés par les médecins dans leur pratique.

Outil d'évaluation

L'outil d'évaluation que nous avons utilisé est l'entretien semi-directif.

Il s'adresse aux médecins du réseau ASDES, exerçant en libéral.

Le questionnaire a été élaboré avec le Pr. Hervé. Il a été divisé en trois parties : la première partie porte sur les relations entretenues habituellement avec les patients, dans le cadre d'une consultation classique. La seconde partie porte sur l'expérience du réseau. Enfin, la troisième partie cherche à susciter une réflexion un peu plus approfondie sur la nature de la relation patient-médecin.

27 entretiens ont été réalisés, entre le 18 février et le 23 avril 2004.

Discussion des résultats

Dans l'introduction, un certain nombre de notions ont été présentées et développées, dans le but de les utiliser pour analyser les résultats obtenus à l'issue des entretiens. Il est à présent nécessaire de confronter ces résultats aux données théoriques, afin de rendre compte de leur validité face à la pratique.

Attitude

Les résultats obtenus ne vont pas dans le sens de l'opinion courante concernant les attitudes traditionnellement attribuées aux médecins et aux patients. Les médecins décrivant leur attitude d'un point de vue professionnel et technique sont minoritaires, tandis que ceux qui insistent sur l'adaptation au patient, qui mettent en avant le côté relationnel sont largement majoritaires. Un tel type d'attitude fait appel à des qualités d'observation et de psychologie qui, certes, exigent que le médecin tienne compte de la situation du patient et s'y adapte, mais surtout, qui mettent en jeu les qualités personnelles du médecin et font intervenir ce que nous avons nommé le pôle subjectif de l'attitude. En revanche, les patients qui sont décrits par les médecins comme trop exigeants et considérés comme des patients difficiles ne sont pas perçus sous l'angle subjectif de leur attitude, mais plutôt du côté du pôle cognitif. Ces patients sont en effet dans une démarche – certes maladroite – de recherche de santé, ils témoignent d'un comportement utilitaire qui correspond au pôle cognitif de l'attitude telle qu'elle a été décrite par Alain Touraine. On comprend alors les difficultés qui peuvent surgir entre un professionnel qui cherche à exprimer sa personnalité pour adoucir une relation initiée par une souffrance, et un malade qui se place délibérément dans une situation de demande ou de récrimination, parfois injustifiées.

L'une des notions introduites dans notre corpus théorique est la sollicitude. Ce qui transparait le plus nettement dans les réponses, c'est la mise en défaut de l'aspect de mutualité que revêt le concept. Si les médecins estiment exercer une certaine sollicitude envers leurs malades, il semble en revanche que la réciproque ne soit pas toujours vraie. Certes, il est difficile d'estimer la proportion de patients « difficiles », qui ne respectent pas le médecin qu'ils sont venus consulter. On peut supposer que la grande majorité des malades ont une relation « normale », cordiale avec leur médecin. Toutefois, si les réponses sont aussi unanimes pour ce qui concerne le manque de respect, l'agressivité de certains patients, il est possible de supposer que ces situations sont courantes, et suffisamment mal vécues pour qu'elles soient évoquées à chaque fois.

Les regrets exprimés par les médecins face à ce type d'attitude témoignent de la dimension affective qui intervient dans la relation avec le patient. « L'union intime entre la visée éthique de la sollicitude et la chair affective des sentiments » évoquée par Ricœur se trouve confirmée ici. Mais le modèle théorique de la relation fondée sur la sollicitude trouve

aussi ses limites, dans la mesure où il n'envisage cette sollicitude qu'à l'égard d'un malade souffrant, dépendant du savoir et du savoir-faire d'un médecin qu'il ne peut alors que respecter. Or un tel schéma ne correspond plus à la réalité dont font état les personnes interrogées. La sollicitude du médecin, lorsqu'elle existe effectivement, peut venir se buter contre les exigences et la revendication d'une liberté que l'on ne peut nier au patient, mais qui viennent perturber l'élaboration classique d'une relation patient-médecin.

Il semble donc que la relation médecin-malade fasse l'objet d'une évolution : l'abandon de l'attitude paternaliste qui caractérisait autrefois le médecin est aujourd'hui avéré, mais il ne faut pas négliger l'évolution qui touche l'attitude des patients eux-mêmes. Si la plupart des patients maintiennent sans doute une relation fondée sur la confiance, la tendance est néanmoins à la prise de responsabilités, qui, dans certains cas, peut dériver vers une attitude de toute-puissance exigée par le patient lui-même.

A la question de savoir si les actes médicaux se rapprocheraient de ce que Paul Ricœur nomme actes justes (parce que la personne est prise dans sa singularité) ou actes de justice (au sens d'application de règles médico-sociales ou légales à des cas particuliers), les réponses recueillies montrent que la nuance est bien saisie entre ce qu'il convient de faire pour tous les patients, sans distinction de culture, de religion ou autre, et ce qu'il convient de faire pour chacun en particulier, même si la première attitude prévaut dans les réponses. Certaines personnes adhèrent à la définition d'actes de justice, d'autres nomment acte juste le fait de faire les mêmes actes pour tout le monde. Quoi qu'il en soit, les subtilités sémantiques cèdent la place aux précisions apportées dans les réponses, et la notion d'égalité dans les soins émerge de façon majoritaire.

Cette prévalence d'une constance dans les attitudes ne va pas précisément dans le sens des réponses données à la question I1, où les personnes interrogées affirmaient pour la plupart s'adapter au patient et agir en fonction des réactions et du caractère de celui-ci.

Distance

La distance adéquate entre médecin et patient est difficile à réaliser, et les réponses montrent que les médecins sont parfaitement conscients de cette ambiguïté. Ils sont nombreux à considérer qu'une certaine distance doit être maintenue, et lorsqu'un engagement plus poussé envers le patient est nécessaire, par exemple pour lui faire dire ce qu'il cache et qui le fait souffrir, les termes employés montrent toute la violence qui est ressentie, par le patient comme par le médecin : « les violer », « infraction violente dans la vie privée », « une forme d'agression », « je les viole », « transgression ». L'engagement envers le patient est presque toujours vécu comme une nécessité, et rarement comme un choix. Dans ce sens, on constate à nouveau le témoignage du respect dont les personnes interrogées disent user à l'égard de leurs patients.

Le plus souvent, l'accent est mis sur la distance à maintenir avec les malades, notamment avec ceux qui chercheraient à s'investir un peu trop dans une relation qui ne serait plus une relation médecin-malade. Même avec les patients pour lesquels la relation demeure fondée sur une confiance réciproque, les médecins cherchent en général à maintenir une distance suffisante, et dont ils restent maîtres.

Un point étonnant et significatif est à souligner ici : presque un quart des personnes interrogées ont mentionné le fait qu'elles ne soignaient pas leur famille, ou qu'elles étaient réticentes à le faire, alors qu'aucune question n'abordait directement le sujet. Ce fait montre toute l'importance symbolique de la distance et la place stratégique de l'affectivité dans les rapports.

Savoir médical

La question concernant l'influence du savoir médical sur les relations patient-médecin est celle qui a donné lieu aux réponses les plus fournies. Les résultats de cette question montrent toute l'importance du savoir dans l'élaboration de ce lien particulier. On peut même

avancer que le savoir est une donnée émergente dans la relation classique, et en devient ainsi l'un des pivots. Avec l'apparition des nouvelles technologies de communication, et l'engouement des médias pour tout ce qui touche à la santé, le savoir devient une donnée sociologique qui prend une importance accrue. Il est clair que l'émergence de ce savoir médical parmi la population cause de grandes difficultés relationnelles aux médecins. L'attitude agressive de certains patients, la remise en cause d'un savoir qu'ils étaient, il y a peu encore, seuls à posséder, et la déformation des informations glanées peuvent heurter, voire irriter les professionnels de santé. Toutefois, l'évolution des variables intervenant dans la relation doit être prise en compte. Le progrès et le développement constant des savoirs eux-mêmes obligent par ailleurs les médecins à remettre sans cesse à jour leurs connaissances. L'attitude des deux médecins interrogés qui considèrent que les savoirs des patients sont une remise en cause bénéfique de leurs propres connaissances est, de ce point de vue, exemplaire. Il semble donc qu'une prise de conscience de l'évolution des modes d'accès aux savoirs soit, d'une part, indispensable pour les praticiens. D'autre part, une réflexion s'impose sur la façon d'accueillir les personnes revendiquant un savoir, et sur la façon de répondre à leur demande.

Les nouveaux modes d'appropriation du savoir transforment, de fait, les rapports des hommes entre eux. Et l'hétérogénéité des savoirs tel qu'elle se donne à voir dans la relation médecin-patient témoigne d'une évolution plus fondamentale dans les rapports sociaux. La distinction entre savants et ignorants, et avec elle, les rapports de supériorité et de puissance, tendent à s'estomper, pour laisser place à une nouvelle organisation des savoirs. Les tensions ne pourront probablement s'apaiser que dans la mesure où chacun des protagonistes de la relation sera entré dans cet échange d'information, et aura perçu l'autre non plus comme un adversaire, mais comme un partenaire.

Le temps

Les réponses apportées par l'ensemble des personnes interrogées sont relativement satisfaisantes par rapport aux hypothèses émises en introduction : nous étions partis du postulat que le temps de consultation était trop court, d'une façon générale, et qu'il ne permettait pas au médecin et au patient de s'engager dans une relation suffisamment poussée pour qu'elle soit satisfaisante. 84,6% des médecins interrogés affirment pourtant qu'il est possible de « jouer » avec le temps, autrement dit d'utiliser ce temps pour accéder aux objectifs qu'ils se sont fixés. La fonction instrumentale du temps, à défaut d'être toujours exploitée comme telle, est du moins reconnue par la majorité. Si plus du tiers des médecins ayant reconnu cette fonction instrumentale disent parvenir à maîtriser ce temps en allongeant les temps de consultations ou en multipliant celles-ci, plus d'une personne sur cinq considère malgré tout le temps comme une contrainte, voire comme la difficulté principale à laquelle ils doivent faire face.

Le réseau

Une première constatation peut être faite relativement à la manière dont le réseau est perçu par les patients (toujours selon les médecins interrogés). Si une grande majorité se montrent d'accord pour être inclus, une partie non négligeable de patients opposent une certaine hésitation ou réticence, voire même un refus, face à la signature ou aux questions auxquelles ils doivent se soumettre.

En outre, aux dires des personnes interrogées, la plupart des patients inclus se désintéressent très vite de cette inclusion ; ils acceptent parfois simplement parce que leur médecin le leur demande, « pour lui faire plaisir », et finissent même par l'oublier au bout d'un moment.

On peut s'interroger sur les conséquences d'un tel désintérêt. A priori, le fait que les patients ne se souviennent plus de leur inclusion dans le réseau ASDES n'a pas d'incidence sur la qualité de leur prise en charge. Toutefois, cela pose le problème du droit du malade à être informé, à accéder à son dossier médical, et à consentir aux traitements. En n'étant pas au

fait de ses modalités d'accès aux soins, le patient perd une partie de son autonomie, puisqu'il ne peut, dans ces circonstances, maîtriser totalement ce qui lui arrive.

Le second point à aborder concerne les médecins eux-mêmes. Si quelques médecins pointent certaines défaillances du réseau (M11 et M26 mentionnent des cas non résolus, M26 accuse le réseau de détourner la clientèle), la majorité des personnes interrogées se déclarent satisfaites des services rendus par le réseau ASDES.

Mais des ambiguïtés apparaissent avec la question II5, qui cherchait à savoir si le réseau avait permis de changer les relations avec les patients inclus. Seuls 21,7% des médecins pensent que le réseau a effectivement changé leurs relations avec les patients inclus par leurs soins, contre 73,9% qui affirment le contraire, d'une façon souvent catégorique. Ces réponses sont en général justifiées, et sont confirmées dans les réponses à la question suivante, puisque seules deux personnes estiment observer une différence dans leurs relations entre les patients inclus et les patients non inclus.

La question II7 vient pourtant apporter un éclairage différent : 87,5% des personnes interrogées pensent que le réseau est en mesure de régler certains problèmes qu'ils peuvent rencontrer. Parmi les apports du réseau mentionnés dans les réponses, trois médecins avouent porter un regard différent sur certains patients depuis que ceux-ci ont été inclus. Or ces médecins font partie de ceux qui, à la question II5, avaient répondu négativement. Posée directement, la question II5 n'a pas permis d'obtenir un grand nombre de réponses positives, mais des questions plus générales ont permis à certains médecins d'exprimer ce dont ils n'avaient peut-être pas conscience. On retrouve la même situation dans les réponses à la question III7, qui interroge les médecins sur le bilan qu'ils peuvent effectuer relativement à l'inclusion dans le réseau, en matière de relation médecin-patient. M3, qui hésitait en II5, affirme explicitement que le réseau a amélioré des relations avec les patients inclus, de même que M15 qui répondait négativement en II5.

Au total, on peut donc dire qu'un tiers des médecins observent une évolution ou une amélioration dans leurs relations avec les patients inclus, ce qui n'est pas négligeable. Les autres médecins insistent davantage sur l'aspect professionnel que sur l'aspect relationnel, en estimant que le réseau leur apporte un meilleur comportement professionnel, une meilleure attention, et disent faire bénéficier ces gains à tous leurs patients. Certains médecins avouent à présent poser certaines questions qu'ils n'auraient pas osé ou pas pensé poser si le réseau n'avait pas abordé le sujet. On peut légitimement croire qu'une telle évolution dans les comportements ne peut rester sans incidence sur la relation. Des patients qui se sentent écoutés, compris, à qui l'on pose les bonnes questions auront probablement une confiance accrue dans la personne qui les aura ainsi pris en charge.

Le fait que la majorité des médecins interrogés ait nié qu'une meilleure relation se soit installée avec les patients inclus est probablement dû au fait qu'une telle affirmation puisse être ressentie comme injuste par rapport aux patients non inclus. Comme les réponses la question III2 l'ont montré, un grand nombre de médecins disent effectuer les mêmes actes pour tout le monde. Ce comportement relève de la conscience professionnelle, d'un objectif auquel les praticiens essaient de rester fidèles. Avouer que des relations puissent être meilleures avec certains patients qu'avec d'autres du fait d'une prise en charge différente remet en cause cet objectif. De toute évidence, notre but n'était pas de démontrer une telle chose. Ce que nous pouvons tirer néanmoins de ces résultats, c'est que le fait d'inclure des patients dans un réseau de soins permet au médecin d'élargir les bienfaits qu'il retire lui-même de cette nouvelle prise en charge à ses autres patients.

Un point que nous n'avions pas pensé à aborder dans les questions s'est imposé dans de nombreux entretiens : celui de la formation dispensée par le réseau. Hormis les spécialistes, la majorité des médecins interrogés ont souligné la qualité de la formation dispensée par le réseau ASDES et les bénéfices qu'ils en tiraient, tant du point de vue

professionnel que du point de vue personnel (deux médecins ont souligné l'apport du réseau sur le plan de la réflexion personnelle).

En tant que « tiers », le réseau, et les personnes qui y oeuvrent, sur les plans médicaux ou sociaux, sont autant de moyens pour les médecins de « passer la main » lorsque la situation les dépasse, ou ne se trouve plus dans leur champ d'action. Il semble que le réseau joue parfaitement ce rôle du tiers, dans la mesure où il permet au médecin et au patient d'avoir un autre référent capable de prendre le relais de la prise en charge. D'une façon générale, il apparaît que la prise en charge au niveau médical et social est satisfaisante. Pour ce qui est de la relation, diriger un patient vers un intervenant extérieur peut permettre d'aplanir certaines difficultés, pour repartir sur de bonnes bases au niveau de la relation. M1 souligne que la prise en charge sociale d'un patient qui ne payait pas ses consultations a permis de gommer cette tension et de reprendre une relation beaucoup plus détendue.

Dans ce sens, on peut donc penser de façon légitime que le réseau constitue un agent potentiel de distanciation entre médecin et patient, puisque la relation sort du cadre du strict « colloque singulier ». Plusieurs médecins ont admis leur soulagement à orienter parfois un patient vers des correspondants extérieurs, que ces correspondants fassent d'ailleurs partie ou pas du réseau ASDES, ou même de tout autre réseau.

Mais il est vrai que la communication entre professionnels de santé ne peut être réalisée de façon convenable que si ces correspondants se connaissent et se font confiance mutuellement. En cela, les formations organisées par le réseau sont indispensables : rémunérées, elles constituent d'une part une reconnaissance de l'obligation de formation continue soumise aux médecins. D'autre part, elles sont l'occasion, outre les connaissances qu'elles apportent, de regrouper des médecins libéraux qui sont le plus souvent très isolés. Le fait de pouvoir échanger, poser des questions et comparer les pratiques est un point qui a été souligné à plusieurs reprises par les personnes interrogées.

L'existence de ces formations, et le fait qu'elles soient particulièrement bien suivies, permet de penser qu'elles ont aussi leur influence dans les relations que ces médecins entretiennent avec leurs patients : elles constituent un support qui permet au médecin d'avoir l'assurance de pouvoir compter sur des correspondants connus, et sont, probablement, un moyen pour les praticiens d'avoir une meilleure assurance au niveau des décisions qu'ils prennent, les regroupements de confrères permettant de s'assurer régulièrement de ses propres pratiques. Si l'on se réfère à nouveau à la « petite éthique » de Paul Ricœur, on ne peut s'empêcher de penser que le réseau permet, de ce point de vue, de confirmer « l'estime de soi » indispensable au médecin pour exprimer sa sollicitude au malade, et ce, dans une visée éthique.

La juste distance

D'après les résultats des entretiens, la juste distance est perçue ou réalisée de deux façons différentes, qui ne s'excluent pas mais sont relativement distinctes. Près de la moitié des personnes interrogées disent réaliser cette juste distance en s'adaptant au patient qui se trouve face à elles. 44% des médecins considèrent toutefois que la juste distance s'exprime dans le respect de la place de chacun. Cette dernière conception insiste tout particulièrement sur la distance à maintenir pour ne pas « se faire manger » (M13) par les patients. Nous l'avons vu avec les notions d'engagement et de distanciation, les médecins préfèrent, d'une façon générale, rester maître de la relation. Ce sont eux qui posent les règles, notamment en terme de distance ou de place à respecter. Les personnes qui disent s'adapter au patient s'inscrivent aussi dans ce type de démarche, dans la mesure où ils sont les membres actifs de la relation.

Le point de vue des patients nous fait ici cruellement défaut pour comparer les significations données à cette notion. Il est en effet difficile de présumer si les patients se sentent acteurs de la relation au même titre que les professionnels de santé, ou s'ils se

maintiennent dans une attitude passive. Une telle attitude est souvent décrite par les médecins, et a permis à certains de soulever le problème du consentement du malade : la plupart de ces patients s'en remettent complètement à leur médecin et les laissent décider de tout ce qui concerne leur santé.

Le fait que la plupart des médecins se réclament d'une distance minimale à conserver, ou d'une place à respecter, peut être rapproché de leur conscience aigüe de la proximité, voire de la transgression qu'ils entretiennent avec les patients. Comme si cette transgression devait être régulée par une distanciation plus marquée dans les rapports coutumiers. La définition théorique de la juste distance comme distance « ni trop grande, ni trop réduite » paraît donc inadéquate ici.

En effet, nombre de médecins l'ont mentionné, poser certaines questions relève de l'agression, de l'irruption dans la vie privée des gens ; la distance est alors extrêmement réduite, et elle se fait même parfois à l'encontre de ce que souhaiterait le patient. Mais en même temps, il est quelquefois nécessaire pour le médecin de les poser, afin qu'une prise en charge adaptée puisse être organisée pour soulager la souffrance découverte. Il est certain qu'à ce moment-là, il est nécessaire pour le patient, comme pour le médecin, que celui-ci se dégage un peu de la promiscuité atteinte pour que le malade fasse son chemin et règle un conflit qui n'est finalement que le sien.

Quoi qu'il en soit, indépendamment des cas extrêmes, l'auscultation elle-même constitue une transgression qui doit être rattrapée par l'attitude particulière du médecin, attitude que l'on peut nommer sollicitude dès lors qu'elle cherche le bien du patient, sans tomber dans la fusion affective.

Ainsi, la juste distance correspondrait plus à un état de la relation qu'à une place prédéterminée, le va-et-vient obligatoire entre engagement et distanciation étant l'une des caractéristiques principales de cette juste distance, qui varie, aux dires des personnes interrogées, selon les patients, mais aussi avec les mêmes patients selon les circonstances de leurs visites. On peut dire que la juste distance ne serait atteinte qu'avec la réalisation d'un équilibre au sein de la relation patient-médecin, équilibre qui reposerait sur la certitude pouvoir s'engager en comptant sur la possibilité toujours accessible d'un retrait. Ce retrait, la structure du réseau semble pouvoir l'apporter, au moins en partie, aux médecins libéraux.

Conclusion

A l'issue de ce travail, nous pouvons donc constater que les données théoriques sur lesquelles nous avons pris appui au préalable nous ont certes permis de structurer les hypothèses et les questions posées lors de l'entretien, mais ont surtout fait l'objet d'une certaine remise en cause dans la confrontation à la pratique.

Dans un premier temps, il semble que nous ayons sous-estimé l'importance du savoir médical dans la relation telle qu'elle s'établit à présent entre médecin et patient. Le savoir est une source de puissance, et comme toute source de puissance, il peut causer des dommages s'il est mal employé. Ici, en l'occurrence, les difficultés soulignées par les médecins interrogés montrent que les tords sont occasionnés par une distorsion au niveau du discours. Même si les connaissances apportées par l'un et l'autre des protagonistes de la relation sont en théorie les mêmes (elles constituent un discours sur le corps et la santé), la façon dont elles sont comprises et utilisées n'est pas la même pour chacun. Le médecin raisonne selon un ensemble de règles apprises au cours de sa formation, et le patient non professionnel raisonne selon sa propre logique, qui ne tient pas compte de la spécificité de son objet. Il est évident que l'on ne peut exiger de chaque patient qu'il s'adapte au raisonnement médical. En revanche, le médecin peut plus facilement s'adapter au mode de raisonnement du patient.

Il s'agit alors d'un véritable exercice de pédagogie, et le rôle d'éducateur de santé que peut endosser le médecin trouve ici tout son accomplissement. Le plus difficile est sans doute de se libérer des rapports de force traditionnellement engendrés par une confrontation des savoirs. Mais si le savoir de l'un possède la légitimité de pouvoir soigner, celui de l'autre n'en possède pas moins sa propre légitimité, celle de chercher à se responsabiliser au travers de la connaissance de son corps. Ce savoir-ci, même s'il peut s'avérer erroné, a donc le droit d'être entendu et pris en compte. Ce peut être en outre, comme l'ont souligné deux médecins, une nouvelle source de savoir pour le praticien lui-même. Reste l'irréductibilité des incompatibilités de caractère, au-delà desquels il est difficile d'aller ; mais le patient choisit son médecin, et en général, ces relations-là ne s'éternisent pas.

La notion théorique de juste distance est sans doute celle de laquelle l'examen des pratiques nous aura le plus éloignés. Loin d'être cette distance intermédiaire et adéquate que l'on pouvait supposer, la juste distance est en réalité une mouvance entre des attitudes dictées par les patients et les circonstances. Les notions de distance qui ont été diversement abordées durant les entretiens ont montré d'une part la conscience aigüe qu'ont les médecins du caractère particulier de leur activité dans ce qu'elle a de plus transgressif, et d'autre part, ont dévoilé cette espèce d'indécision entre engagement, ou adaptation au patient, et distanciation. Une distanciation qui se justifie autant par l'exigence d'objectivité que requiert leur pratique, que par le désir de protéger leur vie privée et leur propre sensibilité.

La juste distance se rapprocherait donc d'une visée qui aurait pour objectif une relation juste avec le patient, au sens où cette relation s'adapterait à la singularité de celui-ci. Sur le chemin de cette visée, le réseau, en tant que tiers et représentant de l'institution qui rend possibles les rapports sociaux, permet de rétablir l'équilibre rompu par l'engagement nécessaire du médecin envers le patient.

L'influence du réseau de soins sur la relation patient-médecin n'est pas une donnée incontournable ; il est évident que certaines relations, surtout lorsqu'elles sont bonnes, ne retirent d'une inclusion dans un réseau tel qu'ASDES que des bénéfices médicaux ou sociaux. Mais des relations difficiles peuvent trouver une issue salutaire au moyen d'une prise en charge globale et effectuée par des intervenants extérieurs, comme c'est le cas à la Polyclinique de Nanterre. En permettant de résoudre les problèmes « satellites » des patients, le réseau donne à ceux-ci l'occasion de renouer avec le médecin un dialogue fondé sur la confiance, et déchargé de tout ce qui peut perturber la relation. En cela, nous pouvons dire que le réseau influence effectivement la relation patient-médecin. Ne pourrions-nous pas souhaiter, alors, qu'émerge une prise de conscience quant à la possibilité d'utiliser le réseau comme un outil, capable d'améliorer aussi cette relation médecin-patient ?