

Quand les inégalités sociales rendent les patients « difficiles » : le vécu de médecins

Estelle Carde

Émulations - Revue de sciences sociales, 2020, n° 35-36, « Santé, inégalités et discriminations ».

Article disponible à l'adresse suivante

<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations/article/view/carde>

Pour citer cet article

Estelle Carde, « Quand les inégalités sociales rendent les patients "difficiles" » : le vécu de médecins », *Émulations*, n° 35-36, Mise en ligne le 30 décembre 2020.
DOI : 10.14428/emulations.03536.04

Distribution électronique : Université catholique de Louvain (Belgique) : ojs.uclouvain.be

© Cet article est mis à disposition selon les termes de la Licence *Creative Commons Attribution, Pas d'Utilisation Commerciale 4.0 International*. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Éditeur : Émulations – Revue de sciences sociales / Presses universitaires de Louvain
<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations>

ISSN électronique : 1784-5734

Quand les inégalités sociales rendent les patients « difficiles » : le vécu de médecins

Estelle Carde¹

[Résumé] Si les inégalités sociales dans les soins sont habituellement appréhendées par des indicateurs objectifs tels que la fréquence des soins reçus, elles peuvent aussi l'être par des indicateurs subjectifs, comme l'appréciation que les bénéficiaires font de leurs soins. Cet article suit le fil de la subjectivité, mais en s'intéressant au vécu des médecins plutôt qu'à celui de leurs patients. Plus précisément, il explore le sentiment de difficulté que des médecins peuvent éprouver lorsqu'ils suivent des patients victimes d'inégalités sociales. Il repose sur l'analyse qualitative du discours de médecins généralistes exerçant à Montréal. Ces derniers attribuent trois sources principales à leurs difficultés à suivre des patients socialement défavorisés : 1) le temps excessif consacré à ces patients, 2) l'inefficacité de leurs moyens de communication et 3) leur impuissance par rapport aux déficits en ressources (revenus, savoir et liens sociaux) qu'ils perçoivent chez ces patients. La lutte contre les inégalités face aux soins requiert donc une distribution plus égalitaire de ces ressources.

Mots-clés : inégalités sociales, accès aux soins, patients difficiles, déterminants sociaux de la santé, relation médecin-malade, médicalisation.

When Social Inequalities Make Patients « Difficult »: the Physicians' Experience

[Abstract] While social inequalities in health care are usually examined by objective indicators such as the frequency of care received, they can also be measured by more subjective indicators, such as the assessment that beneficiaries make of their care. This article follows the thread of physicians' subjectivity rather than that of their patients. More specifically, it explores the feeling of difficulty that doctors may experience when they follow patients who are victims of social inequalities. It is based on the qualitative analysis of general practitioners' speech practicing in Montreal. These doctors attribute three main sources to their difficulties in following socially disadvantaged patients: 1) the excessive time devoted to these patients, 2) the ineffectiveness of their communication means and 3) their helplessness in the face of lacks in resources (income, knowledge and social ties) that they perceive in these patients. Addressing inequalities in healthcare therefore requires a more equal distribution of these resources.

Keywords: social inequalities, health care access, difficult patients, social determinants of health, doctor-patient relationship, medicalization.

1. Suivre le fil de la subjectivité pour décrypter les inégalités sociales face aux soins

Les inégalités sociales sont des différences dans l'accès à des ressources socialement valorisées que l'on peut identifier entre des groupes sociaux situés à différentes positions d'une hiérarchie sociale (Aïach, Fassin, 2004). Parmi ces inégalités, celles qui

¹ Professeure de sociologie, Université de Montréal, CREMIS, Canada.

portent sur les soins de santé sont généralement saisies grâce à des indicateurs objectifs, comme la fréquence des consultations médicales ou des soins (Hutchison, 2007). Plus rarement, elles le sont par des indicateurs qui impliquent l'appréciation subjective que les bénéficiaires font de leurs soins, tels que leur perception de l'empathie manifestée par les professionnels de la santé (Bedos *et al.*, 2003). Cet article s'inscrit dans cette seconde approche, celle de la subjectivité, mais selon un angle original : il explore le vécu des professionnels plutôt que celui des bénéficiaires des soins. Plus précisément, l'indicateur au regard duquel sont ici identifiées des inégalités face aux soins est le sentiment de difficulté qu'éprouvent des médecins vis-à-vis de certains de leurs patients.

Ce vécu difficile des médecins fait l'objet d'une vaste littérature dans les sciences de la santé, identifiable notamment par le mot-clé « patient difficile ». C'est le plus souvent par leur comportement (plaintif, agressif, exigeant, manipulateur, surconsommateur de soins), leurs problèmes médicaux (multiples, réagissant mal au traitement et douloureux), ou encore leur détresse émotionnelle, que cette littérature caractérise les patients que leurs médecins estiment difficiles (Elder, Ricer, Tobias, 2006 ; Hahn *et al.*, 1996 ; Hinchey, Jackson, 2011). Les caractéristiques comportementales et médicales ainsi répertoriées sont susceptibles d'être perçues comme irritantes par les médecins quelle que soit la configuration du système de soins dans lequel ils exercent. Cet article s'intéresse, en revanche, aux caractéristiques des patients qui s'avèrent irritantes pour les médecins du fait de configurations particulières du système de soins. Par exemple, c'est quand l'assurance publique ne couvre pas le soin que souhaite prescrire le médecin que le faible revenu du patient pose problème², et une faible littératie en santé³ fait d'autant plus obstacle à l'accès aux soins qu'il est attendu du patient qu'il soit autonome dans l'organisation de ses soins. Si ces caractéristiques du patient (faible revenu et faible littératie) rendent le suivi médical pénible pour le médecin, c'est donc en raison de certaines particularités du système de soins. La perspective adoptée dans cet article rejoint ainsi celle de Jean-Frédéric Lévesque et de ses collègues, selon lesquels l'analyse de l'accès aux soins requiert non pas de le décomposer en facteurs liés aux patients d'une part et facteurs liés au système d'autre part, mais de considérer au contraire le système que les uns et les autres forment ensemble (Lévesque, Harris, Russell, 2013).

Dans cette perspective, nous avons interpellé les médecins de l'étude non pas sur leurs patients pauvres ou immigrés, par exemple – c'est-à-dire sur des facteurs

² L'assurance maladie publique permet aux Québécois et aux étrangers en situation régulière d'avoir accès à la plupart des soins réalisés par des médecins sans déboursier d'argent. La prise en charge des médicaments, quant à elle, est offerte par des compagnies d'assurance privées (associées notamment aux contrats de travail). Les personnes qui ne peuvent pas souscrire à une assurance privée ont pour obligation de s'affilier à l'assurance médicament publique. Celle-ci ne couvre qu'une sélection de médicaments, et surtout elle implique des coûts, certains fixes et certains proportionnels à la quantité de médicaments achetés.

³ La littératie en santé est la capacité à obtenir et comprendre les informations et les services en santé nécessaires à la prise de décision appropriée en santé (Verlinde *et al.*, 2012).

patients –, mais sur leurs patients pris dans des inégalités sociales⁴. Cette formulation des questions orientait les réponses vers l'organisation sociale, les rapports de pouvoir qui la traversent et la position des patients au sein de ces rapports, plutôt que vers une essentialisation des caractéristiques des patients. Cette perspective s'inspire du courant interactionniste puisque, à l'instar de la déviance considérée non pas comme une donnée substantielle de l'individu dit déviant mais comme une étiquette posée à l'issue d'un jugement sur ses actes au regard des normes qu'il a transgressées (Becker, 1985), le caractère difficile du patient provient de son incapacité à répondre à certaines attentes de son médecin. Comme les normes établies par les entrepreneurs de morale identifiés par Howard Becker (*Ibid.*), ces attentes sont socialement situées : elles sont configurées par les caractéristiques d'un système donné (ici le système de soins public québécois, où les patients peuvent se voir par exemple demander d'endurer de longues files d'attente et de payer de leur poche certains soins) et par les intérêts particuliers d'une catégorie d'acteurs de ce système (ici les médecins généralistes, préoccupés notamment par la durée de leurs consultations puisqu'ils sont payés à l'acte et non à l'heure).

2. Une étude qualitative exploratoire

Pour explorer la perception qu'ont les médecins que certains de leurs patients sont plus difficiles que d'autres en raison de leurs positions socialement désavantagées, une étude qualitative exploratoire a été menée à Montréal (Carde *et al.*, 2018). Douze médecins généralistes (7 internes et 5 médecins ayant de 1 à 26 années d'expérience ; 3 hommes et 9 femmes) ont été rencontrés sur leur lieu de travail – un centre local de services communautaires (CLSC)⁵ situé dans un quartier montréalais particulièrement défavorisé sur le plan socioéconomique. Dans le cadre d'entretiens semi-directifs réalisés sur leur lieu de travail et d'une durée moyenne de 45 minutes, ils ont été interrogés sur les difficultés qu'ils éprouvent dans le suivi de certains patients et qu'ils mettent sur le compte des inégalités sociales dont sont victimes ces derniers : comment leur position socialement désavantagée peut rendre difficile leur suivi médical et quelles stratégies sont susceptibles d'atténuer ces difficultés. L'analyse thématique de contenu a conjugué une approche structurelle (dimension systémique des inégalités) et une approche subjective (rôle que les médecins s'attribuent au sein de ces enjeux et vécu émotionnel associé).

Alors que les questions portaient sur les inégalités sociales, sans les spécifier, les médecins ont parlé de pauvreté, de faible éducation, de défaut d'insertion professionnelle et d'isolement social. Les caractéristiques des patients qui leur semblaient problématiques dans le contexte montréalais de leur pratique médicale relevaient donc

⁴ Ainsi, il était notamment demandé aux médecins des exemples de situations où leur travail avait été difficile en raison d'un contexte d'inégalités sociales et alors que le diagnostic ne leur posait pas de problème et que la prise en charge aurait dû être simple.

⁵ Les CLSC sont, au Québec, des organismes publics qui offrent des services de santé et des services sociaux de première ligne.

principalement de la hiérarchie socioéconomique. Les questions de relance portant sur d'autres types d'inégalités (de genre et raciales, notamment) n'ont guère suscité de réaction. La focalisation des médecins sur les enjeux socioéconomiques tient probablement au fait qu'ils exercent dans un quartier dont le taux de pauvreté est plus élevé que la moyenne montréalaise. Ce quartier étant par ailleurs plutôt blanc et francophone, et donc majoritaire au regard des hiérarchies raciales et linguistiques qui traversent la société montréalaise, ces inégalités ne sont pas saillantes dans l'expérience des médecins.

C'est donc sur les processus qui font des patients de faible statut socioéconomique (SSE) des patients difficiles que portent les résultats suivants. Dans un premier temps seront présentées les trois sources majeures qui alimentent ce vécu difficile des médecins : leur impatience face au caractère chronophage du suivi de ces patients, leur frustration de ne pas parvenir à communiquer comme ils le voudraient avec ces derniers et leur sentiment d'impuissance face aux conditions de vie en contexte de pauvreté. Nous verrons ensuite comment les médecins tentent de surmonter la pénibilité qu'ils associent au suivi de ces patients en identifiant le plus précisément possible ces conditions de vie.

3. La marque de ces suivis difficiles : l'excès de temps

L'excès de temps doit ici s'entendre de deux façons. D'une part, un patient de faible SSE peut être jugé difficile par son médecin parce que sa prise en charge progresse trop lentement : étant dans l'incapacité matérielle de payer des soins dans le privé, il doit passer par le réseau public – et ses longues files d'attente – pour obtenir des soins spécialisés ; son suivi peut être interrompu parce qu'il ne parvient pas à honorer ses rendez-vous (il ne peut pas payer ses déplacements ou s'absenter de son travail) ou acquérir certains produits non remboursés par l'assurance maladie publique (comme le soluté à ingérer avant une coloscopie qui, elle, est prise en charge). D'autre part, et surtout, quand un médecin qualifie de difficile un patient de faible SSE, c'est souvent parce qu'il estime que ce dernier lui prend trop de temps. Deux principaux enjeux sont en cause ici.

Le premier enjeu est la nécessité, face à la diversité des problèmes sociaux et médicaux que présentent ces patients, de contacter toute une série de partenaires (pharmacien, travailleur social, médecin spécialiste, infirmière, psychologue, etc.). Il s'agit pour les médecins d'obtenir des renseignements (s'assurer par exemple que le médicament prescrit est bien remboursé par l'assurance maladie publique), mais aussi de prendre des rendez-vous pour leur patient, voire de présenter celui-ci en personne à l'autre professionnel quand ils craignent qu'il se décourage en chemin. Ces prises de contact prennent d'autant plus de temps qu'elles concernent des ressources sociales plutôt que médicales, les médecins connaissant moins bien les premières que les secondes.

L'autre enjeu en cause dans le caractère chronophage de ces prises en charge est que les médecins estiment qu'il leur faut bien connaître l'histoire et les conditions de vie de leurs patients de faible SSE afin d'y ajuster leur prise en charge. Or, leur certitude

de bénéficier de conditions de vie bien meilleures que celles de ces patients leur fait augurer de difficultés à appréhender ces dernières. Une médecin évoque un « syndrome de l'imposteur » : « même si j'essaie vraiment de faire un effort d'empathie et de m'imaginer c'est quoi leur vie au quotidien ». Pour parvenir à mieux connaître ce quotidien, les médecins s'astreignent à des consultations plus fréquentes et plus longues. Cette implication leur est coûteuse sur le plan émotionnel (ces patients étant vécus comme difficiles), mais aussi, peut-on suggérer, sur le plan économique, étant donné que les médecins sont payés à l'acte (le temps passé à interroger un patient sur ses conditions de vie n'est pas un acte tarifé). Elle a pourtant été décrite ailleurs : en Norvège, la réaction la plus fréquente des médecins généralistes au faible SSE de leurs patients est d'allonger la durée de leurs consultations (Gulbrandsen *et al.*, 1998), tandis qu'une autre étude menée au Canada révèle que les individus de bas SSE sont en moyenne moins souvent suivis par un médecin généraliste que le reste de la population, mais que, quand ils le sont, leurs médecins ont tendance à augmenter la fréquence de leurs consultations sans que cela ne se justifie par des besoins de soins supérieurs (Asada, Kephart, 2007).

Paradoxalement, ces deux enjeux découlent de deux des adaptations de la pratique médicale au SSE défavorisé des patients. Si, en effet, les médecins tentent de s'entourer de professionnels de diverses disciplines, c'est pour répondre aux multiples besoins qu'ils perçoivent chez ces patients ; et s'ils cherchent à connaître les conditions de vie de ces derniers, c'est qu'il leur semble crucial d'y adapter leur pratique. En d'autres termes, c'est en voulant bien faire avec leurs patients de faible SSE que les médecins en font des patients difficiles.

4. Une communication frustrante

Si certains médecins insistent pour remarquer que l'association entre faible littératie en santé et faible SSE n'est pas systématique, ils constatent cependant qu'elle est fréquente. Ainsi, certains patients, du fait de leur faible niveau d'éducation, les comprendraient mal et auraient honte de le leur dire. Les médecins suspectent aussi chez ces patients des réticences à leur avouer des revenus insuffisants pour suivre leurs conseils ou acheter les soins prescrits. Enfin, certains médecins rapportent une frustration supplémentaire, plus décourageante encore que les précédentes : l'indifférence de leurs patients. Cette indifférence, qu'ils pensent deviner chez un patient qui réagit peu à leurs propos, les place entre deux injonctions contradictoires. Dans le contexte actuel de promotion du partenariat médecin-malade, où le patient est censé collaborer activement à sa prise en charge, le praticien devrait inciter chacun de ses patients à exprimer ses préférences sur les modalités de sa prise en charge. Mais que faire quand celui-ci n'a pas d'avis sur la question ? Faut-il exiger de lui qu'il participe au processus de décision, au risque d'aggraver l'anxiété à laquelle il est déjà exposé s'il vit dans la pauvreté ? Ne serait-il pas mieux de choisir pour lui, c'est-à-dire de rester dans une position paterna-

liste, plus rassurante... mais qui le maintient dans sa position de minorisé ? Ce dilemme contribue indéniablement au vécu difficile de certains médecins.

Enfin, la littérature sur les difficultés de communication entre médecins et patients de faible SSE fait régulièrement état de stéréotypes des premiers à l'encontre des seconds. Ces patients seraient notamment décrits par les médecins comme paresseux, cette paresse expliquant leur pauvreté (Willems, Swinnen, Maeseneer, 2005) et leur faible adhésion aux traitements prescrits (Bloch, Rozmovits, Giambone, 2011). Ils abuseraient en outre des soins et des allocations sociales (Desprès, 2017). Or, de tels stéréotypes sont remarquablement absents des discours recueillis dans notre étude. Les raisons de cette absence résident probablement dans la méthode suivie. D'une part, le recrutement des médecins rencontrés s'est déroulé dans un établissement public situé au cœur d'un quartier socialement défavorisé. En entretien, nos enquêtés nous ont expliqué que leur sensibilité aux enjeux de pauvreté avait, d'une façon ou d'une autre, contribué à motiver leur choix de venir exercer dans un tel contexte. D'autre part, comme précisé en introduction, les interpellés sous l'angle des inégalités sociales orientait leurs réponses sur la responsabilité de la société plutôt que sur celle des patients, ne les incitant donc pas à caractériser ces derniers dans des termes péjoratifs.

5. Quand l'urgence d'agir s'associe au sentiment d'impuissance

La troisième principale source du vécu difficile des médecins est la pression à agir qu'ils éprouvent avec leurs patients de faible SSE. Cette pression émanerait de deux enjeux. D'une part, les médecins peuvent avoir l'impression d'être les seuls recours possibles pour ceux de leurs patients qui sont isolés et dépourvus des ressources (éducatives, économiques) nécessaires pour rencontrer d'autres professionnels. Ils se sentent alors écrasés par une responsabilité qu'ils estiment beaucoup trop lourde pour eux. Un médecin décrit ainsi l'un de ses patients, un adolescent qui a interrompu sa scolarité, anxieux et isolé :

Il me met dans une situation où je suis la seule à pouvoir le voir et pouvoir être témoin de ce qui se passe dans sa vie, puis à me sentir un peu impuissante face à la quantité de problèmes qu'il me raconte. Puis les perches que j'essaie de tendre ne fonctionnent pas. C'est difficile. Pourquoi c'est difficile ? Parce que je sens qu'il n'a pas beaucoup de moyens, je sens qu'il n'a pas beaucoup de monde autour de lui, je sens qu'il n'a pas beaucoup d'autodétermination, de capacité à se prendre en charge lui-même, de croire qu'il est capable de réussir des affaires... beaucoup d'anxiété et de mise en échec de solutions. Ça fait vivre de l'impuissance, c'est ça qui est difficile. [...] Pendant longtemps, j'ai été la seule intervenante. Mon rôle de médecin, comme mon patient n'a pas accès à plein d'autres services, c'est le rôle d'une première ligne au complet. [...] L'anxiété, c'est moi qui va en jaser, le cannabis, c'est moi qui va en jaser, les maux de ventre c'est moi qui va en jaser, c'est *medicus medicus*... Puis j'entends que mon rôle est bio-psycho-social, mais je ne peux pas faire de la psychothérapie, puis être un bon médecin, puis être un bon TS [travailleur social] qui est capable de bien le

référer à quand est-ce qu'il faut s'inscrire, comment et où... « Ou sinon, si tu veux travailler, va voir tel organisme »... Je ne peux pas avoir ces connaissances-là à son plein, en étant l'unique intervenante. Ça prend des équipes multi. Ça prend d'autres mondes qui sont impliqués dans le dossier.

Certains médecins ont, d'autre part, l'impression que leurs patients sont pris dans un cercle vicieux : la pauvreté affecte la santé, mais il faut être en bonne santé pour se sortir de la pauvreté – par exemple, retrouver un emploi pour subvenir à ses besoins. Il leur semble donc crucial de réussir la prise en charge de ces patients afin de les sortir de cette spirale infernale et ils se sentiraient coupables de ne pas faire le maximum en ce sens. Or – et c'est là que cette pression à agir devient si pénible –, ils se sentent inefficaces car impuissants vis-à-vis d'enjeux qui les dépassent. Une médecin exprime ironiquement la frustration associée à ce sentiment d'impuissance : « On a tous un peu le syndrome de *God Syndrome* où on veut aider et être celui qui peut résoudre le problème. »

La pauvreté leur inspire ce sentiment d'impuissance quand ils ont l'impression qu'elle réduit à néant leurs efforts. Il arrive par exemple qu'ils passent un long moment à donner à leurs patients des conseils alimentaires ou d'exercice physique pour constater, à la consultation suivante, que ces conseils n'ont pas été suivis. Au-delà des difficultés susdites de communication, c'est bien la pauvreté elle-même qu'ils incriminent alors, en ce qu'elle impose dans le quotidien des patients des enjeux de première nécessité qui ne laissent guère de place aux enjeux hygiéno-diététiques.

Le sentiment d'impuissance est particulièrement aigu quand les médecins doivent se résoudre, sciemment, à ne pas faire le mieux pour leurs patients, en raison de la pauvreté de ces derniers. Un médecin raconte par exemple que, ne pouvant pas prescrire de physiothérapie à un patient douloureux car elle est insuffisamment disponible dans le système public et trop chère dans le privé, il se résout à prescrire à son patient en pleurs un médicament dont il redoute pourtant les effets secondaires potentiellement importants. C'est aussi le cas d'un médecin qui prescrit un anxiolytique à un patient anxieux du fait de son contexte de vie marqué par la précarité économique. Il sait qu'il expose son patient à des effets secondaires mais ne peut prescrire une psychothérapie qui le soulagerait plus durablement et sans de tels effets parce que, comme pour la physiothérapie, les temps d'attente pour un premier rendez-vous sont beaucoup trop longs dans le système public. Il lui arrive aussi de prescrire un anxiolytique à un ouvrier stressé par son travail, alors qu'il estime qu'une amélioration des conditions de travail de ce dernier serait bien plus efficace.

Enfin, la frustration des médecins s'accroît encore d'un cran quand, alors qu'ils s'agacent de ne pas pouvoir donner les meilleurs soins, ils ont l'impression que leur patient attend d'eux plus que des soins : derrière la demande explicite (« soignez-moi ») se cacherait la demande réelle (« rendez-moi la vie plus facile »), face à laquelle le médecin se sent particulièrement désarmé. Une médecin donne l'exemple d'un homme, blessé au travail, qui lui demande de soulager sa douleur, mais qui en réalité espère qu'elle va l'aider à faire reconnaître son accident du travail par son assurance. Le sentiment d'im-

puissance n'est donc pas inspiré seulement par l'incapacité à donner aux personnes en situation de pauvreté les meilleurs soins ou à réduire leurs comportements à risque. Il l'est aussi par l'incapacité à empêcher que les déficits en d'autres ressources (littératie, soutien social) ne viennent enfermer les personnes dans leur situation de pauvreté.

6. La médicalisation de la pauvreté ?

Revenant sur les cas où il doit prescrire un médicament anxiolytique à un patient qui aurait surtout besoin que l'on améliore ses conditions de vie, un médecin parle de « médicalisation des inégalités sociales ». Il considère en effet que les médecins sont amenés, dans ces situations, à traiter par des moyens médicaux ce qui émane en réalité du social (comme les contraintes de la vie en contexte de pauvreté) et devrait être traité par les services sociaux (avec des allocations sociales ou un logement social, par exemple). Selon lui, les médecins seraient contraints de contribuer à cette médicalisation car ils ne savent pas répondre à la détresse de leurs patients autrement qu'avec des médicaments :

On a à gérer cette inquiétude-là [...]. Les médecins, qu'est-ce que tu veux qu'on fasse ? On est impuissants face à ça, fait qu'on utilise ce qu'on connaît, nos outils... Un menuisier, ça utilise un marteau puis des clous, puis nous on utilise des pilules. Moi comme les autres, j'essaie de le faire le moins possible, mais c'est qu'à un moment donné, il y a cette pression-là, cette demande-là.

De leur côté, les patients n'auraient guère d'autre choix que d'aller consulter leur médecin : il est plus facile de se présenter à un cabinet médical que de trouver un emploi, et la consultation d'un médecin est gratuite alors que celle d'autres professionnels de la santé, parfois plus indiqués, ne l'est pas ou est indisponible dans le public (un physiothérapeute pour des exercices de réadaptation ou un psychologue ou des activités de groupe pour briser l'isolement social).

Si l'expression « médicalisation des inégalités sociales » exprime ici avec force la frustration des médecins à se comporter en médecins quand bien même ça ne leur paraît pas approprié, elle est cependant discutable sur le plan théorique. Si l'on s'en tient en effet à la définition classique donnée par Peter Conrad – « La médicalisation consiste à définir un problème en termes médicaux, utiliser le langage médical pour décrire un problème, adopter un cadre médical pour le comprendre ou se servir d'une intervention médicale pour le "traiter" » (Conrad, 1992 : 211)⁶ –, alors il n'est pas certain que la prescription d'anxiolytiques relève d'une médicalisation des inégalités ou de la pauvreté. En effet, du point de vue de la définition, de la description ou encore du cadre de compréhension, la médecine ne dit rien de spécifique sur la pauvreté : celle-ci ne se décrypte pas dans des termes médicaux, elle ne relève pas du champ d'expertise de la médecine. Du point de vue de l'intervention médicale en revanche (le dernier cas de figure cité par Conrad [*Ibid.*]), il y en a bien une – elle prend ici la forme d'une prescription médicamenteuse. Cependant, cette intervention n'est pas censée traiter la

⁶ Traduction de l'auteure.

pauvreté, mais l'une de ses conséquences (son impact sur le bien-être). Il n'y a donc pas médicalisation de la pauvreté, mais traitement médical d'une de ses conséquences. La situation est fort différente pour des enjeux comme la ménopause et le comportement jugé turbulent des enfants, qui ont progressivement été caractérisés dans des termes médicaux et traités par des prescriptions médicamenteuses (eux et pas leurs conséquences) depuis la fin du XX^e siècle, ce qui autorise alors à parler de médicalisation.

L'expression « médicalisation de la pauvreté » nous semble plus justifiée quand elle désigne la tendance des autorités publiques à gérer la pauvreté à travers un prisme médical. Aux États-Unis (Hansen, Bourgois, Drucker, 2014), au Québec (Barbeau, McAll, Plante, 2008) et en France (Thelen, 2008), notamment, l'aide sociale est désormais préférentiellement accordée aux personnes en situation de pauvreté qu'un médecin a déclarées inaptes au travail car malades. La pauvreté, de processus socialement situé, devient un état individuel dont l'objectivation requiert un regard médical. Or, la mesure de l'aptitude au travail, par laquelle les médecins sont censés réaliser cette objectivation, requiert d'évaluer la congruence entre les capacités d'un individu et les exigences, socialement situées, du marché du travail. Les médecins de famille impliqués dans ces procédures n'étant pas des experts du marché du travail, ils risquent fort de mener cette évaluation au seul prisme de critères médicaux décontextualisés, essentialisés. Une situation (l'aptitude au travail) devient décryptée avec des termes médicaux : il y a médicalisation. Et celle-ci ne s'arrête pas là. Les personnes qui ont obtenu un certificat médical d'inaptitude au travail doivent en effet souvent valider leur diagnostic en prenant des médicaments (la cure prouvant *a posteriori* le mal). L'intervention médicale (à travers la prescription) vient alors parachever le processus de médicalisation.

7. De l'impuissance à la stratégie

Au total, le sentiment d'impuissance des médecins naît de l'inadéquation de certaines caractéristiques de leurs patients (comme leur pauvreté) avec certaines exigences du système socio-sanitaire (il faut des revenus pour suivre les conseils hygiéno-diététiques ou recevoir les soins les plus appropriés). Cette inadéquation les empêche de « suivre leur recette de médecin » et de finalement « se sentir bons », pour reprendre les termes de l'une d'entre eux. Il leur faut donc changer de recette, ou du moins l'ajuster aux conditions de vie de leurs patients. Il s'agit par exemple d'éviter de prescrire des soins ou des examens non couverts par l'assurance médicale publique et de donner des conseils qui ne seront pas suivis, car inadaptés aux contraintes quotidiennes avec lesquelles doivent composer les personnes. On a mentionné plus haut que c'est d'ailleurs pour bien connaître les conditions de vie de leurs patients que les médecins s'astreignent à passer plus de temps avec eux, contribuant ainsi à leur vécu difficile. Mais le réalisme affiché de leur pratique médicale va plus loin que cet ajustement. Il consiste aussi, face à des patients qui souvent présentent une cascade de problèmes, à faire le deuil d'une prise en charge idéale au profit d'objectifs modestes et en nombre restreint. C'est ce que certains médecins qualifient de « stratégie des petits pas ». Ils vont par exemple

insister sur un léger changement alimentaire et remettre à plus tard les conseils sur le tabagisme et l'exercice physique. Cette stratégie permet d'éviter le découragement du patient, mais aussi celui de son médecin. Ce dernier se résout en effet à accepter, dès lors qu'il adopte cette stratégie, deux des facteurs irritants vus précédemment : le temps excessivement étiré sur lequel se déploie le suivi des patients de faible SSE et le fait de se résigner à ne pas « faire le maximum ». Une médecin raconte comment elle en est venue à « baisser ses attentes » afin d'éviter sa frustration et celle de l'un de ses patients diabétiques, bénéficiaire de l'aide sociale.

Au début, tu veux, tu veux, tu veux améliorer son diabète et améliorer son sort, puis tu veux lui donner plein de conseils, tu lui donnes plein de papiers, tu passes 45 minutes à lui expliquer et tu t'attends à ce qu'il y ait un changement. Puis y en a pas... Puis tu as l'impression que tu veux plus que le patient. Au début, c'est beaucoup d'impuissance, de : « Qu'est-ce que je peux faire de plus ? À qui je peux le référer de plus ? » C'est ça, c'est comme une panique de « je veux lui donner plus, plus, plus ». En espérant que plus je lui donne, plus il va s'améliorer. Puis après, on se rend compte que ce n'est pas la bonne stratégie, que peut-être... C'est ça, ce serait des petits pas, plus digestes, un petit changement à la fois, mais ça, ça veut dire que ça va peut-être prendre des années ou peut-être jamais pour arriver au but final. [...] Maintenant nos rendez-vous, c'est beaucoup plus succinct, je travaille avec une affaire à la fois. Puis... Je sais qu'il y a 10 affaires qu'il faudrait que je lui dise, mais j'essaie d'en avoir une ou deux et pas plus. Puis, ce n'est pas grave, ça va aller à la prochaine fois et c'est plus digeste. [...] Dans ma tête, j'ai fait comme une espèce de « OK, je baisse mes attentes », pour ces patients-là, parce que sinon, ça crée de la frustration, qui n'est pas aidante, et ça ne veut pas dire que je ne vais pas réajuster à mesure, si je vois du progrès. [...] De lui dire « tu dois faire ci, ça, ça, puis t'es pas encore au but... », je pense que c'est frustrant pour lui aussi.

Rappelons que les médecins rencontrés dans cette étude sont des médecins généralistes qui ont choisi d'exercer dans un quartier défavorisé, ont accepté de participer à une étude sur les inégalités sociales et revendiquent une certaine conscience sociale. Ces éléments de contexte expliquent probablement que leur implication dans le suivi de leurs patients de faible SSE semble plus élevée que celle des médecins interrogés dans d'autres études, dont fait état la littérature consultée. Si en effet la vigilance vis-à-vis des « trous » de la couverture maladie publique (éviter de prescrire des médicaments que les patients ne pourraient pas se procurer car ils ne sont pas couverts et sont trop chers pour qu'ils puissent les acheter) semble communément adoptée par les médecins face à des patients de faible SSE (Willems, Swinnen, Maeseneer, 2005), il serait plus rare que les médecins s'assurent que d'autres dimensions du contexte de vie n'empêchent pas la prise des médicaments prescrits. Gary Bloch et ses collègues donnent à ce sujet l'exemple d'un médecin qui prescrit à son patient des médicaments à prendre trois fois par jour, après les repas, sans vérifier que son patient prend bien trois repas par jour (Bloch, Rozmovits, Giambone, 2011). De façon générale, au sein du vaste ensemble des déterminants sociaux de l'accès aux soins, les médecins auraient tendance à focaliser

sur ceux qui relèvent du système de soins (comme la couverture maladie) et à ignorer les autres (tels que les conditions de revenus et de logement), censés ne pas relever de leur compétence (*Ibid.*) ou ne pas être pertinents, au nom du principe d'universalité de la condition biologique (Desprès, 2017).

Ceci dit, quand des médecins, d'aventure, cherchent à tenir compte des déterminants sociaux des soins qui ne sont pas directement configurés par le système de soins, ils courent le risque de le faire maladroitement. Caroline Desprès évoque le cas de médecins qui ne proposent pas de prise en charge de l'obésité, du tabagisme ou de l'alcoolisme, car ils anticipent un refus ou craignent de stresser leurs patients (*Ibid.*). Pour Desprès, ces médecins, certes bien intentionnés, abaissent indument les normes de prise en charge. Son analyse vient éclairer différemment la stratégie des petits pas décrite par nos enquêtés : l'ajustement de la pratique à des objectifs modestes, justifiés par leur prétendu réalisme, ne risque-t-il pas de priver le patient de certaines possibilités et donc de finalement lui être préjudiciable ? Où s'arrête le réalisme et où commencent les stéréotypes sur le fatalisme ou la paresse des personnes de faible SSE, quand les médecins estiment inutile de tenter de réduire leurs comportements à risque ? Cette interrogation rejoint celle que suscite l'adaptation des pratiques médicales aux prétendues spécificités culturelles de patients immigrés et/ou racisés (Carde, 2007). Dans les deux cas, la frontière est mince entre l'adaptation bienvenue et celle qui, fondée sur des stéréotypes (classistes ou culturalistes), s'avère discriminatoire.

Il importe enfin, avant de conclure cet article, de considérer la littérature qui éclaire ce que notre étude laisse dans l'ombre : le point de vue des patients de faible SSE sur leur relation avec leurs médecins généralistes. Stewart Mercer et ses collègues soulignent à cet égard que ces patients attachent une grande importance au lien avec leur médecin généraliste et apprécient tout particulièrement l'empathie et la compréhension de leur contexte de vie que celui-ci manifeste (Mercer, Cawston, Bikker, 2007). Les efforts de nos enquêtés pour bien connaître leurs patients et adapter leurs interventions au contexte de vie de ces derniers sont donc probablement appréciés de leurs patients. Cependant, Jennie Popay et ses collègues remarquent que si les patients souhaitent que leur médecin les connaisse, c'est pour qu'il puisse, outre les soigner, les aider dans un système au sein duquel ils se sentent impuissants, par exemple en plaidant leur cause pour une demande de relogement pour motif sanitaire ou au contraire contre un avis d'expulsion (Popay *et al.*, 2007). Leur étude confirme ainsi la crainte qu'ont exprimée nos enquêtés, à savoir que les patients attendent d'eux ce sur quoi ils se sentent impuissants (non pas guérir une blessure, mais intercéder auprès de la médecine du travail, dans l'exemple donné plus haut). Ceci dit, alors que nos enquêtés s'estiment écrasés par la responsabilité d'être les seuls interlocuteurs professionnels de leurs patients (d'où leur pression à agir), les patients interrogés par Popay et ses collègues ont expliqué que le médecin généraliste n'est qu'un levier parmi d'autres à actionner, mais un levier qui a l'avantage de ne pas être stigmatisé.

Conclusion : quand l'expérience des médecins révèle en creux des causes fondamentales

Au total, les médecins estiment difficile le suivi de patients socialement défavorisés quand il leur semble chronophage et peu efficace. Ils tentent alors de connaître leurs conditions de vie afin de se fixer des objectifs moins ambitieux et plus réalistes. Ils ne cherchent cependant pas à intervenir sur ces conditions de vie elles-mêmes, s'en estimant bien incapables – un sentiment d'impuissance qui vient d'ailleurs attiser leur vécu difficile. Leurs témoignages d'impuissance et d'échec relatif rappellent que la lutte contre les inégalités face aux soins doit se déployer bien au-delà de la pratique des médecins : mais où précisément ? Pour répondre à cette question, il est utile de repartir de la problématique présentée en introduction.

On se demandait quelles caractéristiques des patients s'avèrent problématiques (pour leur accès aux soins et par la suite pour les médecins qui les suivent) du fait des exigences du système de soins québécois. Il s'agissait donc d'identifier les ressources dont l'absence, dans le contexte de ce système de soins, complique l'accès aux soins. Les résultats ont souligné l'importance de trois ressources – les revenus, la littératie en santé et les liens sociaux. Or la distribution inégale de ces trois ressources correspond à ce que Bruce Link et sa collègue Jo Phelan nomment des « causes fondamentales » des inégalités sociales dans les soins et la santé (Link, Phelan, 1995). Par l'adjectif « fondamental », ils soulignent que les inégalités dans ces ressources⁷ se traduisent dans des inégalités de santé quels que soient le contexte social et l'époque. Cette thèse nous autorise à suggérer que si notre étude avait été menée dans un autre contexte que celui du système de soins québécois de la fin des années 2000, elle aurait pointé l'importance, derrière d'autres expériences singulières de médecins, du déficit dans ces mêmes ressources. La réponse à la question posée plus haut (où agir pour réduire les inégalités face aux soins ?) réside donc en amont, dans une distribution plus égalitaire de ces ressources, plutôt qu'en aval, comme il l'est souvent proposé, dans l'intervention sur des conséquences du déficit relatif de ces ressources (par exemple sur des comportements jugés inadéquats).

Enfin, les inégalités dans la distribution des ressources à l'origine des causes fondamentales d'inégalités sociales en santé caractérisent le rapport socioéconomique, mais aussi tous les autres rapports sociaux inégalitaires. On a indiqué plus haut que, dans notre étude, la focalisation des médecins sur le rapport socioéconomique découle probablement des caractéristiques sociodémographiques du quartier où ils exercent (population plutôt pauvre et francophone, au sein de laquelle sont relativement peu représentés les immigrés et les minorités racisées). Si l'étude avait été menée dans un autre quartier de Montréal, marqué lui aussi par la pauvreté mais comportant plus de résidents immigrés et issus de minorités raciales, le vécu des médecins serait apparu marqué par d'autres patients difficiles : des patients chez lesquels les difficultés socioé-

⁷ Les auteurs identifient deux autres ressources dont la distribution inégale produit des inégalités sociales en santé : le pouvoir et le prestige.

conomiques sont configurées par les difficultés liées à l'origine étrangère (réelle ou supposée) et vice-versa – mais toutes secrétées par les mêmes causes fondamentales. Cette perspective intersectionnelle mériterait assurément d'être développée dans une étude ultérieure.

Bibliographie

- AIACH P., FASSIN D. (2004), « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La Revue du Praticien*, vol. 54, n° 20, p. 2221-2227.
- ASADA Y., KEPHART G. (2007), « Equity in health services use and intensity of use in Canada », *BMC Health Services Research*, vol. 7, n° 41, p. 1-12.
- BARBEAU D., McALL C., PLANTE M.-C. (2008), Dossier « Appauvrissement et aide sociale. Le malaise des médecins », *La revue du CREMIS*, vol. 1, n° 1, p. 15-31.
- BECKER H. S. (1985) (1^{re} éd. 1963), *Outsiders, études de sociologie de la déviance*, Paris, A.-M. Métailier.
- BEDOS C., BRODEUR J.-M., BOUCHERON L., RICHARD L., BENIGERI M., OLIVIER M., HADDAD S. (2003), « The dental care pathway of welfare recipients in Quebec », *Social Science & Medicine*, vol. 57, n° 11, p. 2089-2099.
- BLOCH G., ROZMOVITS L., GIAMBRONE B. (2011), « Barriers to primary care responsiveness to poverty as a risk factor for health », *BMC Family Practice*, vol. 12, n° 62, p. 1-6.
- CARDE E. (2007), « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, vol. 19, n° 2, p. 99-109.
- CARDE E., ISABEL M., GIGUÈRE N., KARAZIVAN P. (2018), *Inégalités sociales, patients difficiles et médecins de première ligne : une étude exploratoire*, Montréal, CREMIS. En ligne, consulté le 2 avril 2020. URL : <http://www.cremis.ca/publications-et-outils/toutes-les-publications/rapports-de-recherche/inegalites-sociales-patients-difficiles-et-medecins-de-premiere-ligne-une-etude>.
- CONRAD P. (1992), « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, vol. 18, n° 1, p. 209-232.
- DESPRÈS C. (2017), *Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse des discours de médecins et dentistes*, Défenseur des Droits – Labo LEPS-Univ Paris XIII. En ligne, consulté le 9 mai 2019. URL : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/outils/etudes/des-pratiques-medicales-et-dentaires-entre-differenciation-et-discrimination>.
- ELDER N., RICER R., TOBIAS B. (2006), « How Respected Family Physicians Manage Difficult Patient Encounters », *The Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 19, n° 6, p. 533-541.
- GULBRANDSEN P., FUGELLI P., SANDVIK L., HJORTDAHL P. (1998), « Influence of social problems on management in general practice: multipractice questionnaire survey », *British Medical Journal*, vol. 317, p. 28-32.

- HAHN S. R., KROENKE K., SPITZER R. L., BRODY D., WILLIAMS J. B. W., LINZER M., DEGRUY F. V. (1996), « The difficult patient », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 11, n° 1, p. 1-8.
- HANSEN H., BOURGOIS P., DRUCKER E. (2014), « Pathologizing poverty: New forms of diagnosis, disability, and structural stigma under welfare reform », *Social Science & Medicine*, vol. 103, p. 76-83.
- HINCHEY S. A., JACKSON J. L. (2011), « A Cohort Study Assessing Difficult Patient Encounters in a Walk-In Primary Care Clinic, Predictors and Outcomes », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 26, n° 6, p. 588-594.
- HUTCHISON B. (2007), « Disparities in healthcare access and use: yackety-yack, yackety-yack », *Healthcare Policy*, vol. 3, n° 2, p. 10-13.
- LÉVESQUE J.-F., HARRIS M. F., RUSSELL G. (2013), « Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations », *International Journal for Equity in Health*, vol. 12, n° 18, p. 1-9.
- LINK B. G., PHELAN J. (1995), « Social conditions as fundamental causes of disease », *Journal of health and social behavior*, Extra Issue, p. 80-94.
- MERCER S. W., CAWSTON P. G., BIKKER A. P. (2007), « Quality in general practice consultations: a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland », *BMC Family Practice*, vol. 8, n° 22, p. 1-9.
- POPAY J., KOWARZIK U., MALLINSON S., MACKIAN S., BARKER J. (2007), « Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part II : lay perspectives », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 61, n° 11, p. 972-977.
- THELEN L. (2008), « La dualité institutionnelle face au manque de supports sociaux des personnes sans-abri », in E. GAGNON, Y. PELCHAT, R. EDOUARD (dir.), *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice sociale*, Québec, Presses de l'Université Laval (« Sociétés, culture et santé »), p. 203-220.
- VERLINDE E., LAENDER N. de, MAESSCHALCK S. de, DEVEUGELE M., WILLEMS S. (2012), « The social gradient in doctor-patient communication », *International Journal for Equity in Health*, vol. 11, n° 12, p. 1-14.
- WILLEMS S. J., SWINNEN W., MAESENEER J. M. de (2005), « The GP's perception of poverty: a qualitative study », *Family Practice*, vol. 22, n° 2, p. 177-183.