

**Dire le monde social. Les sociologues face aux discours politiques,
économiques et médiatiques**

Bordeaux, du 5 au 8 septembre 2006

**Représentations et pratiques des médecins généralistes
à l'égard de la famille et de l'entourage de leurs patients âgés**

Françoise Le Borgne-Uguen^{a)}, Simone Pennec^{b)}, et al

Résumé :

La communication porte sur les représentations et les modes d'exercice des médecins à l'égard de la famille et de l'entourage de leurs patients âgés.

L'évaluation du vieillissement par les médecins généralistes prend appui sur une modélisation dont les paramètres se déplacent entre des références aux médecins spécialistes (gériatrie, etc.) et aux règles des administrations chargées des prestations envers les « personnes âgées dépendantes » (APA, protection juridique).

Mais, les positionnements professionnels rencontrent aussi les différences de positions sociales des individus et de leurs entourages contribuant à re-définir les formes des pratiques médicales. Les négociations avec les proches et les légitimités conquises par ces derniers aboutissent à différentes modalités de soins qui se réfèrent aux spécificités de la médecine générale auprès des vieilles personnes et par rapport à l'ensemble des patients.

Dans ces configurations, les pratiques des médecins généralistes peuvent conduire à des effets de sélection de la clientèle et à des pratiques différentes d'adressage et de concertation envers d'autres médecins et paramédicaux. Elles s'appuient diversement sur les entourages, selon les ressources en présence mais aussi selon les niveaux de confiance attribués aux profanes par les praticiens et selon leurs propres modèles thérapeutiques face à la population âgée.

La recherche s'appuie sur un corpus de : 300 questionnaires de médecins généralistes et de 50 entretiens de médecins (40 généralistes et 10 territoriaux).

^a *Maître de conférences*

ARS EA 3149 - Université de Bretagne Occidentale
Francoise.leborgne@univ-brest.fr

^b *Maître de conférences*

ARS EA 3149 - Université de Bretagne Occidentale
Simone.Pennec@univ-brest.fr

Représentations et pratiques des médecins généralistes à l'égard de la famille et de l'entourage de leurs patients âgés

Françoise LE BORGNE-UGUEN, Simone PENNEC, *et al.*, 2006.

Communication au 2^{ème} Congrès de l'Association Française de Sociologie,
RTF 7, *Vieillissements et vieillesse*, Université Victor Segalen, Bordeaux 2, 4-8 septembre.

Document de travail

Dans le prolongement de travaux menés auprès de membres de la famille sur les conditions de production de services destinés à leur parent, le médecin généraliste est apparu comme un acteur de poids dans le parcours de soin de la personne et dans l'activité de ses proches. Les modes d'exercice des médecins à l'égard de la personne et de son entourage constituent l'objet principal de recherches^c en cours soutenues par la CNAM, l'URML et le Conseil Général du Finistère. Ce texte présente les questions centrales de ces recherches ainsi que le cadre d'analyse retenu.

1. Présentation de la question

La qualité des soins à l'égard des personnes âgées dépendantes est fréquemment présentée comme un des enjeux majeurs de notre système de santé. La place et le rôle des médecins généralistes sont fréquemment présentés comme des éléments déterminants dans l'organisation de ces soins de proximité, notamment dans le cadre des politiques de santé publique confrontées à l'accroissement du nombre des personnes très âgées. Ainsi, le livre blanc de la gériatrie signalait en 2003 que « L'objectif d'offrir aux plus âgés un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leurs besoins, préconisé par le rapport Laroque il y a 40 ans, n'est pas atteint »^d. En Bretagne, plusieurs études montrent comment se conjuguent les effets de la démographie médicale et de l'évolution de la population la plus âgée, en particulier dans certains secteurs géographiques, pour montrer l'importance d'une organisation coordonnée de l'offre de soins de proximité. Selon la CRAM et l'URCAM de Bretagne, la qualité de la prise en charge des personnes âgées souffre de plusieurs dysfonctionnements : « le manque d'évaluation globale de la personne âgée, l'inadaptation de

^c Le corpus de recherche comprend : 300 questionnaires répondus par des médecins généralistes bretons, 51 entretiens réalisées auprès de médecins généralistes exerçant pour la moitié d'entre eux en Finistère et 9 entretiens auprès de médecins salariés du conseil général du Finistère.

^d TOULLY V. et coll. Les enjeux du vieillissement : quelle prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées en 2003 ? Quelle anticipation des besoins futurs ? dans JEANDEL C. BONNEL M. (coord.), 2004, *Livre blanc de la gériatrie française*, Gériatrie 2004. p. 41. On peut également citer sur ce point le rapport de la Cour des comptes de novembre 2005 « *Les personnes âgées dépendantes* ».

l'organisation hospitalière à la personne âgée, l'articulation entre dispositifs sanitaires et sociaux et entre dispositifs sanitaires entre eux »^e.

Un tel constat et les analyses consacrées à ces questions accréditent l'idée que l'amélioration de la situation médico-sociale des personnes les plus âgées suppose une dynamique de concertation et de coopération entre les différents acteurs du soin et du soutien. C'est dans cette logique que la pratique du médecin généraliste serait susceptible de trouver son mode opératoire le plus efficace et le mieux adapté aux besoins spécifiques de cette population^f. Le médecin généraliste est ainsi convoqué comme l'acteur fondamental de cette organisation coordonnée de la prise en charge médico-sociale des personnes du grand âge. Or, le constat est fait régulièrement de la difficulté d'obtenir une participation des médecins généralistes libéraux à une telle démarche collective de travail. Il est fréquemment souligné comment les généralistes restent dans des démarches proprement médicales de soins aux personnes, sans investir une fonction de coordination et d'articulation des différents intervenants de la prise en charge des vieilles personnes.

Dans cette recherche, nous étudions les modalités de l'exercice des médecins généralistes face aux situations évoquées. Comment les médecins généralistes perçoivent-ils et définissent-ils leur champ d'intervention dans ce domaine ? Comment situent-ils leurs interventions face à la diversité des partenaires et quelles sont les expériences, à des niveaux plus ou moins étendus, qu'ils élaborent ou auxquelles ils participent, et avec quels professionnels ?.

1.1. L'analyse d'une position professionnelle

La médecine générale est couramment désignée comme le lien indispensable entre la demande de soins des personnes âgées et le système de santé, le pivot de leur prise en charge médico-sociale. Pour autant, relativement peu de recherches rendent compte des spécificités des fonctions du médecin généraliste auprès des personnes du grand âge en situation de perte d'autonomie physique ou psychique et de la place de ce médecin auprès du malade, en tant que médiateur ou intermédiaire entre plusieurs partenaires. Nous cherchons à mieux analyser ces spécificités à 3 niveaux :

^e CNAM de Bretagne, URCAM de Bretagne, *Contribution à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées*, septembre 2002.

^f MOULIAS R., Les relations avec les autres disciplines médicales et de soins, dans JEANDEL C. BONNEL M. (Coord.), 2004, op. cit. pp. 273-276.

- Les interventions médicales sont plurielles et variables en fonction des pathologies, chroniques aussi bien qu'aiguës, et du cumul des maladies dont sont atteintes les personnes les plus âgées. Elles mettent en question la perspective propre à la médecine générale d'une « vision globale du patient » et de ses modes de construction à l'intersection des différents champs professionnels concernés par le soin aux vieilles personnes, en particulier la gériatrie et les spécialités les plus sollicitées (cardiologie, oncologie, etc.)
- La famille et l'entourage élargi jouent un rôle déterminant aussi bien dans la gestion des soins à domicile, dans le suivi médical et hospitalier, que dans l'aide à la vie quotidienne et le soutien moral.
- Les différents services professionnels du domicile et des établissements, et la profession infirmières s'avérant être des partenaires indispensables. Depuis la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), les équipes médico-sociales des départements, constituent de nouveaux acteurs du cadre de l'activité de ces médecins généralistes.

« Médecin de famille » pour un réseau de soutien qui s'étend au-delà du cadre familial, partenaire de travail pour les médecins spécialistes, les équipes soignantes et les services à domicile, et interlocuteur référent pour les équipes médico-sociales de l'APA, comment les médecins généralistes investissent-ils ces différentes identités et positions professionnelles et comment développent-ils des relations spécifiques à ces trois niveaux et entre ces trois niveaux ? Comment, malgré la diversité des acteurs et de leurs logiques, les médecins généralistes construisent-ils une vision globale des besoins des vieilles personnes et, par ailleurs, comment s'assurent-ils du maintien d'une relation individualisée au patient en préservant celui-ci d'une sortie du champ des décisions thérapeutiques et de mode de vie qui le concernent ?

C'est à l'analyse d'un positionnement professionnel, à la fois individuel et collectif en train de se construire chez les médecins généralistes que nous procédons dans ce travail de recherche. Nous pouvons penser en effet que, s'agissant d'une profession qui s'est construite historiquement par l'affirmation d'une capacité à définir et à délimiter son propre champ de pratique, l'ensemble des contraintes qui peuvent peser sur la pratique du médecin généraliste touche en effet à ce processus même d'auto définition du champ de compétence de la médecine générale.

1.2. Objectifs de l'étude et hypothèses

L'objectif est d'analyser les pratiques effectives de *coopération* et de *concertation* ainsi que celles qui marquent des positions d'évitement que les médecins généralistes peuvent construire dans le contexte d'action complexe qu'est le soin aux personnes du grand âge. Il s'agit de comprendre comment se positionne le médecin généraliste selon les différentes configurations d'acteurs présents, et d'analyser les rôles qu'il peut tenir dans les différentes interfaces. Enfin, cette complexité et les difficultés de coordination signalées par les études existantes, permettent-elles une vision globale susceptible de faire la synthèse des différentes approches contribuant à la production de soins auprès des vieilles personnes?

L'idée directrice de la recherche considère que les pratiques de concertation et de coopération que les médecins généralistes développent dans le champ médical (médecine de spécialité), dans l'environnement social des personnes âgées (proches, intervenants médico-sociaux à domicile) et en relation aux instances de régulation (médecin du conseil général et des administrations) sont interdépendantes.

Les résultats de la recherche mettent à jour les types de relations entretenues par les médecins généralistes avec les patients du grand âge, les milieux professionnels et avec les acteurs familiaux et l'entourage élargi contribuant aux soins envers ces personnes. Les compétences développées par ces médecins dans la gestion des situations complexes, aussi bien au plan médical que social, sont repérées ainsi que le niveau de reconnaissance qui leur est attribué par les différents acteurs de santé.

2. Le cadre d'analyse

Les travaux de recherche récents montrent comment trois lignes de tension structurent la pratique des médecins généralistes et leur place sociale : « entre soins éclatés et approche globale, entre approche technique et approche relationnelle, entre exigences de la clientèle et régulation financière »[§]. Les médecins généralistes se trouvent donc collectivement dans une situation où une (re)définition de leur champ de pratique s'opère sous ces différentes contraintes. S'agissant du soin aux vieilles personnes, le contexte de travail des médecins généralistes est typiquement soumis à des contraintes de même nature :

[§] BASZANGER I., BUNGENER M. PAILLET A. (Dir.), 2002, *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris, éd. La Dispute. (voir chapitre premier : Médecine générale, le temps des redéfinitions pp. 19-34.)

- La demande des patients et de leurs entourages avec leurs spécificités et leur hétérogénéité potentielle
- La complexité de la prise en charge médico sociale des personnes avec le travail de soin, son organisation entre des confrères médecins ou des soignants paramédicaux, et son interdépendance avec les problématiques sociales des personnes
- Les relations renforcées aux instances publiques et à leur logique de régulation des dépenses de santé (CNAMTS, conseil général dans la cadre de l'APA)

Ces trois niveaux de partenariat construisent un contexte de pratique sous contrainte pour une profession qui a traditionnellement bénéficié d'une forte capacité d'autorégulation et de contrôle de sa propre pratique. Comme le soulignent encore Baszanger, Bungener et Paillet : « (...) les difficultés des professionnels à estimer par eux-mêmes leur place et celle qui leur est faite tant par leurs tutelles que par leurs patients, marque l'affaiblissement de la légitimité globale de leur position »^h. C'est dans ce contexte de redéfinition identitaire et organisationnelle pour la profession que nous avons souhaité poser la question du rôle des médecins généralistes dans le soin aux personnes du grand âge.

Le soin à cette population présente une situation quasi archétypale de pratique structurée par la rencontre des trois lignes de tension évoquées plus haut dans la mesure où l'environnement social, professionnel et institutionnel tendent conjointement à prédéterminer de manière grandissante ce qui relève de la mission du généraliste auprès de leurs patients les plus âgées. La question sera alors de voir comment, dans ce contexte, les médecins généralistes perçoivent ce champ d'activité, comment ils l'investissent et à partir de quelles stratégies, ressources, représentations ou valeurs ils définissent leurs missions et construisent leurs pratiques. Comment donc il modélisent le métier de médecin généraliste pour l'inscrire dans ce champ d'action en définissant leurs propres missions à l'articulation des relations qu'ils ont avec leurs patients, leurs entourages et les instances de régulation.

2.1. La relation des généralistes avec les équipes médico-sociales de l'APA

L'APA est aujourd'hui le dispositif social légal mis en place pour la prise en charge des besoins d'accompagnement des personnes en situation de handicap après 60 ans, au-delà des prestations relevant de l'assurance maladie. La population des bénéficiaires de l'APA recoupe donc assez largement celle des personnes âgées dites « dépendantes », faisant correspondre à

^h Ibid, p. 13.

un état fonctionnel (Groupe Iso-Ressources) une attribution de moyens visant à couvrir une par des besoins d'aide humaine et de moyens en équipement hors soins médicaux. Les médecins généralistes peuvent être impliqués à différents niveaux, en particulier lorsqu'il s'agit de faire reconnaître les spécificités de la situation de la personne au regard d'atteintes fonctionnelles, dans les débats sur l'opportunité d'une première demande d'APA, ou lors de sa réévaluation ou encore lors de l'introduction d'un recours face à une décision d'attribution jugée insatisfaisante. Sur ce plan, la connaissance que les médecins ont des offres sociales doit être plus importante afin de pouvoir répondre aux demandes liées à cette procédure nouvelleⁱ.

Cependant, ce dispositif implique aussi la rencontre des secteurs sanitaires et sociaux qui mobilise les médecins généralistes à une place particulière que nous cherchons à étudier. La mise au point du plan d'aide se fait par une visite au domicile de la personne âgée d'au moins un membre de l'équipe médico-sociale. Si, au plan national, dans 32% des cas c'est une assistante sociale seule qui intervient, dans 9% des cas c'est un médecin seul et dans 24% des cas les deux professionnels ont rendu visite conjointement.^j

Le rôle du médecin généraliste dans les étapes successives de la démarche doit également être analysé en tenant compte de ses propres réticences à se situer comme acteur d'une décision d'attribution qui aura des conséquences économiques pour les usagers comme pour les institutions pourvoyeuses de fonds. Le médecin peut alors souhaiter s'abstraire de ces enjeux pour se tenir à distance des insatisfactions parfois manifestées par ses différents patients et par leurs proches qui ne sont pas sans comparer leurs droits mutuels. Le plan d'aide peut ainsi être vu comme une forme d'élaboration et de hiérarchisation des offres de soutien, face à une situation sociale de dépendance où se conjuguent des données médicales, sociales, financières et familiales. Si donc l'évolution des capacités des personnes est à (ré)évaluer de façon très régulière à travers un suivi au long cours et constitue bien une compétence attendue du médecin généraliste (et revendiquée par lui), on peut penser que l'inscription de ce travail d'évaluation, dans le cadre de l'APA va se faire sous la contrainte d'un enjeu de

ⁱ Une étude menée avant la mise en place de l'APA (entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2002) auprès d'un groupe de généraliste libéraux en région parisienne montrait que : « plus la dépendance croît, moins le médecin est informé des possibilités locales d'aide à la prise en charge ». Aujourd'hui, il est probable que les médecins généralistes ont pris connaissance de ses conditions d'attribution et qu'au contraire, plus la dépendance croît et plus les médecins ont à faire face à ces demandes d'APA. On sait en effet qu'au 31 mars 2006 948.000 personnes étaient bénéficiaires de l'APA (cf. PERBEN M., L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2006, *Etudes et Résultats* n°503, juillet 2006). On constate une progression du nombre de demandes qui émanent pour 70% d'entre elles de personnes vivant à domicile.

^j METTE C., 2004, Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : une analyse des plans d'aide, *Etudes et Résultats*, Drees, n°293, février.

catégorisation administrative dans une grille de dépendance qui va constituer le niveau d'accès à une ressource financière publique introduite par l'APA. On retrouve donc ici la question des arbitrages que pourra faire le médecin entre la demande du patient et de son entourage et les enjeux de régulation de la dépense publique à l'échelle départementale qui est également présente dans la définition du besoin d'aide (axe 3 de notre recherche).

Pour notre enquête, les médecins territoriaux, salariés des Conseils Généraux, dont les représentations et les relations effectives avec les généralistes ont été investigués lors de 9 entretiens. Ces médecins ont fait partie du public des étudiants en Capacité de Gériatrie à l'UBO. Ces entretiens doivent permettre, en particulier, de rendre compte des recherches de collaboration et des attentes de ces médecins à l'égard des généralistes.

Quelles sont les ressources et les contraintes résultant de la mise en œuvre de ce dispositif dans les pratiques des généralistes ? Quel type d'engagement attendu et comment ont-ils été associés ou non par les équipes médico-sociales ? Leur mobilisation est-elle homogène pour toutes les personnes relevant de l'APA selon les spécificités de certains patients : personnes sans descendant, personnes souffrant de certaines pathologies ou nécessitant des aides particulières, personnes refusant les interventions de professionnels et/ou en situation de conflits avec des proches ? Comment les interventions des médecins généralistes en la matière les confrontent à de nouvelles questions déontologiques et éthiques, en prise avec les normes et les valeurs de leur profession et avec celles des autres professions de la santé et du social, mais aussi avec celles des personnes et de leurs proches ?

2.2. Processus de contractualisation et logiques de coopération

Lorsqu'ils pratiquent auprès des personnes âgées, les médecins généralistes trouvent un contexte d'action structuré par la rencontre de plusieurs types de contractualisation dont l'analyse peut être approfondie par l'étude de leur articulation dans des processus de coopération entre médecins, patients, familles et professionnels, ainsi qu'à travers les tensions qui apparaissent dans l'activité de soin en médecine générale auprès des vieilles personnes.

La question du sens social de la relation thérapeutique auprès des vieilles personnes

La sociologie médicale montre comment la relation thérapeutique fait toujours l'objet d'un codage culturel. Du point de vue des médecins, les vieilles personnes sont perçues comme un

groupe particulier de patients qui développe une approche particulière de la relation avec leur médecin généraliste. Les analyses des entretiens permettent de voir que les médecins généralistes perçoivent une attente de rôle dans laquelle ils ne reconnaissent plus complètement leur mission professionnelle essentielle. Dans certaines situations, il apparaît que la représentation de la relation thérapeutique ne produit plus le consensus suffisant au bon fonctionnement d'un échange entre médecins et malades du grand âge. Ainsi, nos analyses montrent une forme plus ou moins accentuée de dissonance dans le jeu des attentes respectives de rôles entre les médecins généralistes et leurs patients du grand âge. Celle-ci peut générer une incompréhension mutuelle dans la manière dont ils vont construire une relation et une difficulté dans la mise au point du contrat thérapeutique qui va lier les protagonistes de la relation de soin. Le renouvellement de ce codage culturel de la relation de soin, notamment chez les nouvelles générations de médecins, pose la question des conditions sociales qui encadrent le travail du médecin auprès des personnes les plus âgées.

Nous poursuivons ces analyses des processus de contractualisation implicite qui peuvent s'établir entre les médecins généralistes et leurs patients âgés, afin d'en décrire la prégnance dans le travail des différents médecins et leur impact dans l'engagement des praticiens auprès de ces populations.

Une régulation institutionnelle de l'offre de soins et de services

Ce premier axe ne peut cependant pas être considéré comme un facteur unique de construction de la relation thérapeutique. Il nous amène également à l'analyse d'une autre forme de contractualisation qui peut s'observer entre les médecins généralistes et les instances publiques qui contribuent à la prise en charge des vieilles personnes. Ainsi, les processus de coopération contrainte observés entre les médecins généralistes libéraux et les médecins territoriaux dans un département peuvent être vus comme un exemple particulier, mais non unique, de ces processus de régulation institutionnelle du travail des médecins généralistes auprès de leurs patients âgés, appliquée ici à l'évaluation du besoin d'aide. A ce niveau, émerge également une logique de contractualisation du rôle du médecin auprès des patients du grand âge, mais on peut faire l'hypothèse qu'elle se retrouve à d'autres niveaux de la pratique des généralistes et qu'elle interfère dans la manière de construire une relation de soin et d'accompagnement médico-social des vieilles personnes.

Le médecin apparaît pris dans des systèmes de contraintes issues de ces diverses logiques de contractualisation. L'autorégulation de la relation de soin dans l'échange et par le libre jeu des

ajustements mutuels entre offre et demande trouve sa limite dans une intervention grandissante des acteurs publics qui vont tenter d'introduire des régulations formelles au sein de cette interaction médecin/malade.

La relation de soin entre médecins et vieilles personne est doublement structurée par :

- une première ligne d'évolution qui tend à déconstruire et à reconstruire les termes implicites de l'entrée en relation du médecin et de son patient
- une deuxième ligne d'évolution qui inscrit cette relation dans un contexte de contrôle institutionnel grandissant.

Nous développons ces deux axes d'analyses pour rendre compte des facteurs de tension que peuvent ressentir les médecins généralistes :

- comment s'expriment ces processus chez les médecins
- comment ils peuvent réguler ces systèmes de contraintes dans la construction de leur engagement auprès de cette population.

Incertitude et partenariat dans le travail de soin aux personnes en perte d'autonomie

Une difficulté proprement médicale associée au diagnostic et à la prise en charge des pathologies spécifiques du grand âge que sont les troubles psychiques ou démences est apparue également. Cette incertitude se retrouve dans le suivi des traitements que peuvent prescrire les médecins et dont le bon usage ne peut être garanti par le seul effet de l'observance du traitement par le patient. Sur le plan de la prise en charge de ces pathologies, les données recueillies montrent que les médecins exercent dans un contexte où l'incertitude se révèle relativement importante. Les pathologies diagnostiquées, déjà complexes dans leur prise en charge, cohabitent avec des situations où elles ne sont que suspectées. De même, le suivi des traitements pose une difficulté importante dans le travail auprès des vieilles personnes. Le patient n'est plus ici un partenaire suffisant, du fait même du type de pathologies dont il souffre (troubles psychiques ou cognitifs dominants dans les réponses), pour assurer l'innocuité des traitements prescrits, ce qui met en avant le besoin d'un entourage (familles, mais, voisins) fiable du point de vue du médecin, de sa présence et de sa participation à l'aide auprès du patient concerné.

Dans ce sens là, les différents membres de l'entourage ne sont pas perçus de la même façon par les médecins et les « intérêts » des soutiens apportés sont fréquemment accompagnés de « problèmes » complexes à la rencontre desquels se construisent les modalités du partenariat

que le médecin instaure avec ces acteurs du soin. Les médecins ne perçoivent pas toujours très clairement la cohérence et la limite des dynamiques d'aide. L'analyse porte ici sur les normes de négociations et de coopérations qui peuvent se construire entre les médecins et les familles et entourages des patients.