

Le dilemme d'Hippocrate

Guanxi et déontologie dans le secteur des soins hospitaliers en Chine

LONGWEN FU ET CHERIS SHUN-CHING CHAN

RÉSUMÉ : Le recours aux *guanxi* (relations interpersonnelles) pour obtenir un accès aux soins hospitaliers est devenu un phénomène très répandu dans la Chine d'après Mao. Pourtant, peu d'études se sont penchées sur la manière dont les professionnels de la santé appréhendent les patients bénéficiant de *guanxi*. Basé sur une recherche ethnographique qui s'inspire du cadre d'analyse des *guanxi* développé par Fei Xiaotong (1992 [1948]) et Cheri Shun-ching Chan (2009), cet article explore les dilemmes auxquels sont confrontés les médecins chinois quand ils doivent faire la part entre le respect de la déontologie médicale et le ménagement des *guanxi*. Nous diviserons les patients en trois grandes catégories : ceux qui ne disposent d'aucun *guanxi*, ceux qui n'ont que des relations éloignées avec les médecins et ceux qui sont liés aux médecins par des liens très forts. Nous observons que les médecins sont confrontés à peu de dilemmes dans leurs interactions avec des patients sans *guanxi*. Ils adhèrent largement au code de déontologie médicale et adoptent une attitude dominante envers ces patients. En revanche, dans leurs interactions avec les patients qui jouissent de *guanxi* modérés, les médecins sont partagés entre la nécessité de satisfaire à leurs obligations interpersonnelles (*renqing*) et celle de se conformer au code de déontologie médicale. Ils parviennent à gérer cette situation en recourant à des stratégies dramaturgiques comme le partage de l'information, le travail sur les émotions et le ménagement de la face. Dans leurs interactions avec des patients avec lesquels ils sont très étroitement liés, en revanche, l'affection et le sens d'obligation asymétrique peuvent prendre le dessus sur la déontologie. Les médecins réagissent en adoptant différentes stratégies comme le contrôle de l'information, le détachement émotionnel et le recours à des tiers. Notre étude illustre l'impact des *guanxi* sur les professionnels de la santé et les dilemmes moraux auxquels ces derniers font face dans un contexte sociétal dominé par les *guanxi*. Elle offre aussi des pistes de réflexion sur les réformes qui peuvent être envisagées pour atténuer ce problème.

MOTS-CLÉS : Chine, *guanxi*, profession médicale, dilemme moral, soins hospitaliers.

Le dilemme d'Hippocrate

Chaque fois que le Dr Li, médecin à l'Hôpital de l'amitié sino-japonaise, recevait un appel téléphonique de sa ville d'origine mais ne reconnaissait pas le numéro, elle était persuadée qu'il s'agissait d'une personne qu'elle connaissait à peine mais qui souhaitait obtenir de l'aide. Tant de personnes l'appelaient de sa ville d'origine en s'attendant à ce qu'elle les aide à contourner les listes d'attente pour obtenir des soins hospitaliers. Une fois, elle dit à l'une d'entre elles qu'au lieu de l'appeler pour lui demander d'organiser un rendez-vous, elle ferait mieux de le faire elle-même en ligne. Cette personne l'accusa de manquer de compassion et de loyauté (*wuqingwuyi* 无情无义)⁽¹⁾.

L'expérience du Dr Li, relatée ci-dessus et publiée sur le site internet du *Quotidien du Peuple* du 5 juillet 2013, est typique de celle de nombreux professionnels de la santé dans la Chine d'après Mao. Quels sont les dilemmes auxquels sont confrontés les professionnels de la santé chinois lorsqu'ils sont contactés par les patients bénéficiant de *guanxi* (relations interpersonnelles) ? Comment réagissent-ils dans ces situations ?

Avant de répondre à ces questions, il est nécessaire de définir certains termes. Par « professionnels de la santé », nous faisons référence aux médecins, infirmières et étudiants en médecine. Par « patients dotés de *guanxi* », nous entendons toutes les relations des professionnels de la santé, à savoir la famille au sens large, les amis, les anciens camarades d'école et

collègues, les voisins, les gens originaires du même endroit et tous ceux qui sont recommandés par ces personnes. De nombreuses études ont mis en lumière le caractère endémique du phénomène des *guanxi* dans les hôpitaux chinois. Il apparaît par exemple que dans un hôpital de la ville de Lishui, dans la province du Zhejiang, 93 % des 72 médecins interrogés avaient été contactés par des patients bénéficiant de *guanxi* et que 90 % avaient accepté de voir ces patients pour préserver leurs relations sociales⁽²⁾. Les patients dotés de *guanxi* sont les plus nombreux dans les grands hôpitaux municipaux ou provinciaux, ceux que l'on appelle communément les hôpitaux de niveau 3⁽³⁾. Une étude menée dans un hôpital de niveau 3 de Nankin a montré que près de 58 % des patients se définissaient comme des patients dotés de *guanxi* et que 81 % de ces patients avaient mobilisé leurs *guanxi* plus d'une fois pour accéder à des soins hospitaliers⁽⁴⁾. Bien qu'il n'existe pas de données à l'échelle nationale, tout le monde dans le milieu médical

1. « Kanbing buzhaoshuren xingbuxing » (Peut-on arriver à se faire soigner sans *guanxi* ?), *Renmin ribao* (Quotidien du peuple), 5 juillet 2013.
2. Wang Qiufen et al., « Yihuan boyi shijiao xia de *guanxi*jiuyi xianxiang diaoyan: Yi Lishuishi mouyiyuan weili » (L'« hospitalisation relationnelle » et la relation médecin-patient : Étude de cas d'un hôpital dans la ville de Lishui), *Zhongguo Yixue Lunli* (Éthique médicale chinoise), vol. 26, n° 3, 2013, p. 305-307.
3. Du fait du *Principe de l'administration des hôpitaux à plusieurs niveaux* (*Yiyuan Fenji Guanli Banfa*), les hôpitaux en Chine sont divisés en trois catégories : niveau 1, niveau 2 et niveau 3. Les hôpitaux de niveau 3 sont généralement ceux qui ont les meilleurs équipements et personnels médicaux de la région.
4. Yao Cheng, « Shuren shehui zhong tuoren kanbing zhi chutan » (Une étude préliminaire sur l'accès aux soins par les *guanxi* dans une société fondée sur les réseaux de connaissances), *Yixue yu Shehui* (Médecine et société), vol. 22, n° 5, 2009, p. 10-12.

comme dans la société en général s'accorde à reconnaître que les *guanxi* constituent un problème endémique dans tous les hôpitaux du pays.

Appréhender la question des *guanxi* n'est pas une tâche facile pour les professionnels de la santé. S'ils répondent favorablement aux sollicitations des patients bénéficiant de *guanxi*, ils risquent de déroger au code déontologique de leur profession. S'ils rejettent ou ignorent leurs demandes, ils s'exposent à des sanctions sociales qui peuvent ternir à jamais leur réputation. Le problème est que le professionnalisme et le système des *guanxi* obéissent à des logiques d'action qui peuvent être mutuellement contradictoires. D'un côté, la déontologie médicale veut que tous les patients soient traités de manière égale, sans discrimination ni favoritisme. Selon le sociologue Talcott Parsons, les médecins sont censés avoir internalisé les normes professionnelles qui mettent l'accent sur l'universalisme, la spécificité fonctionnelle, la neutralité affective et l'orientation vers la collectivité⁽⁵⁾. Les professionnels de la santé sont supposés être les agents de la connaissance et adhérer strictement aux principes de rationalisation formelle et d'efficacité fonctionnelle⁽⁶⁾. D'un autre côté, la logique du particularisme qui préside à la pratique des *guanxi* va à l'encontre de la logique de la déontologie médicale. Xiatong Fei définit les *guanxi* comme « un mode différentiel d'association » dont le schéma rappelle les cercles concentriques qui se forment lorsque l'on jette une pierre dans l'eau, avec l'Ego au centre. Plus les cercles sont proches de l'Ego, plus les *guanxi* sont forts et plus le degré de favoritisme est supposé être élevé⁽⁷⁾. La logique qui sous-tend le favoritisme ou le particularisme dans les *guanxi* chinois est bien illustrée dans la description que donne Nan Lin de l'obligation asymétrique⁽⁸⁾. Ce type d'obligation est fondé sur le principe du besoin et forme la base sur laquelle sont bâtis les liens expressifs entre les membres d'une même famille⁽⁹⁾.

Dans cet article, nous analyserons les dilemmes auxquels se heurtent les professionnels de la santé quand ils ont affaire à des patients dotés de *guanxi*, et la manière dont ils gèrent cette situation. Nous adopterons l'approche d'Andrew Kipnis qui avance que des éléments à la fois instrumentaux et affectueux sont présents dans les *guanxi* en Chine, même si leur proportion varie en fonction des différents types de *guanxi*⁽¹⁰⁾.

Nous comparerons la logique d'action des médecins quand ils ont affaire à des patients relevant de différentes catégories : ceux avec qui ils n'ont aucun *guanxi*, ceux avec qui ils ont des liens distants ou modérés et ceux avec qui ils sont liés par des liens familiaux très forts. Nous examinerons ensuite les dilemmes structurels qui existent entre travail professionnel et obligations relevant des *guanxi*, explorerons les origines de ces dilemmes et montrerons comment les professionnels de la santé réagissent face à ces dilemmes.

Dans une première partie, nous passerons en revue les recherches menées sur les transformations institutionnelles du système des soins de santé en Chine et les défis que ces changements représentent pour la profession médicale. Nous montrerons que les études sur les patients dotés de *guanxi* contribuent à notre compréhension des véritables difficultés auxquelles font face les médecins chinois au quotidien. Nous introduirons ensuite le cadre analytique des *guanxi* chinois élaboré par Cheris Chan⁽¹¹⁾ et décrirons notre méthodologie. En nous appuyant sur les travaux de Chan, nous diviserons les relations qui lient professionnels de la santé et patients en trois grandes catégories. Nous décrirons les caractéristiques de chacune de ces catégories, les dilemmes auxquels sont confrontés les professionnels de la santé pour chaque catégorie et les stratégies auxquelles ils ont recours. Nous concluons cet article en dégageant les principaux résultats de notre recherche et

en analysant leurs implications sur la réforme du secteur de la santé en Chine et sur la formation des professionnels de la santé.

Changements institutionnels et déontologie à l'ère de la réforme du marché

La plupart des recherches publiées sur le système de santé chinois se sont focalisées sur le passage d'un système national, centralisé et planifié, vers un système orienté vers le marché. Un de aspects les plus marquants de cette transition dans les établissements de soins est l'évolution vers une structure fondée sur l'incitation. Dès les années 1990, les financements publics ne représentaient plus que 10 % de la totalité des revenus de ces établissements⁽¹²⁾. Ces derniers dépendent désormais à 90 % des paiements effectués par les patients eux-mêmes. En même temps, les prix des services médicaux de base demeurent strictement contrôlés par le gouvernement et, pour cette raison, restent abordables pour la plupart des patients. Le gouvernement autorise toutefois les établissements à augmenter le prix des examens les plus sophistiqués (comme la scanographie ou l'IRM) et de certains médicaments afin de permettre aux hôpitaux de renflouer leurs caisses. Pour assurer leur survie financière dans le cadre de ce nouveau système, de nombreux établissements placent la génération de revenus en tête de leurs objectifs organisationnels et tendent à prescrire de plus en plus de médicaments inutiles et à pratiquer des tests excessifs.

La privatisation de la gestion des hôpitaux depuis le milieu des années 1980 a fait que la population estime que la motivation première des établissements médicaux et de leur personnel est le profit⁽¹³⁾. Certaines études se sont penchées sur les effets désastreux de la réforme du marché sur l'autonomie clinique et sur les standards professionnels des praticiens de première ligne. Dans la mesure où les hôpitaux sont pratiquement contraints à l'autofinancement, une forte pression est exercée sur les médecins pour qu'ils accroissent les revenus des établissements. Les médecins sont décrits comme des « boucs-émissaires institutionnels » qui doivent absorber la colère et les frustrations des patients envers les hôpitaux publics⁽¹⁴⁾. De nom-

5. Talcott Parsons, *The Social System*, Londres, Routledge, 1991 [1951], p. 305-308.
6. Eliot Freidson, *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, Chicago et Londres, The University of Chicago Press, p. 9-13 ; George Ritzer et David Walczak, « Rationalization and the Deprofessionalization of Physicians », *Social Forces*, vol. 67, n° 1, 1988, p. 1-22.
7. Fei Xiaotong, *From the Soil: The Foundations of Chinese Society*, traduit par Gary Hamilton et Wang Zhang, Berkeley et Los Angeles, University of California Press, 1992 [1948], chapitre 4.
8. Nan Lin, « *Guanxi: A Conceptual Analysis* », in Alvin So, Nan Lin et Dudley Poston (éds.), *The Chinese Triangle of Mainland-Taiwan-Hong Kong: A Comparative Institutional Analysis*, CT, Westport, Greenwood Publishing Group, 2001, p. 156-159.
9. Kwang-kuo Hwang, « Face and Favor: The Chinese Power Game », *American Journal of Sociology*, vol. 92, n° 4, 1987, p. 944-974.
10. Andrew Kipnis, *Producing Guanxi: Sentiment, Self, and Subculture in a North China Village*, Durham, Duke University Press, 1997 ; voir également Kwang-kuo Hwang, « Face and Favor: The Chinese Power Game », *op. cit.*
11. Cheris Shun-ching Chan, « Invigorating the Content in Social Embeddedness: An Ethnography of Life Insurance Transactions in China », *American Journal of Sociology*, vol. 115, n° 3, 2009, p. 712-754.
12. William C. Hsiao et Linying Hu, « The State of Medical Professionalism in China: Past, Present and Future », in William C. Alford, Kenneth Winston et William C. Kirby (éds.), *Prospects in China*, New York, Routledge, 2010, p. 111-128.
13. Cheris Shun-ching Chan et Yao Zelin, « A Market of Distrust and Obligation: The Micropolitics of Unofficial Payments for Hospital Care in China », communication présentée Congrès annuel de l'Association sociologique américaine, Denver, Colorado, août 2012.
14. Cheris Shun-ching Chan, « Institutional Scapegoat: Increasing Doctor-Patient Tension in China », communication présentée au Congrès annuel de l'Association sociologique américaine, Seattle, août 2016.

breux médecins doivent compter sur les revenus illicites parce que leur salaire de base ne leur permet pas de gagner décemment leur vie⁽¹⁵⁾. Le problème très répandu du surtraitement montre que les médecins ont compromis leur intégrité professionnelle pour un bénéfice financier ou suite à des pressions institutionnelles⁽¹⁶⁾. Par ailleurs, il n'existe pas en Chine de tradition déontologique largement partagée qui incite les médecins à résister aux incitations financières⁽¹⁷⁾. Mais l'intérêt économique n'est pas le seul facteur qui détermine la manière dont les médecins exercent leur métier à l'ère des réformes. La popularité du recours aux *guanxi* pour accéder aux soins hospitaliers constitue une autre menace pour la profession médicale. Toutefois, cette question n'a, à ce jour, pas fait l'objet d'une grande attention dans les recherches sur la profession médicale en Chine.

Le recours aux *guanxi* pour obtenir un traitement préférentiel dans le domaine médical n'est pas un phénomène nouveau en Chine moderne, même s'il est devenu plus répandu dans la période post-Mao. Dans les années 1970 et 1980, certains patients faisaient usage de leur *guanxi* pour accéder à des médicaments de qualité ou pour prolonger un arrêt maladie⁽¹⁸⁾. Certains chercheurs chinois ont montré que les relations pouvaient alors aider certains patients à contourner les listes d'attente pour obtenir un lit en hôpital lorsque ceux-ci manquaient⁽¹⁹⁾. Le recours aux *guanxi* dans ce contexte pouvait alors être considéré comme une manière de faire face à une pénurie de ressources. Mais à l'heure actuelle, comment peut-on expliquer que le recours aux *guanxi* pour les traitements hospitaliers ne cesse de se répandre alors que les ressources médicales dans la Chine post-Mao sont supposées avoir augmenté ? Des études récentes expliquent cette situation par le peu de confiance que témoignent les Chinois en leur système de santé. Dans la mesure où les revenus des médecins hospitaliers dépendent en grande partie de ceux des établissements, les praticiens se trouvent souvent dans une situation de conflit d'intérêt vis-à-vis de leurs patients. La relation de confiance qui lie patients et pourvoyeurs de soins est ainsi mise à mal, voire détruite. Les patients commencent à mettre en doute l'honnêteté et la fiabilité des hôpitaux et des médecins. Dans ce climat de méfiance généralisée, les patients s'appuient désormais sur la « confiance personnelle », qui est une composante des *guanxi*⁽²⁰⁾. Ainsi, dans une certaine mesure, l'attribution des ressources médicales ne relève plus du cadre institutionnel mais devient fondé sur un échange de cadeaux ou de services basé sur les obligations sociales⁽²¹⁾. La plupart des recherches menées jusqu'à présent sur les patients dotés de *guanxi* se sont concentrées sur les raisons qui poussent les patients à choisir les *guanxi* comme stratégie pour faire face à un système de santé de moins en moins fiable. En revanche, elles ne nous renseignent guère sur l'impact des demandes de ces patients sur le travail des médecins ni sur la manière dont les médecins eux-mêmes perçoivent et réagissent à ce phénomène. C'est cette lacune que cet article a pour objectif de combler.

Cadre analytique et méthodologie

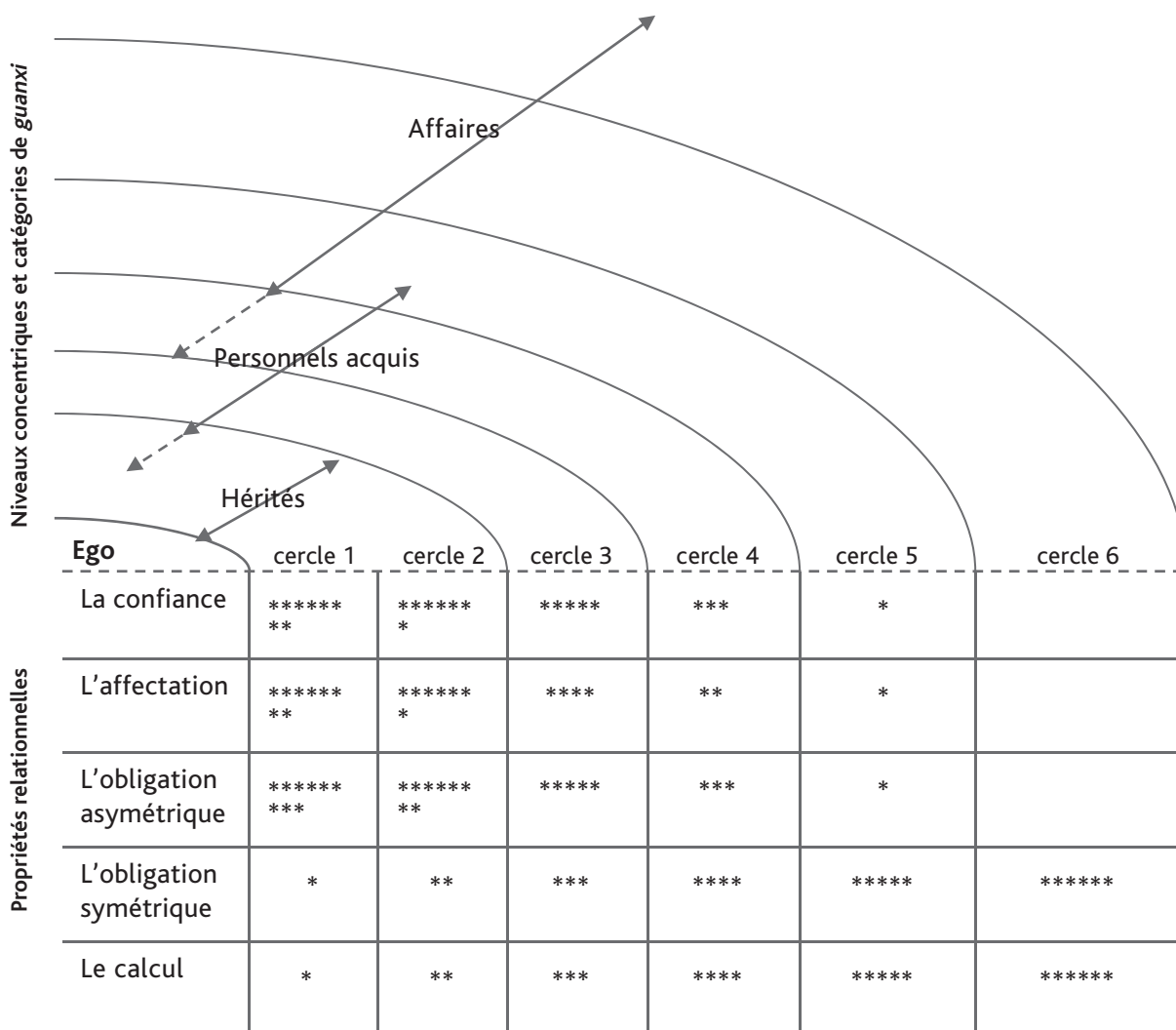
Pour décrire et expliquer la complexité liée au traitement des patients bénéficiant de *guanxi* du point de vue des médecins, nous utiliserons le cadre analytique élaboré par Cheri Chan dans son étude portant sur les contractions d'assurances-vie⁽²²⁾. Ce cadre dépasse l'analyse des relations sociales essentiellement basée sur la force des liens pour introduire le contenu substantiel des *guanxi*. Un des atouts de ce cadre d'analyse est qu'il intègre le contenu des *guanxi* dans la structure. La Figure 1 représente le cadre d'analyse que nous empruntons à Chan avec une légère modification.

Le cadre d'analyse comporte deux parties majeures. La partie supérieure fait référence à la structure des *guanxi* en Chine en s'inspirant du « mode différentiel d'association » de Fei. L'Ego est entouré de cercles concentriques dans un ordre descendant de proximité. Les cercles 1-2 représentent les liens très étroits, les cercles 3-4 les liens moyennement étroits, le cercle 5 les liens peu étroits et le cercle 6 représente l'absence totale de liens. Les flèches traversant ces cercles illustrent la catégorisation des *guanxi* telle qu'elle est présentée par David Wank⁽²³⁾. Les *guanxi* « hérités » appartiennent aux cercles 1-2 qui représentent les liens les plus forts, c'est-à-dire généralement des liens sanguins avec l'Ego. Les *guanxi* personnels « acquis », représentés par les cercles 3-4, s'appuient sur des expériences partagées antérieurement et se composent d'anciens camarades de classe, amis, collègues, voisins et autres personnes originaires d'un même endroit. Même si les *guanxi* acquis peuvent être cultivés et devenir très intimes, ils restent qualitativement très différents des *guanxi* hérités, et nous utilisons des lignes en pointillés pour représenter le passage de liens modérés à des liens forts. L'expression « *guanxi* d'affaires » fait référence aux relations acquises lors de transactions commerciales. Ainsi, nous catégoriserons la relation médecin-patient, typiquement constituée de deux étrangers s'étant rencontrés pour la première fois dans un hôpital, comme un *guanxi* d'affaire. Il est possible qu'un patient consulte le même médecin plusieurs fois et que les deux personnes développent avec le temps une relation d'amitié, auquel cas l'intensité de leur relation passerait du cercle 6 aux cercles 4-5. Néanmoins, sauf quelques rares exceptions, il est pratiquement impossible que leur relation se déplace dans la catégorie des liens forts.

La partie inférieure de la Figure 1 identifie les cinq propriétés relationnelles clés des *guanxi* chinois, à savoir la confiance, l'affection, l'obligation asymétrique, l'obligation symétrique et le calcul. Le nombre d'étoiles représente l'intensité de la propriété relationnelle respective en relation avec l'intensité des liens. Par exemple, les liens les plus étroits se caractérisent par un degré

- Gerald Bloom, Leiya Han et Xiang Li, « How Health Workers Earn a Living in China », *Human Resources for Health Development Journal*, vol. 5, n° 1-3, 2001, p. 25-38.
- William C. Hsiao et Linying Hu, « The State of Medical Professionalism in China: Past, Present and Future », *op. cit.*
- David Blumenthal et William Hsiao, « Lessons from the East: China's Rapidly Evolving Health Care System », *op. cit.*; William C. Hsiao, « When Incentives and Professionalism Collide: The Chinese Experience Holds a Grave Lesson: Incentives Have a Powerful Effect on Physicians' Behavior », *Health Affairs*, vol. 27, n° 4, 2008, p. 949-951.
- Andrew G. Walder, *Communist Neo-Traditionalism: Work and Authority in Chinese Industry*, Berkeley, University of California Press, 1986, p. 182-184; Martin K. Whyte et William L. Parish, *Urban Life in Contemporary China*, Chicago et Londres, The University of Chicago Press, 1984, p. 68.
- Chien Chiao, « *Guanxi Chuyi* » (À propos des *guanxi*), in Yang Kuo-shu (éd.), *Zhongguoren de Xinli* (Le psychisme des Chinois), Taipei, Guiguan, 1988, p. 113; Mayfair Mei-hui Yang, *Gifts, Favors, and Banquets: The Art of Social Relationships in China*, Ithaca et Londres, Cornell University Press, 1994, p. 95.
- Cheri Shun-ching Chan, « Strong-Tie Chains and Generalized Exchange: The Mobilization of Social Networks for Hospital Care in China », communication présentée au Congrès annuel de l'Association sociologique américaine, New York, 2013; Cheri Shun-ching Chan et Yao Zelin, « A Market of Distrust and Obligation: The Micropolitics of Unofficial Payments for Hospital Care in China », paper presented at Annual Meeting of American Sociological Association, Denver, Colorado, August 2012; Yao Zelin, *Practicing Clinical Medicine in a Post-socialist State: An Empirical Study on Professional Autonomy of Chinese Urban Doctor*, unpublished doctoral dissertation, the University of Hong Kong, 2012.
- Cheng Yu et Zhou Xiang, « *Guanxi jiyu: zhenliao de bentuhua shijian* » (Hospitalisation par *guanxi* : une pratique médicale localisée), *Sixiangzhanxian* (Pensée), vol. 41, n° 2, 2015, p. 37-42; Cui Xiangfen et Yao Zhaoyu, « Nongmin jiyu guocheng zhong *guanxi* ziben yunzuo de xingdong luoji » (La logique du capital *guanxi* dans le processus de recherche de soins chez les paysans), *Zhongguo Nongye Daxue Xuebao* (Journal des sciences sociales de l'Université des sciences agricoles), vol. 27, n° 4, 2010, p. 49-55.
- Cheri Shun-ching Chan, « Invigorating the Content in Social Embeddedness: An Ethnography of Life Insurance Transactions in China », *op. cit.*, p. 721-724.
- David Wank, « The Institutional Process of Market Clientalism: *Guanxi* and Private Business in a South China City », *The China Quarterly*, n° 147, p. 820-838.

Figure 1 – Différentes catégories de *guanxi* en Chine et leurs propriétés relationnelles



Source : Cheri Shun-ching Chan, « Invigorating the Content in Social Embeddedness: An Ethnography of Life Insurance Transactions in China », *American Journal of Sociology*, vol. 115, n° 3, 2009, p. 712–754, avec quelques modifications mineures.

élevé de confiance, d'affection et d'obligation asymétrique mais par un degré faible d'obligation symétrique et de calcul. À l'inverse, les liens faibles ou non existants sont basés essentiellement sur l'obligation symétrique et le calcul, mais se caractérisent par un degré très faible de confiance, d'affection et d'obligation asymétrique.

En appliquant ce modèle à la relation médecin-patient, nous identifions trois catégories principales. Les cercles 5-6 dénotent des *guanxi* non existants ou des liens très faibles entre les patients et les médecins. Dans ce cas de figure, le comportement des médecins tend à se caractériser par une approche plus professionnelle. Si défis il y a, ceux-ci ne sont pas dus aux *guanxi* mais au conflit d'intérêt institutionnel que nous avons décrit plus haut. Les cercles 3-4 représentent des liens sociaux moyennement étroits entre les patients et les médecins. Dans la mesure où cette catégorie de *guanxi* contient à proportion égale les cinq propriétés relationnelles identifiées plus haut, les médecins se trouvent tirés par toutes ces forces à la fois et se heurtent au dilemme qui consiste à obéir en même temps à une logique professionnelle et à une logique de *guanxi*. Enfin, les cercles 1-2 représentent les relations fortes et préexistantes entre les patients et les médecins. Le degré extrêmement élevé d'affection et d'obligation asymétrique qui caractérise ces relations présente un autre type de dilemme pour les médecins.

En effet, délivrer un diagnostic objectif et rationnel et proposer un traitement médical sans attachement émotionnel devient très difficile. Nous illustrerons les différents types de dilemmes qui se posent en fonction de l'intensité des liens dans les trois prochaines sections.

Les données présentées dans cet article ont été collectées par Cheri Chan dans un hôpital de niveau 3 de la ville de Haikou, dans la province de Hainan, en 2012. Cet hôpital est typique des établissements de soins que l'on trouve dans les grandes villes chinoises. En utilisant une méthode ethnographique, nous avons collecté ces données par observation participative et en réalisant des entretiens directs. L'observation eut principalement lieu dans un département de médecine générale interne sur une période de deux mois. Nous avons accordé une attention particulière à la vie et au travail quotidiens du personnel médical et au traitement des patients avec ou sans *guanxi*.

Nous avons mené des entretiens semi-structurés avec divers professionnels de la santé, à savoir sept internes, deux chirurgiens, un pédiatre, un psychiatre, deux infirmières et un administrateur responsable du bureau chargé des litiges médicaux. Le ratio hommes-femmes était égal (sept hommes et sept femmes). Étant donné le caractère sensible de notre sujet d'étude, nous n'avons pas enregistré les entretiens. Les limites de notre méthode sont évi-

dentes étant donné le caractère exploratoire de notre étude. Par exemple, le nombre de personnes interviewées est faible, c'est pourquoi nous avons complété les données par les interventions de divers professionnels de la santé sur un forum en ligne populaire nommé « Jardin de girofliers » (*Dingxiangyuan* 丁香园). Nous estimons en effet que le respect de l'anonymat sur ce forum encourage les professionnels de la santé à exprimer et à partager leur opinion en toute franchise. Nous avons collecté 43 messages relatifs aux patients dotés de *guanxi* sur ce forum. Nous utiliserons des pseudonymes tout au long de cet article pour protéger l'identité de nos informateurs.

Les patients sans *guanxi* : le maintien d'une relation professionnelle et distante

Les relations entre les médecins et les patients sans *guanxi* ou bénéficiant d'un niveau très faible de *guanxi* (cercles 5-6) entrent dans la catégorie des relations d'affaires. La Figure 1 montre que ces relations obéissent aux principes d'obligation symétrique et de calcul. Le degré de confiance et d'affection entre les médecins et leurs patients est faible. L'obligation des médecins envers les patients est d'offrir un service médical professionnel tout en respectant le code déontologique. N'ayant pas ou que très peu de *guanxi*, les patients n'ont aucune raison de formuler des exigences particulières envers les médecins. S'ils le font, ces derniers peuvent tout simplement les ignorer en toute impunité. Dans la mesure où ce sont les médecins qui détiennent les connaissances et les informations scientifiques, ils tendent à affirmer leur identité d'expert, et les patients se trouvent dans une position plutôt passive⁽²⁴⁾.

Une interaction typique entre un médecin et un patient dans le service de malades hospitalisés en médecine interne où nous avons mené notre observation se déroule ainsi : en premier lieu, le patient ou un membre de sa famille, se voit demander de payer un acompte dès qu'il est admis à l'hôpital. Ensuite, le médecin traitant passe en revue l'histoire médicale du patient et demande un examen médical (prise de tension, électrocardiogramme, prise de sang, etc.). Lorsqu'il reçoit les résultats, le médecin formule un diagnostic et consulte parfois des collègues s'il a un doute. Le médecin propose ensuite un traitement. Le fait que le patient ne possède pas de connaissance scientifique donne au médecin une position de supériorité dans cette relation de pouvoir. Dans la mesure où la capacité de contrôler est perçue comme le principe fondamental du professionnalisme⁽²⁵⁾, les médecins ne sont pas enclins à répondre à trop de questions de la part des malades. Nous avons constaté que le temps que passent les médecins auprès de chaque patient est très court. Par exemple, lorsque nous avons suivi le Dr Zhao pendant une semaine, nous avons noté qu'il passe entre 30 et 60 minutes le matin à faire la tournée du service et voit entre cinq et dix patients, parfois davantage. Il consacre en moyenne cinq ou six minutes à chaque malade. Sa communication avec les patients est limitée, et il passe plus de temps à discuter des cas avec son supérieur qu'avec les patients et leurs familles, ces derniers observant la scène d'un regard absent. Nous avons remarqué que les médecins ne partageaient que des informations générales sur la condition du patient – « sa condition est stationnaire », « elle se remet bien », « tout va bien aller » – sans donner de détails sur leur diagnostic. Ils font parfois des suggestions pratiques, comme « il devrait faire plus de marche » ou « apportez-lui de la nourriture légère »⁽²⁶⁾.

Cheri Chan a noté que lorsque les patients ne connaissent pas personnellement de médecin, ils tentent par tous les moyens d'entrer en contact

avec un médecin à travers les *guanxi*, souvent en passant par de nombreux intermédiaires⁽²⁷⁾. Nous avons trouvé que les patients les plus irritants pour les médecins sont ceux avec qui ils ont les liens les plus faibles ou ceux qu'ils connaissent personnellement mais n'ont pas vus depuis de nombreuses années. Par exemple, peu après que le Dr Shen ait intégré l'hôpital, il reçut un appel d'un ancien camarade de classe qu'il n'avait pas vu depuis leur dernière année de lycée⁽²⁸⁾. Il était très agacé par cet appel à l'aide. Lors de notre entretien, le Dr Zhou nous a dit en plaisantant qu'elle avait une fois reçu un appel de quelqu'un qui prétendait avoir été avec elle en maternelle⁽²⁹⁾. Les médecins en général sont irrités par les demandes de favoritisme de la part de personnes avec lesquelles ils n'ont pratiquement aucun lien parce que leur venir en aide peut leur coûter cher, mais refuser de les aider peut nuire à leur réputation. Plutôt que de refuser d'intervenir d'emblée, les médecins ont souvent recours à des excuses. Par exemple, il leur arrive d'accepter de leur venir en aide puis de leur dire plus tard que « tous les lits sont pris » ou que « [leur] supérieur ne le [leur] permet pas... ».

Dans leurs interactions avec les patients des cercles 5-6, les médecins ne prennent pratiquement jamais de décisions pour les patients. Ces derniers ou leur famille signent toujours un formulaire de consentement à chaque phase du traitement. Une fois, nous avons vu une infirmière dire à un médecin qu'un malade était peu disposé à se faire faire une piqûre et le médecin a répondu : « si elle a déjà signé le formulaire, cela ne regarde qu'elle ». Le Dr Zhao nous a déclaré : « il faut laisser faire les choses si elles ne nous affectent pas (*shibuguanji, gaogaoguaqi* 事不关己, 高高挂起). Nous ne pouvons qu'expliquer aux patients les avantages et les inconvénients de différents traitements. Nous ne devrions jamais prendre de décisions pour eux »⁽³⁰⁾. Cela ne veut pas dire que les médecins n'ont que faire des patients sans *guanxi*, bien au contraire, mais leurs préoccupations se limitent à leur état de santé. Typiquement, ils ne sont pas très intéressés par la vie personnelle ou les états d'âme des patients. Quand ces derniers affichent une détresse émotionnelle, les médecins comptent sur les proches des malades pour les réconforter⁽³¹⁾.

Plusieurs études ont montré que les relations entre médecins et patients se sont détériorées depuis les années 1990 et tout particulièrement depuis les années 2000⁽³²⁾. La privatisation des hôpitaux publics et la structure de revenus des médecins (le fait qu'ils comptent sur les commissions pour gagner leur vie) sont la première cause de ce problème mais cette question

24. Dana Yagli et Hana Medler-Liraz, « Clinical Expert or Service Provider? Physicians' Identity Work in the Context of Counterprofessional Patient Requests », *Qualitative Health Research*, vol. 25, n° 9, 2015, p. 1199-1211.
25. Eliot Freidson, *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy, and Policy*, Londres, Polity Press, 1994, p. 173.
26. Observation participative dans un service, Haikou, janvier 2012.
27. Cheri Shun-ching Chan, « Strong-Tie Chains and Generalized Exchange: The Mobilization of Social Networks for Hospital Care in China », *op. cit.*
28. Message 24857802, « Zai yiyuan gongzuo, pingshi huiyou qinqipengyou zhaoni kanbing, ni shi ruhe zuode ne » (Que feriez-vous si un membre de votre famille ou un ami se tournait vers vous pour se faire soigner lorsque vous travaillez dans un hôpital ?) *Dingxiangyuan*, 2013.
29. Entretien avec le Dr. Zhou, Haikou, février 2012.
30. Observation participative dans le bureau des médecins, Haikou, janvier 2012.
31. Observation participative dans le bureau des médecins, Haikou, janvier 2012.
32. Edwin C. Hui, « The Contemporary Healthcare Crisis in China and the Role of Medical Professionalism », *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 35, 2010, p. 480-483 ; Qingqing Zhang et Margaret Sleeboom-Faulkner, « Tensions between Medical Professionals and Patients in China », *Cambridge Quarterly of Health Ethics*, vol. 20, n° 3, 2011, p. 458-465 ; Benjamin L. Liebman, « Malpractice Mobs: Medical Dispute Resolution in China », *Columbia Law Review*, vol. 113, 2013, p. 187-193 ; Xiaoshuo Hou et Ling Xiao, « An Analysis of the Changing Doctor-Patient Relationship in China », *Journal International de bioéthique*, vol. 23, n° 2, 2012, p. 86-89 ; Joseph D. Tucker et al., « Patient-physician Mistrust and Violence against Physicians in Guangdong Province, China: A Qualitative Study », *British Medical Journal Open*, vol. 5, n° 10, 2015, p. 1-10.

dépasse l'objectif de cet article⁽³³⁾. Toutefois, les tensions entre médecins et patients, ainsi que le nombre croissant de litiges et d'actes de violence contre les médecins qui en résultent, ont contraint les professionnels de la santé à adopter une approche défensive⁽³⁴⁾. Les calculs que font les médecins concernant les risques liés au partage d'informations avec les patients contribuent à miner la confiance que les patients leur accordent, ce qui crée un cercle vicieux de méfiance mutuelle entre médecins et malades.

En résumé, les médecins gardent une distance professionnelle avec les patients qui n'ont pas ou peu de *guanxi*. Bien que certains patients qui consultent régulièrement les mêmes médecins parviennent à nouer une relation de confiance avec eux, les médecins continuent à maintenir une relation professionnelle plutôt que de les traiter comme des « amis ». Les patients chinois sont bien conscients de l'attitude défensive des médecins, et beaucoup d'entre eux tentent de recourir à des *guanxi* pour entrer en contact avec certains médecins dans l'espoir d'être mieux traités.

Les patients bénéficiant de *guanxi* modérés : le risque d'enfreindre le code professionnel et l'étiquette *renqing*

Les patients qui ont des *guanxi* acquis directs ou indirects avec des professionnels de la santé peuvent être considérés comme ayant des liens modérés avec eux. Il s'agit généralement de membres de leur famille, d'amis, de collègues, d'anciens camarades de classe, de voisins et de personnes originaires de la même ville ou du même village. Les patients qui ne connaissent pas eux-mêmes de médecins mais sont recommandés par des amis ou des proches qui ont des liens relativement étroits avec des professionnels de la santé tombent eux aussi dans cette catégorie. La Figure 1 indique qu'une caractéristique clé des *guanxi* dans cette catégorie intermédiaire (cercles 3 et 4) est la composition relativement équilibrée des propriétés relationnelles d'obligation asymétrique/symétrique, de confiance, d'affection et de calcul. Si cet équilibre est favorable quand il s'agit de transactions économiques⁽³⁵⁾, elle crée des dilemmes pour les professionnels de la médecine.

Les patients de cette catégorie formulent souvent des exigences spécifiques. Ils demandent fréquemment de sauter les listes d'attente pour s'inscrire, obtenir une consultation ou se faire opérer, ou d'être dispensés de certaines procédures administratives (voire médicales) afin d'accélérer le traitement ou d'économiser de l'argent. Si les professionnels de la santé répondent favorablement à leurs demandes, ils doivent souvent enfreindre les règles, faire preuve d'injustice envers les autres patients, travailler plus longtemps ou même courir le risque d'être poursuivis en justice si le traitement ne donne pas les résultats espérés. En revanche, s'ils refusent tout favoritisme aux patients dotés de *guanxi*, on peut leur reprocher de « manquer de cœur et de loyauté », ce qui risque de ternir leur réputation dans leurs cercles sociaux. Le Dr Yang, un médecin-chef que nous avons interviewé, nous a dit qu'elle était parfois trop occupée pour accompagner des gens de sa ville natale à des consultations auprès d'autres médecins qu'elle leur recommandait. Cette attitude lui a valu une réputation de « femme arrogante » dans sa ville d'origine⁽³⁶⁾.

Que ce soit dans les entretiens qu'ils nous ont accordés ou dans les messages qu'ils ont postés sur le forum en ligne, les jeunes médecins, les étudiants en médecine et les infirmières se sont plaints du fait qu'ils doivent consacrer beaucoup de temps et d'effort à s'occuper des patients bénéficiant de *guanxi*. Par exemple, M^{lle} Sun, une infirmière, devait passer beau-

coup de temps chaque jour à répondre aux appels de proches, amis, anciens camarades de classes et autres personnes recommandées par ces derniers. Elle consacrait aussi beaucoup de temps à recommander certains patients dotés de *guanxi* à des médecins et à les emmener en salle de consultation. Elle nous a avoué que ce travail supplémentaire avait un impact négatif sur son travail⁽³⁷⁾. Les jeunes docteurs et les étudiants en médecine sont confrontés au même problème. Même si leur réseau professionnel est moins étendu, cela n'empêche pas les membres de leur famille et leurs amis de se tourner vers eux pour obtenir de l'aide. Trouver un bon médecin pour un patient doté de *guanxi* peut s'avérer être une tâche épuisante, comme nous a expliqué un étudiant en médecine : « Je dois d'abord obtenir des informations sur la spécialité et la réputation de chaque médecin dans mon service. Ensuite, il m'arrive parfois de devoir demander de l'aide auprès d'amis qui travaillent dans d'autres services que le mien »⁽³⁸⁾.

Le plus grand dilemme auquel sont confrontés les médecins est le fait que certains patients bénéficiant de *guanxi* exigent d'être exemptés de certaines procédures administratives ou médicales, ou insistent pour que les médecins réalisent des procédures médicales risquées. Le fait de s'affranchir de ces procédures peut certainement augmenter les risques d'erreurs médicales. Les incidents où les médecins se mettent en difficulté en essayant d'aider un patient doté de *guanxi* font l'objet de nombreuses contributions sur le forum en ligne. Par exemple, un dentiste a raconté un incident au cours duquel un chirurgien-dentiste dans son service avait pratiqué une extraction de dent sur le père d'une infirmière. Afin d'économiser de l'argent à l'infirmière en question, il n'avait pas demandé au patient de respecter la procédure d'inscription et n'avait pas non plus vérifié les antécédents médicaux du patient. Il avait simplement demandé au vieil homme s'il était allergique à l'anesthésie. L'homme avait répondu non, mais il décéda immédiatement des suites de l'injection d'anesthésiques. Le dentiste n'eut aucun moyen de se défendre et fut suspendu⁽³⁹⁾.

Bien qu'il existe un certain degré de confiance et d'affection entre ceux qui sont liés par des liens modérés, la confiance et l'affection ne sont pas inconditionnels. Par ailleurs, il existe un certain degré de calcul parmi les membres de ce groupe. Ces propriétés relationnelles façonnent clairement la manière dont les professionnels de la santé traitent les patients dotés de *guanxi* avec qui ils ont des liens modérés. Afin de se protéger contre toute responsabilité juridique, ils ne prennent jamais de décision critique à la place des patients. Par exemple, même si le Dr Zhao était très proche de sa tante, il ne prit aucune décision concernant son traitement. Il préféra expliquer à son cousin (le fils de la patiente) les risques et les pronostics liés au traitement et prit le temps de répondre avec patience et empathie à ses ques-

33. Cheris Shun-ching Chan, « Sources of Trust and Mistrust of Physicians in China », communication présentée à la conférence « Rebuilding Patient-Physician Trust in China », un sommet multidisciplinaire organisé par le Harvard Asia Center, Shanghai, octobre 2015.

34. Alex Jingwei He, « The Doctor-patient Relationship, Defensive Medicine and Overprescription in Chinese Public Hospitals: Evidence from a Cross-sectional Survey in Shenzhen City », *op. cit.*, p. 64-71 ; Yao Zelin, *Practicing Clinical Medicine in a Post-socialist State: An Empirical Study on Professional Autonomy of Chinese Urban Doctor*, *op. cit.*, p. 215-229.

35. See Brian Uzzi, « Embeddedness in the Making of Financial Capital: How Social Relations and Networks Benefit Firms Seeking Financing », *American Sociological Review*, vol. 64, 1999, p. 500 ; Cheris Shun-ching Chan, « Invigorating the Content in Social Embeddedness: An Ethnography of Life Insurance Transactions in China », *op. cit.*, p. 719.

36. Entretien avec le Dr. Yang, Haikou, février 2012.

37. Entretien avec Mlle Sun, infirmière, Haikou, février 2012.

38. Message 16963908, « Dairen kanbing de wenti » (Le problème d'accompagner des patients dotés de *guanxi* voir un médecin), *Dingxiangyuan*, 2010.

39. Message 7361479, « Yisheng, nixin jiushi de ying » (Pour être médecin, il faut avoir un cœur de pierre), *Dingxiangyuan*, 2006.

tions⁽⁴⁰⁾. Mlle Chu, l'infirmière-en-chef dans le service de médecine interne de l'hôpital nous expliqua également pourquoi elle évitait de prendre des décisions à la place des patients dotés de *guanxi*. Elle évoqua un incident au cours duquel un parent relativement proche était très pressé de subir une opération. Elle l'aïda à contacter un chirurgien et une date fut décidée pour l'intervention. Toutefois, le patient voulait absolument se faire opérer immédiatement et décida d'aller voir un autre chirurgien. Malheureusement, l'opération se passa plutôt mal. « D'une certaine manière je culpabilise de ne pas l'avoir persuadé de s'en tenir au premier rendez-vous. Mais sur le moment je n'ai pas osé, de peur que le blâme retombe sur moi si l'opération se passait mal », dit Mlle Chu en soupirant⁽⁴¹⁾.

En d'autres termes, dans le cercle des *guanxi* modérés, la confiance et l'affection ne sont pas assez fortes pour primer sur les inquiétudes relatives au risque et au calcul d'intérêt. Les médecins font une différence entre les demandes à haut risque et celles à bas risque, et agissent en fonction. En général, ils sont plutôt disposés à rendre de petits services aux *guanxi* modérés, comme avancer un rendez-vous ou les traiter avec davantage d'égards. En revanche, ils se sentent mal à l'aise et plus exposés quand il s'agit de prendre des décisions critiques pour ce type de patients, surtout quand il s'agit d'urgences ou de conditions graves. Le dilemme du choix entre la déontologie et les obligations interpersonnelles (*renqing* 人情) place les professionnels de la santé dans une situation vulnérable.

Pour faire face à ce dilemme, surtout dans le cas de demande de services « à risque », le personnel médical doit souvent recourir à des stratégies dramaturgiques pour maintenir un équilibre entre leur propre protection et le *renqing*. Nous avons constaté que trois stratégies sont fréquemment utilisées par le personnel médical quand ils ont affaire à des patients avec lesquels ils n'ont que des liens modérés : partager l'information, travailler sur les émotions et ménager la face des patients. Les médecins et infirmières consacrent généralement plus de temps à parler aux patients dotés de *guanxi* pour les renseigner sur le diagnostic et sur les procédures médicales. Le fait d'offrir aux patients et à leur famille des informations suffisantes peut les aider à prendre les bonnes décisions et à éviter toute inquiétude inutile. Les médecins sont supposés agir ainsi pour tous les patients, y compris ceux qui n'ont pas de *guanxi*, mais leur charge de travail les en empêche souvent. Ils doivent donc être sélectifs, alors ils choisissent de partager plus d'information avec les patients bénéficiant de *guanxi* pour montrer qu'ils se soucient d'eux.

Le travail émotionnel⁽⁴²⁾ et le ménagement de la face sont aussi des stratégies utilisées pour répondre aux demandes de favoritisme de la part des patients. Puisqu'il est trop risqué de leur offrir un traitement médical spécial, ils doivent s'appuyer sur des formes non techniques de favoritisme comme le soin et l'attention. Pour ce qui est du travail émotionnel, les médecins et les infirmières adoptent souvent une attitude positive quand ils ont affaire à des patients dotés de *guanxi*. Même quand ils sont agacés par certaines demandes peu raisonnables, ils ne montrent jamais leur mécontentement et font de leur mieux pour garder leur composition devant les patients. En plus de traiter les pathologies des malades, les médecins et infirmières s'intéressent également aux sentiments et aux problèmes personnels des patients. Ils sont davantage disposés à les écouter et à les reconforter. Par exemple, le Dr Zhao a passé plus de temps avec sa tante et s'est entretenu avec la famille de l'état de santé de la vieille dame et d'autres sujets. Il a également pratiqué des procédures médicales qui sont généralement réalisées par les infirmières⁽⁴³⁾. Les soins émotionnels constituent un tampon pour l'activité professionnelle. Ils permettent aux professionnels de la santé

de suivre de près le code de déontologie médicale tout en se conformant autant que possible à leurs obligations liées au *renqing*⁽⁴⁴⁾.

Satisfaire l'orgueil des patients est une autre stratégie couramment employée par les professionnels de la santé. Pour Goffman, « donner de la face » signifie offrir à quelqu'un un arrangement meilleur que ce qu'il ou elle aurait pu obtenir par d'autres moyens⁽⁴⁵⁾. La forme la plus courante de « ménagement de la face » est l'accompagnement des patients dotés de *guanxi* à des rendez-vous avec des médecins que les professionnels de la santé connaissent, ou à des examens médicaux. C'est pour eux une manière de témoigner de leur volonté de consacrer du temps à un patient doté de *guanxi*. Symboliquement, ce geste représente l'importance d'un *guanxi* particulier pour le médecin ou l'infirmière en question. Le fait d'être accompagné à un rendez-vous médical par un membre de la profession rassure les patients quant à la qualité des soins qu'ils vont recevoir. « Enfilez votre blouse blanche et allez [au rendez-vous] avec les patients dotés de *guanxi* » est l'un des conseils donnés aux étudiants en médecine par les médecins sur le forum en ligne⁽⁴⁶⁾. Lorsque les médecins sont vraiment trop occupés pour accompagner un patient, il leur arrive parfois de passer un coup de fil au docteur ou au technicien pour les prévenir de leur venue et leur signifier « il s'agit d'un de mes amis ; prenez-bien soin de lui ». Dans les cas de maladies graves, les attentes des patients dotés de *guanxi* concernant les procédures médicales sont très élevées. Les professionnels de la santé peuvent les aider à faire intervenir un médecin connu et expérimenté dans la formulation du diagnostic⁽⁴⁷⁾. L'intervention de ces pontes de la médecine, dont l'image institutionnelle est très forte dans le système de santé moderne, reconforte les patients quant à la qualité des soins prodigués⁽⁴⁸⁾.

Les patients dotés de *guanxi* très forts : le risque d'interférence émotionnelle

Il est inutile de préciser qu'en Chine et dans d'autres sociétés asiatiques les liens avec les membres rapprochés de la famille sont très forts. Lorsque le patient est un membre de leur famille, les professionnels de la santé sont confrontés à un autre dilemme. La Figure 1 montre que les propriétés relationnelles entre membres d'une même famille (cercles 1 et 2) sont avant tout la confiance, l'affection et l'obligation asymétrique avec un minimum de calcul. Les relations familiales sont essentiellement des liens expressifs, et les interactions sont avant tout dictées par la loi du besoin⁽⁴⁹⁾. Les messages postés par les professionnels de la santé sur le forum en ligne illustrent bien la position unique de la famille dans la hiérarchie des *guanxi*. Certains

40. Entretien avec le Dr. Zhao, Haikou, février 2012.

41. Entretien avec Mlle Chu, infirmière en chef, Haikou, février 2012.

42. Arlie Hochschild, *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, Berkeley et Los Angeles, University of California Press, 1983.

43. Observation participative dans un service, Haikou, janvier 2012.

44. Qu Yinghe, *Guanxi jiyi quxiang xia yihu hudong yanjiu* (Étude sur l'interaction entre médecins et patients de la perspective de l'orientation hospitalière relationnelle), *op. cit.*, chapitre 5.

45. Erving Goffman, *Interaction Ritual: Essays on Face-to-Face Behavior*, New York, Pantheon, 1967, p. 5-12.

46. Message 430649, « Guanyu qinqipengyou kanbing, weinan de wo » (Il est difficile pour moi de juger quand un membre de ma famille ou un ami doit consulter un médecin), *Dingxiangyuan*, 2003.

47. Yang Jingqing, « The Impact of Informal Payments on Quality and Equality in the Chinese Health Care System: A Study from the Perspective of Doctors », *Health Sociology Review*, vol. 22, n° 3, 2013, p. 275-276.

48. Jack Haas et William Shaffir, *Becoming Doctors: The Adoption of a Cloak of Competence*, Greenwich et Londres, JAI Press INC., 1987.

49. Kwang-kuo Hwang, « Face and Favor: The Chinese Power Game », *op. cit.*, p. 949-950.

médecins expérimentés ont donné des conseils à leurs jeunes collègues sur la manière d'appréhender les patients jouissant de *guanxi* des différentes catégories en ces termes : « il n'y pas de véritables patients bénéficiant de *guanxi*, à l'exception de vos propres parents » ; « n'importe qui pourra un jour vous mordre, sauf votre père et votre mère » ; « ne sacrifiez-jamais votre vie pour quelqu'un d'autre que vos parents »⁽⁵⁰⁾. Le message clé de ce conseil semble mettre en garde les médecins contre tous les patients dotés de *guanxi* à l'exception de leurs propres parents. Mais il montre aussi que les *guanxi* familiaux, et surtout les pères et mères, méritent un traitement spécial pour les soins hospitaliers. Le Dr Zhao nous a expliqué clairement qu'il est possible de dire « non » à un ami quand la demande est difficile à satisfaire. Mais comment peut-on dire « non » à sa propre mère⁽⁵¹⁾ ? On doit faire tout son possible pour s'occuper d'elle. Lorsqu'un membre de sa famille est hospitalisé, n'importe quel professionnel de la santé fera tout pour obtenir les meilleurs soins sans trop se préoccuper du coût social ou financier. Toutefois les médecins courent le risque de laisser leurs sentiments interférer dans le diagnostic médical.

Une des propriétés relationnelles dans les *guanxi* familiaux est le degré très élevé de confiance. Chan nomme « confiance réflexive » la confiance qui existe entre les gens liés par des relations très étroites et parle d'une « réaction à des schémas culturels de relations intimes sans réflexion »⁽⁵²⁾. Lors de notre entretien, le Dr Yang nous a expliqué la confiance qu'il éprouve envers ses parents et ses frères et sœurs :

Si mes parents venaient à être hospitalisés, je sais qu'ils n'auraient aucun doute sur mes intentions. Ils sauraient bien que tout ce que je fais serait fait dans leur intérêt. Il en va de même pour nos frères et sœurs. Mais c'est un peu différent pour les membres de la famille élargie, par exemple la femme de votre frère ou le mari de votre sœur ; vous ne pouvez pas les prendre pour acquis. Parfois vous ne savez jamais ce qu'il peut leur passer par la tête⁽⁵³⁾.

Le Dr Zhou partage cet avis. Elle nous a dit que lorsqu'un patient est un membre de sa famille, on n'a pas à prendre de précautions. Du fait du haut degré de confiance qui existe avec les membres de sa famille, ces derniers se fient à l'avis médical sans se poser de question⁽⁵⁴⁾.

En même temps, la propriété relationnelle d'obligation asymétrique entre les personnes liées par des relations fortes pousse les professionnels de la santé à servir au mieux les intérêts de leur famille. Ils accordent une beaucoup plus grande attention à ces patients et se montrent très bienveillants à leur égard. Si cela est possible, ils font en sorte que les patients jouissent des meilleures facilités et ils payent leur frais médicaux (quand il s'agit de leurs parents). Ils les accompagnent à leurs examens, non seulement pour leur apporter un soutien émotionnel mais aussi pour demander un service à leurs collègues. Toutefois, l'intensité affective inhérente aux liens familiaux pose un défi aux médecins. Le Dr Feng le décrit en ces mots : « Nous sommes soumis à deux niveaux de pression lorsque nous prodiguons des soins médicaux à des membres de notre famille. Nous devenons un peu des agents doubles. D'un côté, notre responsabilité en tant que médecin est de délivrer un service professionnel en leur expliquant les risques et les pronostics associés aux différents traitements envisageables, et de leur laisser le choix du traitement à suivre. D'un autre côté, notre responsabilité en tant que fils, frère ou sœur, est d'aider nos proches à prendre la meilleure décision et d'en assumer les conséquences si quelque chose se passe mal »⁽⁵⁵⁾. Cette position d'« agent double », pour reprendre l'expression du Dr Feng, devient

un dilemme pour les professionnels de la santé. Nous avons observé que plus le personnel médical est lié émotionnellement avec les patients, plus il lui est difficile de formuler des diagnostics valides ou de proposer des traitements efficaces. Plusieurs études sur la socialisation des étudiants en médecine ont montré que l'internalisation des règles du détachement émotionnel et l'acceptation de l'objectification des patients font partie de l'acquisition de compétences dans la pratique de la médecine⁽⁵⁶⁾.

Cet attachement affectif dans les relations familiales est en fait un véritable obstacle pour parvenir à une évaluation professionnelle et objective de l'état de santé d'un patient. Le cas du Dr Feng illustre clairement ce dilemme. Son père, qui souffrait d'une forme sévère de diabète et d'un icteré fut admis à l'hôpital où elle travaillait. Tous les médecins étaient d'accord sur le fait que l'état de son père lui permettait d'être opéré mais que, vu son âge, il était difficile de s'avancer sur les conséquences de l'opération. Le Dr Feng, un médecin-chef pourtant très expérimenté, ne sut quelle décision prendre. Elle éclata en larmes devant ses collègues⁽⁵⁷⁾. D'autres anecdotes rapportées en ligne exprimaient le même dilemme : l'attachement émotionnel envers des membres de sa famille rend difficile tout diagnostic objectif et tout choix concernant le meilleur traitement adapté⁽⁵⁸⁾.

En Occident, il peut arriver que des médecins trouvent cette situation tout aussi difficile puisqu'ils font face à des dilemmes similaires quand il leur arrive de soigner des membres proches de leur famille⁽⁵⁹⁾. Comme Chan avance que « la *direction* de l'intensité des propriétés relationnelles en fonction de l'intensité de leur relation est universelle (italique dans l'original) », les médecins dans les sociétés occidentales et chinoises sont confrontés au même dilemme d'interférence émotionnelle puisque leurs relations avec leurs proches sont définies par un degré élevé de confiance, d'affection et d'obligation asymétrique⁽⁶⁰⁾. Pourtant, comme le remarque Chan, le *niveau* d'intensité des propriétés relationnelles peut varier en fonction des différents environnements culturels (italique dans l'original)⁽⁶¹⁾. Ce qui distingue les cas chinois des cas occidentaux est le fait que certaines propriétés relationnelles (comme la confiance, l'affection et l'obligation asymétrique) sont plus intenses dans les sociétés chinoises, ce qui oblige les personnes liées par des relations fortes à offrir leur aide de manière inconditionnelle et suscite l'interférence émotionnelle.

50. Message 7361479, « Yisheng, nixin jushi de ying » (Pour être médecin, il faut avoir un cœur de pierre), *Dingxiangyuan*, 2006.

51. Entretien avec le Dr. Yang, Haikou, février 2012.

52. Cheris Shun-ching Chan, « Invigorating the Content in Social Embeddedness: An Ethnography of Life Insurance Transactions in China », *op. cit.*, p. 726.

53. Entretien avec le Dr. Yang, Haikou, février 2012.

54. Entretien avec le Dr. Zhou, Haikou, février 2012.

55. Entretien avec le Dr. Feng, Haikou, février 2012.

56. Jack Haas et William Shaffir, *Becoming Doctors: The Adoption of a Cloak of Competence*, *op. cit.* ; Frederic W. Hafferty, *Into the Valley: Death and the Socialization of Medical Students*, New Haven et Londres, Yale University Press, 1991.

57. Observation participative dans le bureau des médecins, Haikou, janvier 2012.

58. Commentaire en ligne 27407901, « Qinren guzhe le, zuowei yisheng de ziji que youyu le » (Quand un membre de ma famille s'est fait une fracture, je me suis demandé que faire en tant que médecin), *Dingxiangyuan*, 2014.

59. Talcott Parsons, *The Social System*, *op. cit.*, p. 428-479 ; Frederick M. Chen *et al.*, « Role Conflicts of Physicians and Their Family Members: Rules but no Rulebook », *Western Journal of Medicine*, vol. 175, 2001, pp. 236-239 ; John La Puma *et al.*, « When Physicians Treat Members of Their Own Families: Practices in a Community Hospital », *The New England Journal of Medicine*, vol. 325, 1991, p. 1290-1294 ; John La Puma et E. Rush Priest, « Is There a Doctor in the House? An Analysis of the Practice of Physicians' Treating Their Own Families », *JAMA*, vol. 267, n° 13, 1992, p. 1810-1812.

60. Cheris Shun-ching Chan, « Invigorating the Content in Social Embeddedness: An Ethnography of Life Insurance Transactions in China », *op. cit.*, p. 721.

61. *Ibid.*

John La Puma *et al.* ont mené une enquête auprès de 465 médecins aux États-Unis et ont observé que seuls 57 % d'entre eux affirmaient qu'ils offraient « presque toujours » leur aide à des membres de leur famille. Ils ont aussi constaté qu'environ la moitié avaient refusé de satisfaire à une demande d'un membre de leur famille pour diverses raisons⁽⁶²⁾. Même pour leurs parents, les médecins occidentaux n'interviendront qu'en cas de dysfonctionnement sérieux dans le système de santé⁽⁶³⁾. Pour les médecins chinois, en revanche, le fait de garder une certaine distance par rapport à la santé de ses parents peut être moralement inacceptable parce que, dans la culture chinoise, venir en aide à ses parents est symboliquement lié à la pratique du *xiao* (孝, piété filiale)⁽⁶⁴⁾. Il est donc plus difficile pour un médecin chinois de refuser de venir en aide à ses parents s'ils le demandent.

En outre, les sociétés occidentales obéissent à une réglementation plus stricte qui limite la possibilité qu'ont les médecins d'offrir un traitement préférentiel à des membres de leur famille. Par exemple, l'éthique du code l'Association médicale américaine indique que les médecins peuvent soigner les membres de leur famille que dans les cas de « maladies essentiellement sans gravité »⁽⁶⁵⁾. En Chine, en revanche, les médecins n'ont pas de recours institutionnel qui leur permette de refuser de traiter des proches quand ceux-ci sont gravement malades. Dans les hôpitaux chinois, lorsque le membre d'une famille est médecin, il sera très souvent la première personne chargée de prendre les décisions critiques pour le patient.

Le problème est que plus on connaît les risques et les effets secondaires d'un traitement, moins on est à même d'infliger ce traitement à un membre de sa famille, même si c'est le seul moyen de le maintenir en vie. Les connaissances médicales d'un médecin, combinées à l'attachement affectif qu'il a pour le patient, peuvent ainsi être un obstacle à toute prise de décision rationnelle pour ce dernier. Nous avons observé que, pour résoudre ce dilemme, les médecins recourent aux stratégies suivantes : contrôle de l'information, répression du *ganqing* (感情, sentiments ou affection), et recours à des tiers pour prodiguer les soins. Alors que les médecins partagent plus d'informations avec des parents disposant de *guanxi* modérés, ils agissent de manière opposée quand ils doivent traiter des membres de leur famille. Quand les nouvelles sont mauvaises, ils préfèrent ne pas en informer le patient ou ses proches. Ils essaient de protéger la famille contre toute forme d'inquiétude ou d'anxiété. Du fait de la confiance qu'il éprouve envers le médecin, un membre de la famille de ce dernier ne posera généralement pas trop de questions. Mais cela signifie aussi que le médecin doit supporter l'entièreté du fardeau. Une autre stratégie employée par les médecins est la répression des *ganqing*, par exemple en évitant d'être le médecin responsable quand il s'agit de traiter un membre de sa famille. Ils peuvent aussi s'abstenir d'accompagner trop souvent leurs parents malades à leurs rendez-vous. Par exemple, le Dr Feng a demandé à un collègue d'être le médecin chargé de traiter son père et de s'occuper de lui au quotidien afin qu'elle puisse garder une certaine distance. Le Dr Feng admit : « Si je devais proposer un traitement pour mon père, mon jugement serait influencé par mon attachement sentimental envers lui »⁽⁶⁶⁾.

Enfin, même si les médecins essaient d'éviter de voir les patients trop souvent afin de maintenir une certaine distance, ils passent en fait beaucoup de temps à consulter l'avis de collègues et d'autres experts afin d'offrir le meilleur service possible aux patients. Les soins qu'ils offrent aux patients sont souvent altruistes et non-intéressés (sans conditions). Ils ne font pas cela pour montrer symboliquement qu'ils se soucient du patient mais parce qu'ils sont persuadés que ces experts sont les mieux placés pour proposer le meilleur traitement. Par exemple, le Dr Feng a invité le directeur de l'hôpital à

rendre visite à son père, persuadée que cet expert en chirurgie du foie pourrait vraiment offrir les meilleurs soins à son père qui souffrait d'un ictère⁽⁶⁷⁾.

Conclusion

Le recours aux *guanxi* pour se faire soigner n'est pas un phénomène nouveau en Chine. Toutefois, la confiance du public envers les hôpitaux n'a cessé de se dégrader depuis les années 1990 et cette situation incite toujours plus de gens à recourir aux *guanxi* pour accéder aux soins. La prévalence du recours aux *guanxi* pour les soins hospitaliers pose plusieurs défis aux professionnels de la santé. Dans cette étude, nous avons examiné les dilemmes auxquels sont confrontés ces professionnels, surtout les médecins, quand ils sont contactés par divers types de patients dotés de *guanxi*, et leur manière de faire face à ces dilemmes. Les résultats de notre recherche et nos analyses mettent en lumière une véritable tension entre le code culturel des *guanxi* et la déontologie médicale, et les répercussions possibles des *guanxi* sur la profession.

Lorsqu'ils ont affaire à des patients sans *guanxi* ou dotés de *guanxi* très faibles, les professionnels de la médecine peuvent tout simplement adhérer au code déontologique médical. Ils n'ont pas à rendre de services particuliers aux patients. En même temps, les médecins jouissent d'une position de supériorité dans la relation médecin-patient due à l'asymétrie de l'information. Si les médecins sont confrontés à un dilemme, celui-ci émane souvent de la tension qui existe entre la recherche du profit imposé par les gestionnaires de l'hôpital et les intérêts des patients. Toutefois, lorsque les médecins sont contactés par des patients dotés de *guanxi*, ils doivent faire face à un défi supplémentaire qui est le conflit potentiel entre leur professionnalisme et leurs relations personnelles. Face aux patients dotés de *guanxi* modérés, les professionnels de la santé peuvent se sentir tirés par les exigences conflictuelles de la déontologie médicale d'un côté et du code des *guanxi* de l'autre. Ils courent ainsi le risque d'enfreindre la réglementation procédurale et de violer l'étiquette culturelle du *renqing*. Les professionnels de la santé les plus expérimentés appréhendent les patients bénéficiant de *guanxi* en partageant plus d'informations avec eux, en leur accordant davantage d'attention et en leur donnant de la face. Toutefois, ces stratégies ne fonctionnent pas pour les patients dotés de *guanxi* très forts, et encore moins pour les membres de la famille. Quand le patient est de la famille du médecin, l'attachement émotionnel profond entre le patient et le médecin peut être un obstacle à la formulation d'un diagnostic objectif et à la recommandation d'un traitement efficace. Afin de prévenir l'interférence des sentiments dans le traitement médical et d'éviter toute anxiété chez les patients et autres membres de leur famille, les médecins contrôlent souvent les informations qu'ils partagent, évitent tout attachement émotionnel et confient le traitement du patient à des tiers.

62. John La Puma *et al.*, « When Physicians Treat Members of Their Own Families: Practices in a Community Hospital », *art. cit.*, p. 1291-1292.

63. Frederick M. Chen *et al.*, « Role Conflicts of Physicians and Their Family Members: Rules but No Rulebook », *art. cit.*, p. 238.

64. Yang Shanhua et Liang Chen, « Nongmin yanzhong jibing de fenlei jiqi yishixing zhiliao: Yi Hebei Y Xian NH Cun weili » (Sur la classification des maladies dans l'esprit des paysans et le traitement ritualiste : une étude de cas dans le village NH du district Y dans la province du Hebei) » *Shehui-kexue* (Sciences sociales), n° 3, 2009, p. 82-88.

65. AMA Council on Ethical and Judicial Affairs, *Code of Medical Ethics* (édition 2014-2015), Chicago, American Medical Association Press, 2015, p. 328-329 ; voir aussi Talcott Parsons, *The Social System*, *op. cit.*, p. 307.

66. Entretien avec le Dr. Feng, Haikou, février 2012.

67. Observation participative dans le bureau des médecins, Haikou, janvier 2012.

Tableau 1 – Dilemmes et stratégies des médecins face aux différentes catégories de patients dotés de *guanxi*

| Catégories de <i>guanxi</i> | Propriétés relationnelles dominantes | Dilemmes dans le travail | Stratégies dramaturgiques |
|-----------------------------|--|--|---|
| <i>Guanxi</i> faibles | Obligation symétrique, calcul | Adhésion au code déontologique | Maintien d'une relation distante et professionnelle |
| <i>Guanxi</i> modérés | Composition équilibrée | Vacillement entre code déontologique et étiquette <i>renqing</i> | Partage de l'information, travail sur les émotions, ménagement de la face. |
| <i>Guanxi</i> très forts | Confiance, affection, obligation asymétrique | Risque d'interférence émotionnelle | Contrôle de l'information, évitement des <i>ganqing</i> , soins prodigués par des tiers |

Qu'ils le veuillent ou non, les professionnels de la santé en Chine ne peuvent échapper à la gestion des patients disposant de *guanxi* au cours de leur vie professionnelle. Les résultats de notre enquête montrent que la tension qui existe entre le travail et les relations personnelles, telle qu'elle est perçue par les professionnels de la santé, est profondément ancrée dans l'environnement culturel et les changements institutionnels qui ont eu lieu en Chine depuis les années 1980. Le principe d'autosuffisance financière apparu avec les réformes du marché place une forte pression sur les médecins qui sont de plus en plus contraints d'accroître les revenus des hôpitaux, et cette situation a miné la confiance du public envers les professionnels de la santé. Les patients bénéficiant de *guanxi* font tout leur possible pour mobiliser leurs réseaux personnels afin de compenser ce manque de confiance envers les institutions. Si rien ne change dans le cadre institutionnel, les patients continueront à recourir aux *guanxi* plutôt que de suivre les procédures normales, enfermant ainsi les médecins dans le dilemme que nous venons de décrire.

Une mesure importante pour renverser la tendance de l'hospitalisation par le recours aux *guanxi* dépendra de la mise en œuvre de changements structurels visant à mettre moins l'accent sur les principes de recherche du profit et de rendement dans le système des soins. Le gouvernement doit agir pour renforcer la confiance des patients envers les institutions médicales plutôt que de se tourner contre certains médecins. Certaines nouvelles politiques vont en ce sens et certains observateurs avancent même que nous assistons à une « renaissance de l'intervention gouvernementale dans le domaine de la santé »⁽⁶⁸⁾. Le gouvernement s'est non seulement engagé à augmenter les financements publics dans le secteur de la santé⁽⁶⁹⁾, mais il a aussi introduit dans certains hôpitaux pilotes de nouveaux mécanismes d'incitation fondés sur les résultats⁽⁷⁰⁾. Par ailleurs, il est tout aussi important d'améliorer la formation des médecins et d'inculquer un sens du professionnalisme dans les universités de médecine. Certains universitaires avancent que, pour parvenir à cet objectif, les praticiens de première ligne doivent s'éloigner des motivations liées à la recherche du profit et respecter les normes et standards du professionnalisme⁽⁷¹⁾.

S'il est évident que l'autoréglementation fondée sur le professionnalisme est une étape nécessaire vers l'amélioration du système de santé, nous reconnaissons aussi les difficultés associées à la mise en place à court terme d'un modèle strictement professionnel sans aucune prise en compte des *guanxi* dans le contexte culturel chinois. Il est très difficile, voire impossible, pour les médecins de respecter à la lettre le code de conduite professionnelle sans déroger aux principes du *renqing*. Le fait d'imposer une réglementation déontologique ne résoudra pas le dilemme actuel du jour au lendemain. Plutôt que de nier l'existence du problème, il est important d'inclure la question des *guanxi* dans la formation des médecins. Les jeunes docteurs doivent apprendre à appréhender les différents types de patients dotés de *guanxi* sans porter atteinte aux droits et aux intérêts des patients

dépourvus de *guanxi*. Sinon, les jeunes médecins risquent de se livrer à des excès quand ils se sentent perdus. Nous finirons cet article par le récit d'une contribution au forum en ligne qui a suscité le plus de réactions. Sheng Jing, une étudiante en médecine, fit de son mieux pour s'occuper d'un patient doté de *guanxi* avec qui elle n'avait qu'une relation lointaine. Elle fit tout pour répondre aux demandes du patient, y compris s'affranchir de certaines procédures administratives et médicales pour lui économiser de l'argent. Quelques heures avant l'opération, elle laissa même le patient manger quelque chose parce qu'il avait faim. Toutefois, l'anesthésiste refusa d'intervenir à cause de l'action de Sheng qui mettait la vie du patient en danger. Sheng fut sévèrement réprimandée par les médecins, les infirmières et les administrateurs de l'hôpital. Elle fut aussi vivement critiquée par la famille du patient. « Je suppose que les médecins devraient avoir un cœur de pierre », écrivit Sheng. Cette contribution au forum suscita de nombreuses réactions, la plupart suggérant à Sheng qu'elle ne devait pas se laisser aller aux extrêmes, que ce soit en autorisant les patients à s'affranchir des procédures ou en se montrant insensible. Elle devait plutôt apprendre à gérer les différents types de patients bénéficiant de *guanxi*⁽⁷²⁾. Apprendre à adhérer au code de déontologie médicale et à remplir simultanément les obligations liées au *renqing* est une partie indispensable de la socialisation professionnelle des médecins et une étape inévitable dans l'élaboration d'une version chinoise du serment d'Hippocrate.

■ Traduit par Raphaël Jacquet.

■ Longwen Fu est doctorant en sociologie à l'Université de Hong Kong. Département de sociologie, Centennial Campus, Université de Hong Kong, Pokfulam, Hong Kong (jasonfulongwen@gmail.com).

■ Cheri Shun-ching Chan (auteure correspondante) est maître de conférences en sociologie à l'Université de Hong Kong. Département de sociologie, Centennial Campus, Université de Hong Kong, Pokfulam, Hong Kong (cherisch@hku.hk).

Article reçu le 23 février 2016. Accepté le 2 août 2016.

68. Ling Li, Qiulin Chen et Dillon Powers, « Chinese Healthcare Reform: A Shift toward Social Development », *op. cit.*, p. 633.
69. Winnie Yip et William C. Hsiao, « The Chinese Health System at a Crossroads », *op. cit.*
70. Ling Li, Qiulin Chen et Dillon Powers, « Chinese Healthcare Reform: A Shift toward Social Development », *op. cit.*, p. 637-638.
71. David Blumenthal et William Hsiao, « Lessons from the East: China's Rapidly Evolving Health Care System », *op. cit.*; Edwin C. Hui, « The Contemporary Healthcare Crisis in China and the Role of Medical Professionalism », *op. cit.*; William C. Hsiao, « When Incentives and Professionalism Collide: The Chinese Experience Holds a Grave Lesson: Incentives Have a Powerful Effect on Physicians' Behavior », *op. cit.*; Winnie Yip et William C. Hsiao, « The Chinese Health System at a Crossroads », *op. cit.*
72. Message 7361479, « Yisheng, nixin jushi de ying » (Pour être médecin, il faut avoir un cœur de pierre), *Dingxiangyuan*, 2006.