

Jean Turgeon et Marc-Adélarde Tremblay (1922 -)

Respectivement professeur titulaire, Dép. de médecine familiale
et professeur d'anthropologie, Université Laval

(1991)

“L'approche qualitative et la construction du sens en médecine familiale”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de la collection: "Les classiques des sciences sociales"

Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Jean Turgeon et Marc-Adélarde Tremblay (1922 -)

Respectivement professeur titulaire, Dép. de médecine familiale et professeur d'anthropologie, Université Laval

"L'approche qualitative et la construction du sens en médecine familiale". Un article publié dans la revue **Santé Culture Health**, vol. 8, no 1-2, 1991, pp. 183-202. Montréal : revue internationale publiée par GIRAME.

M Marc-Adélarde Tremblay, anthropologue, professeur émérite retraité de l'enseignement de l'Université Laval, nous a accordé le 4 janvier 2004 son autorisation de diffuser électroniquement toutes ses oeuvres.



Courriel : matrem@microtec.net ou matremgt@globetrotter.net

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format
LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

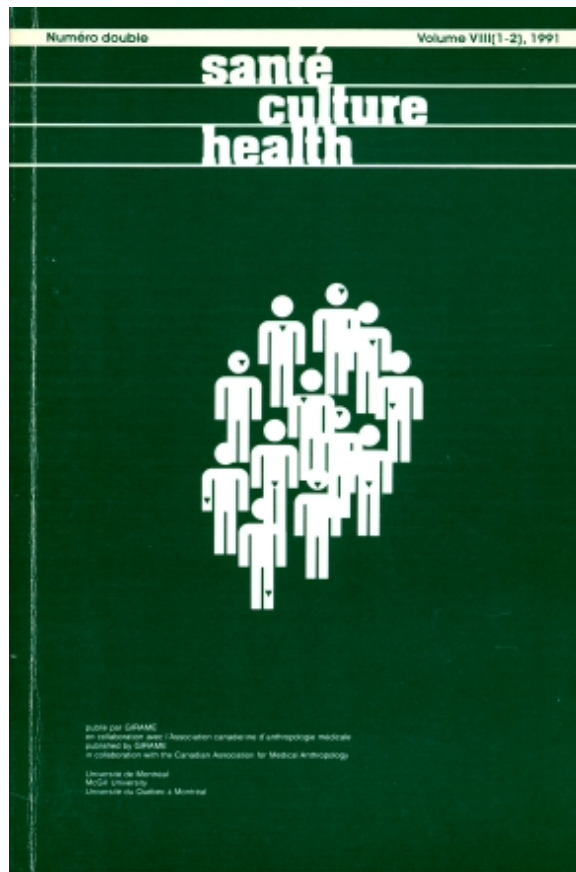
Édition numérique réalisée le 26 mai 2005 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



Jean Turgeon et Marc-Adélarde Tremblay (1922 -)

Respectivement professeur titulaire, Dép. de médecine familiale
et professeur d'anthropologie, Université Laval

“L'approche qualitative et la construction du sens en médecine familiale”



Un article publié dans la revue **Santé Culture Health**, vol. 8, no 1-2, 1991, pp. 183-202. Montréal : revue internationale publiée par GIRAME.

Table des matières

[Summary](#)

[Introduction](#)

[La médecine familiale comme discipline](#)

[Recherche en médecine familiale et approche qualitative](#)

[La relation médecin-patient et la démarche clinique du médecin de famille](#)

[L'univers socioculturel](#)

[Conclusion](#)

[Références](#)

Jean Turgeon et Marc-Adélarde Tremblay (1922 -) *

Respectivement professeur titulaire, Dép. de médecine familiale
et professeur d'anthropologie, Université Laval

*"L'approche qualitative et la construction du sens
en médecine familiale"*.

Un article publié dans la revue **Santé Culture Health**, vol. 8, no 1-2, 1991,
pp. 183-202. Montréal : revue internationale publiée par GIRAME.

Summary

Family medicine is a field of study and professional practice that uses concepts and tools originating from many scientific disciplines. Among those, cultural anthropology has a major contribution. In regard to field techniques, it offers a variety of qualitative instruments. As for the clinical relationship, the use of concepts such as culture patterns and shared experiences enrich the biopsychosocial perspective in use in family medicine. Moreover, the interaction between the two disciplines helps to construct the meaning of helpseeking patterns and patterns of morbidity in the clinical set up.

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Le développement de la médecine familiale comme discipline scientifique a suivi un itinéraire bien particulier. Comme divers auteurs l'affirment (Geyman 1978, pp. 51-52 ; McWhinney 1975), elle est apparue en réponse à des besoins sociaux tels que la nécessité d'humaniser un régime de dispensation des soins trop étroitement ar-

* Jean Turgeon est professeur titulaire au département de médecine familiale de l'Université Laval ; Marc-Adélarde Tremblay est professeur titulaire au département d'anthropologie de la même université.

rimé à des modèles organisationnels plutôt que d'être inspirée par l'accumulation d'un corpus scientifique précis ou par la mise en application d'une nouvelle technologie complexe. Son objet d'étude et de pratique peut se définir comme étant l'univers des soins de première ligne examiné à l'aide d'une perspective globale qui assure la continuité et la qualité des soins tout comme elle permet de comprendre les divers éléments et mécanismes en cause dans l'évolution des problèmes socio-sanitaires et le processus de recouvrement de la santé. Ces deux orientations, comme nous le verrons plus loin, qu'il s'agisse de la santé des populations ou de celle de chacun des individus, nécessitent, pour une meilleure compréhension, qu'on se réfère aux modèles culturels (aspect culturel) et aux habitudes de vie (aspect individuel). Dans les deux cas le concept de culture est une notion centrale.

Dans le but de mieux définir la discipline, ses principaux promoteurs, dans un premier temps, ont élaboré un nouveau modèle de soins. Par après, ils ont identifié les genres de compétence professionnelle que devraient acquérir les spécialistes de la médecine familiale pour être capables de l'incarner dans leur pratique professionnelle. La troisième étape a consisté à spécifier les objectifs de la formation dans les programmes universitaires de médecine familiale. C'est seulement dans un temps ultérieur que sont apparues les préoccupations de recherche visant soit à améliorer l'organisation et la dispensation des services ou à enrichir les démarches thérapeutiques.

L'utilisation de différentes méthodologies en vue d'appréhender le réel ont donné naissance à quatre grandes traditions de recherche qui influencent la médecine : la tradition biomédicale, celle de l'agriculture, celle de l'épidémiologie, et enfin la tradition ethnographique (Gordon 1978). Dans ses pratiques actuelles, la médecine familiale recourt davantage aux méthodes épidémiologiques. Le modèle biomédical classique, en mettant l'accent sur les variables biologiques, s'est avéré plutôt réductionniste. Pour autant, il nous apparaît peu approprié pour apporter des réponses aux questions soulevées par les praticiens dans le champ d'exercice du médecin de première ligne. Quant à la science de l'agriculture, elle a posé les fondements théoriques des statistiques modernes et de la méthode de contrôle des hypothèses. Aussi est-elle utilisée par les chercheurs en médecine afin de leur permettre

d'isoler les variables lorsque le devis d'observation est de nature quantitative.

La tradition ethnographique, quant à elle, a inspiré dans les années récentes un certain nombre de protocoles de recherche. Elle est particulièrement appropriée lorsque les facteurs sous observation sont plus difficiles à mesurer. C'est à cette tradition qu'appartient la recherche qualitative dont il sera question ici. L'approche qualitative est utilisée depuis quelques années dans les recherches en médecine familiale, mais sa progression est plutôt lente. Nous nous proposons dans cet article de mieux définir comment elle peut devenir complémentaire aux approches en usage et de suggérer quelques avenues de recherche ainsi que des thématiques appropriées.

Dans un premier temps, nous définirons les principales caractéristiques de la médecine familiale et mettrons en relief ses concepts fondamentaux. Par après, nous caractériserons l'approche qualitative et en préciserons les axes de déploiement de même que les outils principaux d'observation. Grâce à ces éclairages, il nous sera possible, par la suite, d'esquisser les applications concrètes de cette approche, plus particulièrement dans les aspects relationnels spécifiques aux médecins de famille, spécialement sous l'angle de la construction du sens dans la relation clinique par une démarche qui fait référence aux modèles culturels et à la culture vécue. Tandis que les premiers appartiennent à l'ordre normatif, la seconde découle de leur actualisation dans la quotidienneté par des habitudes de vie particulières.

La médecine familiale comme discipline

[Retour à la table des matières](#)

Si on compare la médecine familiale aux autres disciplines médicales, on constate qu'elle possède certains attributs particuliers. Vue sous un certain angle, elle est marginalisée par le fait qu'elle se situe aux confins d'un système. Il s'agit, par ailleurs, d'une discipline horizontale. Cette conception est illustrée par de nombreux tableaux situant

dans l'espace multidisciplinaire la médecine familiale (Shires and Hennen 1980 :42 ; McWhinney 1981 :17). Enfin, il s'agit d'une discipline essentiellement intégratrice puisqu'elle traverse les spécialités médicales, les spécialités chirurgicales et plusieurs disciplines sociales (psychologie, anthropologie) et humaines (l'éthique).

Dans le système de santé, le médecin de famille se situe à la frontière de la médecine populaire et des services spécialisés. Par ce statut d'interface, il se trouve en quelque sorte à l'entrée du système officiel de distribution des soins. De 10 à 30% des personnes qui se sentent malades se dirigent vers le système médical (Kleinman, Eisenberg, Good 1978). La majorité de celles-ci, même si elles éprouvent des problèmes de nature psychologique, consulte le médecin de première ligne. Par ailleurs, si on adopte une autre perspective, la médecine familiale se trouve à la marge du système officiel de santé par ses nouveaux rapports avec les médecines dites douces. En effet, quelques projets de recherche en cours, dans la région de Québec, par exemple, comportant des représentants de la médecine de première ligne et des «médecines douces», ont été amorcés (Labrecque et al. 1990). Qui plus est, plusieurs généralistes ont déjà ajouté à leur éventail thérapeutique les méthodes mises au point par certaines approches parallèles. De par ce double statut, la médecine familiale est à la fois la porte d'entrée dans le système médical officiel et une agence d'innovation transformant les pratiques professionnelles.

Dans un article où il tente de définir le statut de la médecine familiale, Stephens (1989) soutient qu'elle appartient à la « contre-culture ». Tout en remarquant que les médecins de famille ne sont pas révolutionnaires, il est sensible au fait qu'ils veulent occuper l'espace qui leur est nécessaire pour mettre en application leurs principes de base et les interventions thérapeutiques conséquentes. Les observations qui l'amènent à statuer sur l'appartenance de la médecine familiale à la contre-culture apparaissent dans les pratiques quotidiennes ouvertes au changement, le parti pris pour les minorités, l'opposition ferme à plusieurs forces dominantes à l'intérieur du corps médical et le regard différent sur la science, la maladie et la mort.

Dès les débuts, la médecine familiale a occupé, dans le système de formation médicale, une position ancillaire et dérangement. Celle-ci

s'est améliorée graduellement grâce à une meilleure compréhension par les autres composantes professionnelles du système de santé et au nombre grandissant des programmes de médecine familiale dans les facultés québécoises et canadiennes de médecine.

La médecine familiale se caractérise par son horizontalité. En effet, le médecin de première ligne utilise des concepts et des outils appartenant à d'autres disciplines tant au niveau des connaissances en santé qu'à celui de la technologie. Comme une définition de cette discipline tardait à poindre, plusieurs ont pensé qu'elle n'était que l'accumulation de savoirs parcellaires en provenance de plusieurs disciplines biomédicales. Tout en empruntant à différentes spécialités, elle possède son corpus spécifique de connaissances et ses stratégies cliniques propres. Sa nature transversale a porté certains à s'imaginer que ses connaissances sont moins profondes alors qu'en fait elles sont moins détaillées. La confusion épistémologique tient au fait que la profondeur des connaissances est plus tributaire de l'organisation de la pensée que de l'étendue des informations qu'elle contient (McWhinney 1989 : 22). L'horizontalité de la médecine familiale se comprend en outre par le type de soins proposés, à savoir, à caractère continu. La continuité est chronologique quand le médecin de famille traite tous les individus, quel que soit leur âge, pour une période de temps souvent très longue (Shires and Hennen 1980 : 4). La continuité géographique, pour sa part, réfère au fait que le médecin de première ligne dispense les soins à son bureau aussi bien qu'à domicile, à l'hôpital, dans unité de soins prolongés comme à l'urgence. La continuité « interdisciplinaire » signifie que le médecin de famille est confronté à des problèmes complexes incluant des pathologies organiques de plusieurs systèmes de même qu'à des difficultés personnelles et socio-familiales. La continuité interpersonnelle, enfin, rappelle le fait que le médecin de famille constitue souvent la plaque tournante (ou la porte d'entrée) du système de soins et que ce statut particulariste nécessite des habiletés de communication interpersonnelle particulièrement développées. Cette dimension de continuité, dans l'univers des pratiques de la médecine familiale, a influencé le développement des programmes universitaires d'enseignement. Le résident en médecine familiale, par exemple, se présente à chaque semaine à son unité de médecine familiale où il assiste à des cours et rencontre des patients. Ce type d'enseignement est horizontal en ce sens qu'il dure plusieurs mois, fa-

cilitant d'autant le processus d'apprentissage et d'intériorisation des normes professionnelles par la tenue de rôles appropriés à la variété des fonctions qu'il doit exercer.

La médecine familiale est aussi une discipline intégratrice. En effet, dans sa pratique quotidienne, le médecin de famille tente d'intégrer les fonctions curative, préventive et de réadaptation. Il prend en compte les différentes dimensions biologique, psychologique et socio-culturelle de la personne. De plus, les pratiques thérapeutiques du médecin de famille sont dispensées à une personne dans son contexte familial et social. Cela l'oblige à connaître les modèles culturels qui façonnent les comportements du groupe d'appartenance de son patient, mais aussi ses habitudes de vie qui se conforment plus ou moins bien aux systèmes normatifs en cours prenant en compte le cadre culturel (la famille, le milieu de travail, les relations sociales, etc...) dans lequel celles-ci s'expriment. Ces connaissances permettront de mieux apprécier et de mieux décoder les facteurs socioculturels qui peuvent agir en tant que déterminants du processus pathologique sous examen et de lui conférer le sens permettant une meilleure compréhension du phénomène. Ces différents plans d'analyse se concrétisent dans le type de relation interpersonnelle que le médecin entretient avec le patient, introduisant ainsi dans le champ de la pratique médicale une nouvelle approche clinique que nous tenterons d'explicitier ultérieurement. Précisons d'abord la fonction de la recherche qualitative en médecine familiale.

Recherche en médecine familiale et approche qualitative

[Retour à la table des matières](#)

Ayant esquissé les principales caractéristiques, défini le statut particulier et les axes de développement de la médecine familiale, il devient nécessaire d'identifier la méthode de recherche susceptible de répondre le plus adéquatement possible aux questions qui se posent dans ce champ de pratique. Les médecins de famille ont produit jusqu'à maintenant plusieurs travaux qui représentent essentiellement des

recensions d'écrits. D'autres études publiées sont surtout à visée descriptive ; de nombreux et importants sujets d'étude ont été ainsi abordés : l'histoire naturelle des maladies (utilisant ou non les cas-contrôle), les études d'incidence et de prévalence des maladies et des symptômes et les recherches sur la détermination de la sensibilité et de la spécificité des tests et des symptômes (Mc Whinney 1989). Ajoutons que, plus récemment, certains travaux ont porté sur le développement et l'évaluation d'outils et de méthodes se rapportant aux aspects préventif, diagnostique et thérapeutique de la pratique. Le cadre de la pratique en médecine familiale se prête bien à ce type d'étude clinique puisque le médecin de famille entretient des relations étroites avec son patient. En même temps, cependant, la médecine familiale devient un champ d'application de la méthode épidémiologique, laquelle est habituellement de tendance quantitative.

McWhinney (1989) rappelle que certaines des questions de recherche parmi les plus importantes en médecine familiale ne pourront être examinées et élucidées par des méthodes faisant appel surtout à l'abstraction et à la quantification. Par ailleurs, dans une discipline où la notion de contexte est centrale tant dans le diagnostic que dans la thérapeutique (Helman 1984 : 547-550), la méthode ethnographique contribue à documenter les divers éléments nécessaires à une meilleure compréhension des problèmes et situations en cause principalement lorsque ceux-ci ont une incidence culturelle. Toutefois cette stratégie d'observation ne vise pas à mettre en opposition la méthode qualitative et la méthode quantitative car il s'agit d'instrumentations complémentaires. Il faut plutôt se demander dans quelles conditions il s'avère ou pourrait s'avérer pertinent de recourir à la méthode qualitative. Cette dernière serait particulièrement utile dans des démarches où, en guise de phase exploratoire, il devient nécessaire de découvrir les axes majeurs à explorer et les données principales à récolter. En ce sens, elle est préalable à la méthode quantitative (Burkett and Godkin 1983 : pp. 625-626), car elle définit alors les types de phénomènes où cette dernière peut s'appliquer.

Atkinson (1988) affirme que la méthode ethnographique est la meilleure qui soit lorsqu'il s'agit d'analyser un processus d'interaction sociale. Par voie de conséquence, on peut supposer qu'elle est particulièrement pertinente et productive lorsqu'il s'agit d'étudier la relation

thérapeutique. Quand l'intérêt de recherche se rapporte au processus de prise de décision, l'approche qualitative peut s'avérer profitable. Par exemple, on se demande pourquoi et comment les personnes qui se sentent malades choisissent le type d'aide dont elles ont besoin, soit dans le système médical traditionnel ou encore dans les approches parallèles (Kleinman 1983). Un des processus les plus fondamentaux de la pratique médicale, soit le processus de décision lié à la démarche clinique, pourrait certainement être mieux compris par le truchement de cette approche.

L'approche qualitative est particulièrement utile à chaque fois que l'objectif visé par la démarche d'observation consiste à trouver le sens, la signification d'une action, d'un événement ou même d'une maladie. Par exemple : comment se fait-il que certains patients semblent guérir du cancer, alors que d'autres dépérissent rapidement et ceci, pour des pathologies organiques qui semblent à peu près identiques ? Ou encore, comment expliquer qu'à l'occasion d'une consultation médicale, les patients de niveau socio-économique élevé reçoivent un plus grand nombre d'informations que les soignés vivant en milieu défavorisé (Helman 1985). Cette méthode peut être encore fructueuse dans l'investigation du contexte psychosocial d'un malade, particulièrement dans les cas de maladies de civilisation pour lesquelles on admet de plus en plus que la médecine traditionnelle n'a eu qu'un succès relatif : le cancer, les maladies cardio-vasculaires et les désordres psychologiques. Quelle est la nature et la portée symbolique de la relation qu'un individu entretient avec son contexte social et quelle importance le médecin de famille doit-il attribuer aux significations conférées par les individus à leur santé physique et psychologique (Burkett and Godkin 1983 : 625-626) ? Quelle est la signification personnelle et la portée culturelle de l'hystérectomie chez les patientes qui la subissent ? Existe-t-il des correspondances socioculturelles chez les patientes qui la subissent, ou encore chez les patients qui subissent un pontage aorto-coronarien ? Voilà certaines questions qui peuvent être abordées par le biais d'une approche qui met en relief la vision du monde, les systèmes normatifs et les coutumes ou modes de vie (le niveau global de la culture) ainsi que l'image de soi, les habitudes de vie, les relations interpersonnelles, les perceptions, les émotions et les attitudes (le niveau de la culture vécue et de la phénoménologie).

La recherche qualitative n'est cependant pas une panacée et elle n'est pas de maîtrise plus facile que l'approche quantitative (Potvin 1989). À ce propos, sous l'angle des connaissances et des habiletés de celui qui l'utilise, Mulder (1988) réfère à la nécessité d'un très haut degré de connaissances disciplinaires, d'habiletés méthodologiques et de sophistication théorique. Mais il s'agit avant tout d'une façon différente de poser un regard sur la réalité et d'appréhender le réel.

La méthode qualitative tire son origine des sciences humaines, en particulier de l'épistémologie, des sciences de l'éducation, de la phénoménologie, de l'ethnographie et de l'anthropologie, alors que la méthode quantitative a été développée par les sciences expérimentales. La personne qui utilise une méthodologie qualitative se fonde sur une perspective qui se réfère souvent au comment plutôt qu'au pourquoi. Le but de ce type de démarche devient la compréhension en profondeur de certains phénomènes sans que le chercheur ait nécessairement l'intention de généraliser ou de prédire. Le processus qui sous-tend la recherche n'est pas linéaire et causal, mais plutôt circulaire et interactif. Les outils privilégiés sont, entre autres, l'observation-participante et l'entretien libre. Dans ces deux situations, la démarche n'obéit pas à des principes structurels et les questions surgissent de la nature même de l'interrelation et de la communication. Cette façon de recueillir les données permet de faire émerger le savoir populaire et de l'intégrer au savoir scientifique. Elle permet aussi de redéfinir les problèmes de santé en tenant compte de leurs acceptions populaires (Massé 1991). Un autre moyen de récolter les données consiste en l'analyse de documents parlés ou écrits.

La recherche qualitative postule que l'objet de recherche ne peut pas être appréhendé d'une manière adéquate en étant divorcé de son contexte socioculturel ; il est nécessairement intégré dans un environnement naturel et social et est structuré par des normes culturelles. Cette conceptualisation ne ressort pas dans l'approche quantitative car le modèle de départ vise à contrôler, en les tenant pour constantes, certaines variables non mesurées, afin de mieux faire ressortir l'influence des facteurs potentiellement discriminants que sont les variables privilégiées identifiées dans des hypothèses énoncées dans le modèle expérimental de départ. L'approche qualitative, quant à elle, essaiera plutôt de découvrir tous les dynamismes internes et externes

qui agissent sur le facteur à l'étude en essayant de qualifier leur influence. Dans cette situation, chaque cas est unique pour ainsi dire et les conditions minimales pour qu'une généralisation soit possible ne se retrouvent à peu près jamais.

L'approche qualitative a donné naissance à un type particulier de recherche que l'on appelle la recherche-action (Kocken 1988). Celle-ci mérite l'attention des médecins de famille étant donné que sa démarche convient particulièrement bien à son utilisation dans le champ clinique. Elle postule, en effet, qu'il n'est pas suffisant d'augmenter la quantité des connaissances cliniques et socioculturelles sur un sujet. Il faut aussi que ces dernières viennent modifier les pratiques et les comportements des intervenants comme de ceux sur lesquels ceux-ci interviennent. Il s'agit donc d'un type de recherche appliquée dont le but est plutôt de trouver des solutions pratiques à un problème donné par un processus inductif et itératif. Il existe une interaction constante entre l'hypothèse de travail énoncée et les données recueillies, de telle sorte que celle-là peut être modifiée au fur et à mesure que s'accumulent les données d'observation pour mieux rendre compte de la situation examinée ainsi que pour calibrer plus parfaitement les interventions à amorcer.

La relation médecin-patient et la démarche clinique du médecin de famille

[Retour à la table des matières](#)

Depuis plusieurs années, la relation médecin-patient fait l'objet d'études de la part des médecins de famille. De nombreux écrits tentent d'en cerner les éléments d'importance ou expriment des vues sur les attitudes de base du médecin traitant dans cette relation. Ce constat est particulièrement vrai pour le monde occidental. Le Collège des médecins de famille du Canada, par exemple, considère la relation médecin-patient comme un des quatre concepts fondamentaux de la pratique de la médecine familiale. À Québec, des groupes Balint (Balint 1960) existent depuis plusieurs années pour les résidents en médecine familiale et plusieurs activités du programme concernent cet ob-

jet d'étude et d'apprentissage. Une recherche de Leclère (Leclère et al. 1990) démontre qu'une des principales difficultés ressenties par les omnipraticiens touche à l'aspect de la relation médecin-patient. De plus, dernièrement, un sondage de la Corporation professionnelle des médecins du Québec (1989) visait à évaluer les perceptions des médecins sur ce sujet. Cependant, malgré l'accord exprimé par plusieurs milieux sur l'importance de cet aspect de la pratique médicale, il existe relativement peu de recherches cliniques sur le sujet. Serait-il possible que ce fait soit attribuable à l'absence d'une instrumentation efficace pour aborder ces questions, c'est-à-dire d'une méthode de recherche capable d'appréhender les différentes facettes de l'intégration médecin-malade qui soit satisfaisante pour les chercheurs ?

Des efforts ont été déployés en vue de définir les qualités humaines et les attitudes nécessaires au médecin de famille dans le contexte clinique. Les théories de la psychologie humaniste ont été, sur ce plan, d'un précieux apport. Afin d'assurer l'enseignement des concepts de base en médecine familiale, les programmes ont emprunté la terminologie et les concepts de la relation d'aide développés par des psychologues humanistes américains cités par Auger (Auger 1972).

Parallèlement à ces activités dans le programme de médecine familiale à Québec, les résidents ont pu participer depuis de nombreuses années à l'étude de la relation médecin-patient au moyen du groupe Balint. Cette activité est centrée sur l'étude de la relation soignant-soigné grâce à la présentation de patients par les participants. Cette formule s'est avérée un précieux outil pour la connaissance de soi et pour le développement du potentiel affectif (Blondeau et al. 1983 : 1770-1771). Peu de recherches sont cependant venues fortifier et enrichir cette démarche. On peut certes se demander si c'est la méconnaissance d'une approche existante ou l'absence d'une perspective appropriée qui ont empêché l'émergence d'un travail de réflexion systématique sur la méthode Balint à Québec. Une autre difficulté majeure mérite d'être soulignée : c'est l'absence d'une analyse rigoureuse du type de démarche clinique utilisé en médecine familiale. Le médecin de famille lui-même se sent mal à l'aise par rapport à l'approche clinique traditionnelle, mais n'a pas de propositions claires sur ce qu'il conviendrait de changer.

Au cours de sa réflexion, McWhinney (1986) s'est demandé si nous étions en train d'assister à une transformation majeure de l'approche clinique en médecine. Plusieurs milieux cliniques répondraient sans doute par l'affirmative à cette question. La démarche clinique traditionnelle (raison de la consultation - questionnaire - examen physique - diagnostic - traitement) est remise en cause non pas qu'elle soit inappropriée mais parce qu'elle comporte une omission fondamentale. Les médecins de famille et les spécialistes de la pédagogie médicale, entre autres, essaient depuis longtemps de définir cette lacune. Une équipe de l'université Western Ontario, à London (Levenstein et al. 1986 ; Brown et al. 1986), grâce à un programme de recherche de type qualitatif, propose une approche clinique plus complète. Celle-ci consisterait à ajouter à l'axe « raison de la consultation - type de traitement » (agenda du médecin) un autre axe centré sur le patient, son vécu, ses émotions et ses attentes (agenda du patient). Ces deux axes, temporairement parallèles, mais interreliés, s'intégreraient dans ce que l'on peut appeler le contrat thérapeutique. Il y aurait ainsi deux contributions importantes à l'entrevue médicale : celle qui découle du médecin, la partie traditionnelle, et celle apportée par le patient avec sa souffrance, ses inquiétudes et sa façon de voir et de réagir à son problème. La nouvelle approche clinique ainsi conçue comporte plusieurs mérites : elle est simple à conceptualiser et colle à la réalité. Toutefois il ne faut pas croire qu'elle soit facile à implanter dans les milieux cliniques.

Ce modèle clinique nouveau propose une approche « centrée sur le patient » (Weston et al. 1989 ; Belle Brown et al. 1989) et se fonde sur quatre dimensions qui doivent être explorées par le médecin en cours de consultation : les idées du patient sur ce qui ne va pas (et le pourquoi), les émotions ressenties (principalement la peur), les attentes vis-à-vis le médecin et les conséquences du problème sur le fonctionnement quotidien du malade. Il s'agit d'une approche essentiellement phénoménologique susceptible à la fois d'améliorer la qualité des soins et d'élargir le champ de la recherche, principalement celui à visée qualitative, afin d'obtenir une meilleure compréhension à caractère global de la situation.

Toombs (1989), Kleinman (1980) et Good (1981) explicitent cette notion d'expérience de la maladie telle que celle-ci est vécue par le

patient ("illness") et proposent une vision utile au médecin et au chercheur, car elle élargit le champ conceptuel et suggère un vocabulaire approprié. Toombs affirme qu'au cours de l'entrevue médicale, deux univers (deux agendas) se rencontrent : celui du médecin et celui du patient. Ces deux univers, l'un objectivisé par les connaissances biomédicales du médecin traitant et l'autre subjectivisé par l'expérience de la maladie du patient, confèrent des sens tout à fait différents à l'affliction du patient rendant ainsi difficile une intervention fonctionnelle. Pour le médecin, la maladie est un processus pathologique, une série de symptômes et de signes bien illustrés dans le « voici un cas de diabète ». Pour le patient, la maladie trouve sa signification principale dans la menace qu'elle représente et dans les limites qu'elle lui impose dans sa vie quotidienne. Comme le médecin et le patient participent à des horizons de signification très différents, il n'est guère surprenant que cela produise presque toujours une grande incompréhension. Tandis que le médecin pose un diagnostic, le patient anticipe, de façon générale, plutôt une explication, un sens ; alors que le médecin précise le traitement, le patient entend guérison ; et quand le médecin s'aventure sur le terrain d'un pronostic basé sur la généralisation, le soigné est bien plus intéressé par une prédiction sur le devenir de son problème. En voici une illustration. Le patient X se présente en clinique éprouvant une foule de malaises. Le médecin traitant lui adresse plusieurs questions, l'examine et en vient à la conclusion qu'il ne présente pas de problème organique. Il en fait part au patient. Ce dernier est fortement déçu et le médecin n'y comprend rien. Pourtant, il s'agit souvent d'un problème de sens, de signification. En affirmant à la personne qui vient le consulter qu'elle n'a pas de maladie organique, le médecin lui enlève toute possibilité de conférer un sens à son expérience et à sa demande d'aide et cela lui devient insupportable et produit une grande déception.

La perspective des deux agendas proposée par les chercheurs de l'Université Western Ontario pour définir la démarche clinique en cours de consultation médicale, fonde un nouveau paradigme. Le type de regard sur le réel que nécessite une approche phénoménologique apparaît comme étant un modèle essentiel pour approfondir cette démarche innovatrice et pour élaborer des programmes de recherche originaux. De plus, ce poste d'observation laisse entrevoir les carences de l'approche biopsychosociale prônée par la médecine familiale. Le

biologique et le psychologique sont l'objet des questions cliniques mais le socioculturel y est laissé pour compte ou est réduit à ses plus simples expressions. Jusqu'à maintenant, la médecine familiale s'est limitée aux domaines pertinents, mais partiels, de la famille et du travail. Qu'advient-il des autres variables socioculturelles ?

L'univers socioculturel

[Retour à la table des matières](#)

L'anthropologie culturelle est la science qui place la culture au centre de ses préoccupations. La culture s'entend ici d'une façon très large : valeurs, conceptions du corps et de la personne, relations spécifiques au temps et à l'espace et modes particuliers d'organisation des rapports sociaux (GIRAME 1986-1987). La santé et la maladie font partie de la culture (Tremblay et Poirier 1989) : toutes deux sont traversées de toutes parts de composantes culturelles. Fabrega et Bibeau vont plus loin et définissent « les maladies » ("illness") d'abord comme des épisodes culturellement définis, et, en second lieu seulement, comme des événements biologiques (Bibeau 1983). Les services médicaux, en général, et la médecine familiale, en particulier, sont des modes d'adaptation socioculturels (Foster and Anderson 1978). Dans ces circonstances, il n'est pas étonnant que la médecine commence à s'intéresser aux aspects culturels de la santé et de la maladie. Par exemple, dans un récent article de Massé (1991), les contributions de l'anthropologie à l'analyse des problèmes de santé est bien démontrée ; les apports se retrouvent tant au plan de l'identification des besoins que dans l'élaboration et l'évaluation de programmes de prévention et de promotion de la santé. S'il est important pour le médecin de famille de reconstituer le sens de l'expérience vécue par le patient, il l'est tout autant de connaître sa conception de la santé et de la maladie, l'utilisation que lui et son milieu font des services de santé, sa définition du rôle de malade, les attentes qu'il entretient vis-à-vis les interventions du médecin, l'image qu'il a de ses habitudes de vie, et ainsi du reste.

Helman (1985) souligne l'importance que le médecin comprenne le modèle explicatif (les croyances populaires ainsi que ses conceptions personnelles) du patient vis-à-vis sa maladie pour permettre des échanges significatifs, pour accroître la satisfaction du patient et s'assurer qu'il se conformera aux prescriptions normatives du médecin (la compliance ») de même que pour susciter la confiance dans sa guérison. S'il existe une incompatibilité entre les modèles explicatifs du patient et du médecin, il s'ensuit un risque élevé d'insatisfaction de part et d'autre. Certains auteurs (Kleinman, Eisenberg and Good 1978) affirment que l'interaction médicale constitue une transaction entre personnes adhérant à deux schémas explicatifs de la maladie : celui du patient et celui du médecin. Pour ces auteurs, ces deux modèles explicatifs, parallèles assez souvent, doivent permettre une jonction entre eux rendant possible une intégration. Pour cela il devient essentiel de comparer les vues respectives du soignant et du soigné dans le système interactionnel par rapport à cinq composantes

- 1) l'étiologie, ou les déterminants de la maladie ;
- 2) le début des symptômes, pourquoi à ce moment ;
- 3) la pathophysiologie, comment ça marche ;
- 4) l'évolution de la maladie, la sévérité, la durée, la chronicité, 4etc. ;
- 5) le traitement, la médication, les conseils, le suivi et les attentes.

Les patients hésitent à parler d'eux-mêmes et de leur façon de voir les choses ou encore de leurs manières de vivre (habitudes de vie). Les médecins, de leur côté, ont longtemps essayé d'éviter ces sujets de discussion qui leur semblent délicats à soulever auprès de leurs patients. Quelques études citées par Kleinman, Eisenberg and Good (1978) et Helman (1985) ont déjà démontré hors de doute la pertinence et l'efficacité d'une relation interactive dans le cadre clinique. Les composantes du système clinique énoncées ci-haut deviennent en quelque sorte des voies d'accès privilégiées aux échanges et à la compréhension mutuelle.

Si on considère l'importance que la médecine familiale accorde à la relation médecin-patient, si on tient compte des efforts qui sont déployés pour établir le type de démarche clinique pertinent au médecin

de famille et si on accepte la nécessité d'inclure les aspects culturels dans la consultation médicale, il apparaît évident que l'approche quantitative est inappropriée. L'ensemble des questions à inventorier au sujet de la relation thérapeutique nécessite une instrumentation plus flexible, capable de capter tout aussi bien les aspects objectifs (le maintien corporel ou les gestes, par exemple) que les aspects subjectifs reliés soit à la cognition, aux émotions et à la conation. Par ce biais on sera en mesure de contextualiser les plaintes du patient et de les décoder par une grille qui intègre les aspects somatiques, psychologiques et culturels de la maladie.

Conclusion

[Retour à la table des matières](#)

La médecine familiale est une discipline jeune. Elle se donne un défi de taille : intégrer les éléments humains aux éléments scientifiques et technologiques. Elle désire s'assurer que le « virage humain » se fasse en même temps que le « virage technologique ». Pour cela, elle dispose d'un statut et de stratégies interactionnelles de première importance : la place qu'elle occupe dans la distribution des soins en fait la porte d'entrée la plus fréquemment utilisée ; et le type de rapports étroits qu'elle privilégie auprès des individus confère une certaine crédibilité à sa démarche. Elle se propose d'être un agent d'intégration au niveau de la prestation des soins de première ligne.

Par ailleurs, pour ce faire, elle a déjà commencé à utiliser les approches de la recherche traditionnelle en médecine. L'approche biomédicale apporte des éléments indispensables et l'approche épidémiologique peut fournir une partie des réponses qui étaient inaccessibles auparavant. Cependant, pour atteindre le plein déploiement de ses perspectives renouvelées par l'apport des sciences sociales et comportementales, la médecine familiale devra recourir à la méthode ethnographique et qualitative, afin de répondre d'une manière adéquate aux questions spécifiques qui lui sont posées. Il s'agit en quelque sorte d'établir les liens entre deux grandes solitudes (les sciences de la santé et les

sciences humaines) et d'accélérer le rattrapage souhaité par Bibeau en 1983. Il semble permis d'espérer que les différentes instances impliquées se concerteront pour faciliter un tel rapprochement et que les organismes de financement prêteront une oreille attentive aux projets de recherche en soins de première ligne.

Références

[Retour à la table des matières](#)

Atkinson, P.A., *Qualitative Research : Science or Fiction ? International Congress on Primary Health Care. Flemish Institute for General Practitioners (October) 1988.*

Auger, L., *Communication et épanouissement personnel. La relation d'aide. Montréal : Les Éditions du CIM, 1972.*

Balint, M., *Le médecin, son malade et sa maladie. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1960.*

Belle Brown, J., WW Weston and M.A. Stewart, *Patient-Centered Interviewing Part II : Finding Common Ground. Canadian Family Physician 35, 1989, pp. 153-157.*

Bibeau, G., *La place de l'anthropologie médicale dans la rencontre entre sciences sociales et sciences de la santé. Santé Culture Health 1 (2), 1983, pp. 3-13.*

Blondeau, F., G. Boucher, J. Frenette et J. Turgeon, *Au sujet des groupes Balint. Canadian Family Physician 29, 1983, pp. 1770-1771.*

Brown, J., M. Stewart, E. McCracken, E. McWhinney and J. Levenstein, *The Patient-Centered Clinical Method, 2 : Definition and Application. Family Practice 3, 1986, pp. 75-79.*

Burkett, G.L. and M.A. Godkin, Qualitative Research in Family Medicine. *Journal of Family Practice* 16, 1983, pp. 625-626.

Corporation professionnelle des médecins du Québec, Vol. XXIX, no 3, août 1989.

Foster, G.M. and B.G. Anderson, *Medical Anthropology*. New York : Newberry Award Records, 1978, pp. 33-47.

Geyman, J.R., On the Developing Research Base in Family Practice. *Journal of Family Practice* 7, 1978, pp. 51-52.

GIRAME (Groupe interuniversitaire de recherche en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie) 1986-87 Rapport annuel. Montréal : Université de Montréal.

Good, B.J. and M.J. Good, *The Meaning of Symptoms : A Cultural Hermeneutic Model For Clinical Practice. The Relevance of Social Science for Medicine*, 1981. Boston : Reidel : pp. 165-197.

Gordon, M.J., Research Traditions Available to Family Medicine. *Journal of Family Practice* 7, 1978, pp. 59-68.

Helman. C.G., The Role Context in Primary Care. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 34, 1984, pp. 547-550.

_____, Communication in Primary Care : The Role of Patient and Practitioner Explanatory Models. *Social Science and Medicine* 20, 1985, pp. 923-931.

Kleinman, A., The Cultural Meaning and Social Issues of Illness. *Journal of Family Practice* 16, 1983, pp. 539-545.

Kleinman, A., L. Eisenberg and B. Good, Culture, Illness and Care : Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine* 88, 1978, pp. 251-258.

Kocken, E., Action Research : A Tool or Trap ? International Congress on Primary Health Care, Flemish Institute For General Practitioners, October 1988.

Labrecque, M., D. Audet, L.G. Latulipe et J. Drouin, Essai thérapeutique randomisé d'un traitement homéopathique de la verrue plantaire. *Canadian Family Physician* 36, 1990, 271.

1.

Leclère, H., M.D. Beaulieu, G. Bordage, A. Sindon and M. Couillard, Why Are Clinical Problems Difficult ? General Practitioners' Opinions Concerning 24 Clinical Problems. *Canadian Medical Association Journal* 12, 1990, pp. 1305-1315.

Levenstein, J.H., E.C. McCracken, I.R. McWhinney, M. Stewart and J. Brown, The Patient-Centered Clinical Method. I. A Model For the Doctor-Patient Interaction in Family Medicine. *Family Practice* 3, 1986, pp. 24-30.

McWhinney, I.R., Family Medicine in Perspectives. *New England Journal of Medicine* 293, 1975, pp. 76-181.

_____, An Introduction to Family Medicine. New York : Oxford University Press, 1981, 17.

_____, Are we on the Brink of a Major Transformation of Clinical method ? *Canadian Medical Association Journal* 135, 1986, pp. 873-878.

_____, A Textbook of Family Medicine. New York : Oxford University Press 22, 1989 , pp. 363-373.

Massé, R., Les apports de l'anthropologie à la santé communautaire. *Society of Applied Anthropology in Canada* 10, 1991, 1.

Mulder, J., Introduction. International Congress on Primary Health Care, Flemish Institute For General Practitioners, October 1988.

Potvin, P., La recherche en médecine familiale. Le médecin du Québec 9, 1989, pp. 85-89.

Shires, D.B. and B.K. Hermen, Family Medicine : A Guidebook for Practitioners of the Art. New York : McGraw-Hill 4, 1980, 42.

Stephens, G.G., Family Medicine as Counterculture. Family Medicine 21, 1989, pp. 103-109.

Toombs, S.K., The Meaning of Illness : A Phenomenological Approach to the Patient-Physician Relationship. The Journal of Medicine and Philosophy 12, 1987, pp. 219-240.

Tremblay, M.A. et C. Poirier, La construction culturelle de la recherche psychosociale en santé mentale. Santé Mentale au Québec XIV, 1989, pp. 11-34.

Weston, W.W., J. Belle Brown and M.A. Stewart, Patient-Centered Interviewing Part 1 : Understanding Patients' Experiences. Canadian Family Physician 35, 1989, pp. 147-151.

Fin du texte