

Médecine humaniste et conditions de vie précaires

L'accueil convivial



Bjeanwicke, 2007. Certains droits réservés ©

La recherche scientifique sur les soins et la pauvreté a surtout exploré les barrières entre les professionnels de la santé et les personnes en situation de pauvreté. Ainsi, les préjugés et les attitudes négatives des professionnels à l'égard des personnes démunies sont relativement bien documentés (Paugam, 1998 ; Moscovici, 1984 ; Willems et al., 2005 ; Wagle, 2002) . Une étude antérieure nous a amenés à découvrir que certains professionnels ont développé une expertise auprès de personnes démunies, leur permettant d'éviter les préjugés et les attitudes discriminatoires (Loignon et al., 2010). Un projet de recherche a été entamé en 2010 à Montréal afin de mieux comprendre comment les médecins ajustent leur pratique quand ils travaillent avec des personnes en situation de pauvreté. Notre étude visait ainsi à explorer les facteurs qui renforcent l'adéquation des soins dispensés par les médecins et autres professionnels de première ligne aux personnes en situation de pauvreté. Nous nous sommes donc tournés vers les professionnels qui ont une expérience en milieu

HORIZONS

Thomas Gottin

Étudiant au doctorat en anthropologie
Université de Montréal


Professionnel de recherche
Centre de recherche de l'Hôpital Charles Lemoyne

Christine Loignon

Professeure
Département de médecine de famille
Université de Sherbrooke

Chercheure
Centre de recherche de l'Hôpital Charles Lemoyne

HORIZONS

Thomas Leuthard, 2010. Certains droits réservés 

de pauvreté afin d'identifier les stratégies de soin fructueuses et humanistes qui soutiennent les personnes.

Quatre milieux cliniques situés au sein de quartiers pauvres de Montréal ont ainsi été explorés. Par une approche ethnographique (voir l'article intitulé « Le travail ethnographique en contexte médical », p.42), nous avons observé les services offerts par différents établissements afin de saisir l'organisation des soins et de rencontrer informellement plusieurs acteurs contribuant à cette relation patient-médecin. Conjointement, plusieurs entrevues ont été réalisées, formellement et informellement, avec des patients, des médecins, des résidents et plusieurs autres professionnels.¹ Cet article présente quelques données tirées d'observations et d'entrevues menées au sein d'une des quatre cliniques étudiées, offrant des soins courants à une population défavorisée. Il fournit un résumé des stratégies efficaces développées par les professionnels de santé.²

Dialogue

Originaire de Montréal, Luc possède un diplôme du secondaire et a enchaîné différents boulots au cours de sa vie. Il se décrit comme

« alcoolique » et cette dépendance est, selon lui, la cause principale de son parcours de vie difficile. Peu de temps après la mort de sa mère, dont il s'est occupé quotidiennement, la sœur de Luc a mis fin à ses jours. Ces événements douloureux et son accoutumance l'ont mené insidieusement vers l'isolement social puis l'itinérance. Quelque temps après, suite à sa rencontre avec des intervenants sociaux, il s'est rendu dans une clinique médicale, s'accordant une « dernière chance » de vaincre sa dépendance et son état dépressif, malgré l'effort que cette démarche représentait pour lui : « On est conscient de la situation actuelle dans le système de santé [...]. Alors oui, très, très, chanceux, je n'insisterais jamais assez pour

dire à quel point. D'avoir un médecin dont je suis satisfait à cent mille à l'heure. Ça m'a vraiment rassuré, puis je peux dire en toute honnêteté que c'est vraiment ce qui m'amène à être ici aujourd'hui. [...] Je dirais que 90 pour cent de mon rétablissement actuel, c'est elle (la médecin).» Résilience et soutien sont deux thèmes qui émergent de l'histoire de Luc, rejoignant celle de plusieurs personnes en situation de pauvreté rencontrées dans le cadre de ce projet de recherche ethnographique en milieu médical. Le terme de résilience désigne le processus de réflexivité engagé par les patients rencontrés et souvent suscité par leur médecin. En effet, les interactions observées entre soignants et soignés semblent encourager les patients à prendre acte de leur situation de « malade » et à éprouver une volonté d'améliorer leur bien-être.

Les médecins qui pratiquent auprès de populations pauvres tendent à accompagner, prévenir et soulager les symptômes liés aux conditions chroniques³, mais aussi à déconstruire une résignation parfois latente. Ils accompagnent leurs patients dans une autoréflexion sur les causes de leur maladie qui, pour la plupart, sont d'ordre socio-économique. Ces problématiques liées à une carence financière semblent entraver les stratégies de résilience que les patients auraient pu spontanément mettre en place dans un autre contexte.

Lors d'une journée d'observation en salle de consultation, nous avons pu assister aux interactions entre patients et médecins, lesquelles ont permis de constater que le processus de résilience émane d'une relation de confiance entre les deux protagonistes, travaillant ensemble vers un même objectif. Un des médecins a ainsi manifesté de l'empathie, de l'écoute et proposé des conseils relationnels à sa patiente dépressive, tandis qu'un autre a utilisé l'humour pour aborder des sujets délicats. Les médecins rencontrés passaient plus de quarante minutes avec chacun des patients : sur un ton léger, parfois amical, ils aménageaient un temps d'échange informel avant d'aborder leur

santé. Ce type de dialogue a révélé toute l'importance accordée par ces médecins à la vie de leurs patients.

À travers un discours médical non moralisateur, régulier et adapté, les médecins peuvent se positionner dans un dialogue valorisant et encourageant pour le patient. Ils peuvent inspirer le changement, soutenir les efforts, et accompagner le patient dans les échecs et contre-coups qu'il vit, comme le soutient ce médecin rencontré en entrevue : « Il faut tout le temps partir de ce que la personne est prête à changer. C'est par l'écoute, en essayant de comprendre d'où la personne vient, quels sont ses points positifs et trouver ce qui va les motiver particulièrement. »

Sans jugement

Lors de nos observations, plusieurs interlocuteurs nous ont conseillé de rencontrer une personne « essentielle » au bon fonctionnement de l'établissement : la secrétaire préposée aux rendez-vous. Référente aux yeux des médecins, elle prenait contact avec les spécialistes, rappelait les patients qui ne s'étaient pas présentés et tentait d'arranger les emplois du temps de chacun. Originaire du quartier, elle était perçue comme une figure rassurante par les patients et les professionnels de la santé.

Selon les jours, l'accueil de la clinique est assuré par une ou deux réceptionnistes. Essentiellement cantonnées à recevoir patients et visiteurs, elles orientent et guident les demandes. Soucieuses du bien-être des personnes, elles les accueillent chaleureusement, leur serrent la main, les nomment par leur nom. Le sentiment d'être reçus sans jugement dans une ambiance détendue contribue à la reconnaissance, par les patients, de l'établissement qu'ils fréquentent, comme l'exprime Georges, un patient : « Ce qui fait que la clinique me tient à cœur [...] ? Tu arrives là, tu es déprimé, tu es à terre. Tu les regardes : ils sont chaleureux, souriants.

« À travers un discours médical non moralisateur, régulier et adapté, les médecins peuvent se positionner dans un dialogue valorisant et encourageant pour le patient. »

Ça fait du bien d'arriver dans une place de même. Tu sais, tu peux t'asseoir confortablement puis dire, regarde, il y a personne qui va te juger ici; relaxe. »

Cette appropriation de la clinique par les patients semble rendre plus efficaces les directives et recommandations prescrites par le corps médical. Par conséquent, il ressort qu'un lieu convivial favoriserait la réussite des soins.

Nos observations ont ainsi permis de saisir une stratégie de soutien holistique. En effet, la plupart des médecins, infirmiers, secrétaires, réceptionnistes, psychologues et travailleurs sociaux, encouragent les patients à exercer des activités socioculturelles en les orientant, par exemple, vers des associations de quartier. Les personnes semblent alors stimulées dans une démarche de changement puisque soutenues dans différents aspects de leur vie par une équipe interdisciplinaire, ce que nous soutient Georges, un patient : « J'ai un trio fort. Le pre-

mier trio des Canadiens, il est là. Le médecin, le psychiatre, le travailleur social, ça fait un triangle. J'évolue entre les trois. »

Consentement

Dans cette perspective d'accompagnement, le discours médical doit avant tout être préventif : on parlera ici « d'éducation thérapeutique ». Les médecins de cette clinique tentent d'apporter aux patients des connaissances simples et facilement transmissibles afin de les aider à identifier les sources de leur souffrance et de leur malaise de manière autonome. Progressivement, ils acquièrent un savoir qui les revalorise et les met suffisamment en confiance pour aborder leur situation avec leurs proches. À ce propos, un infirmier a confié qu'il tentait souvent de mettre la famille du patient à contribution dans l'administration des soins de base.

Un des éléments moteurs de l'éducation progressive à la résilience réside dans une straté-

Le travail ethnographique en contexte médical

Elisha Laprise
Professionnelle de recherche
Centre de recherche de l'Hôpital Charles-LeMoine
Université de Sherbrooke

Christine Loignon
Professeure adjointe
Département de médecine de la famille
Université de Sherbrooke

Le travail ethnographique dans le milieu de la santé est une méthode de cueillette de données qualitatives de plus en plus valorisée. Cette technique permet d'appréhender la réalité vécue au quotidien par les participants, et de prolonger le regard du chercheur au-delà des récits recueillis par le biais de l'entrevue. Il s'agit d'un moyen de mettre en contexte les informations récoltées dans le but d'arrimer l'analyse des données à la spécificité de l'environnement dans lequel évoluent les répondants. Cette approche est particulièrement intéressante à utiliser dans le cadre de recherches dans le milieu de la santé. Elle permet,

dans le cas d'une ethnographie institutionnelle, d'aller au-delà des connaissances liées à la structure et à l'organisation des soins, et d'offrir un regard neuf, directement lié à la spécificité du lieu visité.

La pratique ethnographique traditionnelle est caractérisée par une longue période d'immersion dans un milieu donné. Elle est constituée d'un travail d'exploration qui se fait par le biais de la participation de l'ethnographe aux activités quotidiennes du groupe étudié. Le résultat de ce travail comporte généralement une analyse descriptive du « terrain », ainsi qu'une analyse des phénomènes sociaux et culturels observés (Atkinson et Hammersley, 1994). *A priori*, cette approche peut sembler difficile à déployer en milieu hospitalier. De fait, plusieurs éléments s'y opposent (Savage, 2006), dont deux enjeux.

Il y a tout d'abord le temps alloué à la collecte de données, qui subit de fortes compressions étant donné la modulation de la recherche par



gie de revalorisation de l'individu. L'importance d'aider le patient à retrouver du pouvoir sur sa vie et à utiliser ses propres compétences, peut notamment s'appliquer à travers différentes techniques : établir un contrat fictif d'engage-

ment (« deal médical »), fixer des objectifs à court terme, prioriser les changements, établir un agenda commun. Un des médecins rencontrés exprime d'ailleurs que « c'est le patient qui établit la priorisation. Moi je dis, "arrête de fumer et arrête de consommer, et

les courtes périodes de subvention. Dans ce contexte, de longues enquêtes dotées d'un volet exploratoire sont difficiles à déployer. La recherche sociale pratiquée en collaboration avec le milieu médical souffre aussi de la pression imposée par la nécessité de transmettre rapidement des résultats. Dans un univers où la technologie et les innovations fusent de toute part, et où les organisations sont en constante mouvance pour pouvoir répondre aux besoins sans cesse grandissants de notre système de santé, décideurs, administrateurs et médecins ne peuvent se permettre d'attendre plusieurs années avant de recevoir des résultats. L'alliance entre la médecine et les sciences sociales en est alors constamment fragilisée.

La force de l'ethnographie étant de pouvoir immerger le chercheur dans un lieu en lui permettant de tisser des liens avec ses acteurs et d'apprendre par « l'intérieur » d'un groupe son fonctionnement, sa logique et ses valeurs, il apparaît impossible de gagner la confiance des interlocuteurs en peu de temps. Sans le développement de liens entre l'ethnologue et les personnes observées, la qualité des informations recueillies est mise en jeu et la sensibilité requise pour bien analyser la complexité des dynamiques relationnelles risque d'être moins vive. Le travail ethnographique demeure donc,

malgré la pression du milieu, un travail lent qui demande une flexibilité de temps et d'approche.

L'ethnographie, et plus particulièrement l'observation, est une approche nécessaire pour s'ancrer dans la réalité de la vie d'une clinique de médecine de famille. Elle se définit par sa lenteur et la qualité des informations colligées par le biais de cette méthode de travail. Il est donc nécessaire de protéger le travail de l'ethnologue en contexte médical, tout en adaptant les pratiques traditionnelles à la réalité de la médecine. Il est aussi important de bien préparer l'ethnologue qui s'apprête à explorer les cliniques médicales. L'observation est une activité de recherche passive.

- Atkinson, P., Hammersley, M. (1994). « Ethnography and Participant Observation », dans Handbook of qualitative research (first edition), Sage Publication
- Bosk, C. (1985). « The Fieldworker as Watcher and Witness », The Hastings Center Report, 15(3):10-14
- Savage J. (2006). « Ethnographic evidence : The value of applied ethnography in healthcare », Journal of Research in Nursing 11(5): 383-392

HORIZONS

« Manque de temps, de personnel, de moyens, surcharge de travail et accès difficile aux consultations spécialisées font partie des obstacles évoqués dans le suivi et le soutien des stratégies de résilience. »

arrête la prostitution et utilise des condoms quand tu as des relations sexuelles", et je comprends, je sais bien que le patient ne peut pas faire tout ça ».

Dans l'idée de priorisation des objectifs, le concept de « consentement éclairé » trouve un écho particulier dans les observations menées. Afin de conserver le dialogue et la négociation, plusieurs des médecins rencontrés veillent à transmettre l'information la plus juste et la mieux adaptée aux choix du patient. Ce dernier devrait ainsi, selon ceux-ci, être en mesure de prendre des décisions en connaissance de cause (refus, abandon ou acceptation du traitement). Avec cette approche, les médecins ne font pas les choix à la place du patient, mais ils exposent plutôt un éventail de conséquences des décisions qu'il serait amené à prendre : « Les patients reviennent : "Vous avez pris les médicaments ?", "Non, je ne les ai pas pris.", "Pourquoi ?" Au fond, je les félicite de me le dire, je leur dis toujours : "Je préfère que vous me le disiez, plutôt que d'augmenter vos médicaments indéfiniment et ne pas savoir pourquoi ils ne font pas effet. J'aime bien mieux que vous soyez honnête." » (Frédérique, un médecin)

Alliance thérapeutique

Ces quelques mois d'immersion ont permis de situer certains modes d'intervention nécessaires à l'efficacité des soins, autant pour les personnes en situation de pauvreté que pour les professionnels. En effet, une équipe de soins multidisciplinaire soudée et un espace d'accueil convivial ne doivent pas être considérés comme des éléments secondaires à une alliance thérapeutique fructueuse entre un patient et son médecin. Par ailleurs, la thématique de la résilience recouvre une dimension incondi-

nelle de la médecine humaniste et sociale qui ne peut se passer de son pilier interactionniste.

En revanche, nombre de limites ont été soulevées tant par les intervenants que par les patients. À cet effet, soigner des personnes aux problématiques médicosociales complexes nécessite des ressources financières et humaines importantes. Manque de temps, de personnel, de moyens, surcharge de travail et accès difficile aux consultations spécialisées font partie des obstacles évoqués dans le suivi et le soutien des stratégies de résilience. De fait, ces barrières freinent la réussite des traitements chez les patients les plus découragés. Cependant, malgré ces constats, ces difficultés restent relatives lorsque situées dans le panorama des inégalités aux sources de la précarité. Le pouvoir de la médecine, même humaniste, est limité lorsqu'il se confronte à un système économique qui maintient les personnes

les plus démunies dans le cercle vicieux de conditions de vie délétères, au sein de logements insalubres et d'une consommation alimentaire peu coûteuse, mais de basse qualité. Le point de vue de Rachid, un patient, illustre à cet égard cette réalité : « Ça coûte cher. Tu vas manger des pizzas ? Chaque pizza, c'est 350 calories. Tu veux être obèse ? Tu peux manger pour cinq dollars. Tu manges le poison et tu sors. Mais si tu veux manger quelque chose de santé, mon ami, tu vas payer. ».



Muffert, 2011. Certains droits réservés (CC)

Loignon, C., Haggerty, J.L., Fortin, M., Bedos, C.P., Barbeau, D. et D. Allen (2010). « What makes primary care effective for people in poverty living with multiple chronic conditions ? : study protocol », *BMC Health Services Research*, 10: 320-326.

Moscovici, S. (1984). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Mouton, Paris.

Paugam, S. (1998). « Les formes contemporaines de la pauvreté et de l'exclusion. Le point de vue sociologique », *Genèses*, 31: 138-159.

Wagle, U. (2002). « Rethinking poverty: definition and measurement », *Int. Soc. Sci. Journal*, 54: 155-165.

Willems, S.J., Swinnen, W. et J.M. Maeseneer (2005). « The GP's perception of poverty: a qualitative Study », *Family Practise*, 22: 177-183.

Notes :

1 : Plus de 100 heures d'observation en milieu clinique et près de 35 entretiens semi-dirigés ont ainsi été effectués. Les médecins et autres intervenants ont été sélectionnés selon les habiletés qu'ils développaient dans la construction d'une alliance théra-

peutique efficace et progressiste face à des populations vulnérables financièrement et atteintes de maladies chroniques.

2 : Cet article se concentre sur les données issues d'une cinquantaine d'heures d'observation, huit entretiens réalisés avec quatre patients, deux médecins, un infirmier et une secrétaire d'une des cliniques étudiées.

3 : Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une maladie chronique est un problème de santé qui nécessite une prise en charge pendant plusieurs années. Cette définition regroupe les maladies non transmissibles (diabète, cancer, asthme...) et les maladies transmissibles persistantes (VIH-Sida), certaines maladies mentales (psychoses...) ou des atteintes anatomiques ou fonctionnelles (cécité, sclérose en plaques, etc.).