



La rencontre médecin-patient est aussi le lieu d'une médiation du lien social

Aline Sarradon

► To cite this version:

Aline Sarradon. La rencontre médecin-patient est aussi le lieu d'une médiation du lien social. Revue du Praticien (La), 2002, 16 (578), pp.938-943. <hal-00463634>

HAL Id: hal-00463634

<https://hal.science/hal-00463634v1>

Submitted on 13 Mar 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Sarradon-Eck A., « La rencontre médecin-patient est aussi le lieu d'une médiation du lien social », *La Revue du Praticien. Médecine Générale.*, 2002,16 (578) : 938-43

Aline SARRADON-ECK

La rencontre médecin-patient est aussi le lieu d'une médiation du lien social

La relation médecin-malade peut être définie comme une relation thérapeutique, c'est-à-dire l'influence que va avoir le médecin sur le traitement qu'il prescrit. Cependant, la relation médecin-malade est aussi une *relation sociale*, c'est à dire une rencontre entre deux acteurs (le malade et le médecin), tous deux membres de groupes sociaux divers, et engagés dans une action réciproque (le soin).

L'objectif de ce travail était d'étudier les discours sur les causes de la maladie de personnes en situation de soins (consultations de médecine générale libérale). Le corpus des discours analysé était constitué de *la parole des patients destinée à leur médecin traitant*, parole rarement saisie dans les sciences sociales pour des raisons de faisabilité. Des travaux antérieurs en anthropologie (1) et en sociologie de la maladie (2) ont montré que les attributions causales de la maladie sont des discours sur la relation de l'individu aux autres. Ces conclusions ont été reprises dans cette étude qui s'inscrivait dans une perspective anthropologique de connaissance des rapports de l'individu au monde. L'hypothèse de travail était que la parole destinée au médecin a une fonction de discours, et que les discours explicatifs de la maladie ont une fonction particulière dans la relation sociale qui est leur contexte d'énonciation -la relation médecin-malade étant envisagée ici comme une relation sociale. L'article décrit les logiques sociales de l'attribution des causes de la maladie au cours de la rencontre clinique mises en évidence par cette étude, et examine leur corollaire dans la façon de penser la relation médecin-malade (en tant que relation sociale).

Méthodes :

L'enquête ethnographique réalisée a associé une observation participante d'une consultation de médecine générale libérale et des études de cas (3) :

- **Observation participante :** Au cours de cette observation (encadré 1), j'étais à la fois acteur en tant que praticien, et observateur en tant qu'ethnologue. Elle s'est déroulée de 1993 à 1998, dans un village de Haute Provence, trois jours par semaines, ce qui correspond à l'observation de 10 000 consultations et visites à domicile environ.

L'enquête ethnographique est une observation globale de la personne en situation de soin : sa façon de penser la maladie, sa relation au système de soins, ses rapports aux autres et au monde révélés par la maladie. Les points d'observation particuliers, déterminés par la problématique de l'étude, étaient la façon dont le malade décrit son entrée dans la maladie, sa façon de dire la physiopathologie, sa façon d'expliquer la maladie (la sienne ou celle des autres), son itinéraire thérapeutique dans les différents secteurs qui composent le système global de soins (familial, populaire, professionnel biomédical ou alternatif). L'observation directe du malade a permis de compléter celle de son discours. En effet, le port d'amulettes ou d'un autre objet à visée préventive ou curative est parfois plus riche en informations que le discours. Les fragments de discours, ainsi que des éléments contextuels susceptibles d'aider l'analyse étaient notés en fin de consultation.

- Cinq études de cas : les études de cas ont associé l'analyse d'entretiens biographiques (encadré 2) à celle d'un certain nombre de données provenant de l'observation de ces malades en situation de soins, d'informations données par les médecins qui ont eu en charge ces malades, d'informations provenant du dossier médical (courrier, historique de la maladie), de la connaissance antérieure des patients (leur maladie, leur biographie, leur contexte familial et social). Les "informateurs" ont été choisis selon des critères correspondants à la problématique de l'enquête : maladie grave et/ou invalidante (ce qui présuppose une interrogation sur le sens de leur malheur et un itinéraire thérapeutique complexe), usagers assidus de la biomédecine, confession catholique, situation (pathologie ou contexte de soins) fréquente en médecine générale. Le guide de l'entretien abordait l'histoire du malade et de sa maladie (l'entrée dans la maladie, l'itinéraire thérapeutique, le vécu de la maladie), ainsi que ses représentations de la santé et de la maladie.

Sept entretiens biographiques ont été réalisés, parmi lesquels cinq ont été analysés comme étude de cas ceux, les deux autres apportant des informations redondantes¹. Les entretiens ont été réalisés au domicile des malades, leur nombre et leur durée ont varié selon les informateurs². Ils ont été enregistrés puis transcrits mots à mots et anonymisés.

Résultats

Les discours sur les causes de la maladie s'enracinent dans la culture et dans la biographie du malade, et lorsque le malade se raconte au médecin, en plus de sa souffrance, c'est son univers culturel qu'il donne à lire : ses croyances, ses valeurs, ses rapports au monde. Sa façon de dire la maladie et ses causes est le canal et le code qui nous informe sur ses relations aux autres, sur la nature du lien qui l'unit au réseau social dans lequel il s'insère. La démarche appliquée ici est celle d'une ethnologie de l'expérience (5) qui prend en compte la dimension narrative³ des entretiens cliniques, c'est à dire la construction historique de l'expérience racontée, la mise en ordre de la succession des événements comme une "mise en intrigue" (6), et la fonction d'acte de

¹ Il n'y a pas de nombre de récits de vie minimal pour valider une approche biographique. C'est le *phénomène de saturation*, c'est à dire l'impression que le chercheur n'a plus rien à apprendre de nouveau en ce qui concerne l'objet de son enquête, qui détermine le nombre de récits biographiques sur lequel se fonde une recherche donnée (4)

² Christine, diabète insulino-dépendant, 3 entretiens, durée: 3 h

Magali, syringomyélie, 4 entretiens, durée : 4 h 30

Éliane, handicapée motrice sévère, 3 entretiens, durée : 4h30

Robert, lymphome lymphoblastique, 1 entretien, durée : 1 h

Jean-Pierre, mélanome malin (avec métastases), 1 entretien, durée : 1 h 30

³ Dimension narrative de la maladie : selon l'hypothèse de B. Good (6), la douleur, la maladie grave comme toute expérience extrême, provoque une "démolition du monde vécu", du monde de tous les jours. La mise en récit de la maladie, c'est à dire le fait de lier par l'imaginaire les événements tels qu'ils ont été vécus pour en tirer une histoire, est un processus de "reconstruction" du monde vécu. L'expérience de la maladie s'organise dans sa forme narrative, elle prend un sens en se situant dans un univers moral propre au pays, dans un cadre social et culturel. La dimension narrative de la maladie peut-être saisie dans les itinéraires thérapeutiques, dans les récits de vie, dans les histoires de maladie, mais aussi dans les conversations, que ce soient des conversations informelles ou des dialogues médecin-patient. La mise en intrigue dans les récits de maladie permet au sujet malade une interprétation de la maladie par rapport à la logique explicative en vigueur dans son groupe et par rapport au contexte biographique de la maladie, mais elle permet également de "subjonctiver la réalité". Le "monde subjonctif", raconté par les récits de maladie, est un monde ouvert sur le changement et sur la guérison (6).

langage⁴ des discours explicatifs de la maladie qui déterminent des stratégies d'actions. Dans les modèles étiologiques profanes (8), la récurrence de certaines causalités comme l'hérédité ou "le changement de temps" analysées dans leur contexte d'énonciation (histoire du patient, contexte culturel et social, contexte de la rencontre clinique), conduit à discerner deux logiques sociales essentielles dans l'interprétation de la maladie par les malades au cours de la rencontre clinique : la construction de l'identité et "l'exculpation".

a) l'exculpation

La principale logique de processus d'attribution de la cause, mise en évidence par ce travail, est "l'exculpation"⁵, c'est-à-dire le processus de retrait de sa responsabilité dans la genèse de sa maladie. L'exculpation traduit différentes stratégies narratives d'évitement de la mise en cause du patient comme le déni ou le refus de l'explication produite par le médecin ou par le groupe d'appartenance du malade. Une autre stratégie narrative est la justification d'une conduite contraire aux règles médicales, ou encore la substitution d'une explication mettant en cause le malade par une explication de "remplacement" qui occulte les conduites à risque (l'hérédité plutôt que le tabagisme par exemple). Cependant, le principal processus d'exculpation est la mise de la responsabilité à l'extérieur de soi, dans un "ailleurs" ou dans un "autre" par l'accusation. Le malade se conçoit ainsi comme une victime (de sa famille, de son entourage proche ou professionnel, de la médecine, de la société dans son ensemble -le "mode de vie moderne", mais aussi parfois le "mode de vie ancien" avec ses privations, du milieu naturel).

L'exculpation est une attitude psychologique de défense qui permet au malade de se décharger du poids moral et émotionnel que charrie la culpabilité d'être responsable de sa maladie. Sa mise en forme et son expression sont déterminés par la culture du groupe auquel appartient le malade (mise en cause de la société à travers la pollution dans notre société, ou mise en cause d'un ancêtre dans une société lignagère par exemple). La mise en perspective des représentations profanes de la maladie qui s'inscrivent - en "creux" ou explicitement - dans le paradigme de la maladie-sanction porté par un discours public médical et sociétal attribuant au malade la responsabilité de son malheur, permet d'interpréter également l'exculpation comme une résistance de l'individu à l'entreprise de responsabilisation des individus promue par la santé publique.

b) la construction de l'identité par l'expérience partagée de la maladie

Les discours explicatifs de la maladie sont des narrations⁶ (6, 11), avec leurs tactiques d'échange d'informations, qui participent à la construction de l'expérience de la maladie vécue. Ils participent aussi à la construction de l'identité du patient car la recherche d'une identité occultée, le renforcement d'une identité affaiblie, la découverte

⁴ Théorie des actes de langage (7) : certains énoncés sont en eux même l'acte qu'ils désignent (je vous baptise, je vous marie, je vous promets, etc.), ce sont des énoncés *performatifs* à distinguer des énoncés constatatifs (qui constatent, exemple : je mange); dans ces actes de langage, il faut distinguer les actes *illocutoires* qui sont un acte en disant quelque chose et les actes *perlocutoires* qui est l'obtention de certains effets par la parole

⁵ "exculpation" est un néologisme créé par un anthropologue (10) pour nommer le processus de retrait de la responsabilité. Le terme d'exculpation a un sens plus large que "disculpation" qui signifie prouver son innocence et qui n'est qu'un des processus de l'exculpation.

⁶ Dans le courant de la *Narrative Based Medecine* (10), le récit que fait le malade de sa maladie (qui englobe son explication de la maladie) est utilisé comme un outil thérapeutique (10)

de la part manquante d'une identité tronquée, sont des processus que l'on observe au cours d'une consultation médicale. Les principales stratégies narratives observées sont les suivantes :

-> *des stratégies de présentations de soi* : certaines explications de la maladie, en particulier le "stress" lié au mode de vie moderne, le surmenage ou l'excès de travail valorisent la personne parce qu'elles soulignent ses qualités personnelles comme sa capacité à travailler beaucoup ; l'explication du travail qui use le corps peut être interprétée comme un équivalent du "bel ouvrage" ouvrier. Ces explications mettent en avant des caractéristiques de la personne qui sont fortement valorisées dans la société occidentale telles que la réussite sociale, les responsabilités professionnelles, l'investissement professionnel ou dans la vie associative, ou encore le don de soi, la générosité, la bonté, l'écoute des autres, la disponibilité.

-> *des stratégies de structuration des relations du malade à son groupe et à la société* : une structuration formelle par les réseaux de soins (au sens large, incluant les non professionnels), mais surtout une structuration d'ordre symbolique des liens familiaux et sociaux tissés par le malade. Ainsi, la référence à une patho-histoire familiale ou l'inscription du malade dans un patho-lignage par l'évocation d'une hérédité réelle ou imaginée permettent la consolidation de liens familiaux, voire une restauration de ces liens que des conflits, un éloignement géographique, voire la mort, ont pu distendre. Interroger sa généalogie à la recherche d'une hérédité pathologique c'est renouer symboliquement des liens avec sa famille; c'est une façon de rendre ces liens visibles, de leur donner une existence et une force inaltérables, car rien ne peut effacer une hérédité. Rien, sauf la nier.

Le concept de patho-histoire, créé par un anthropologue africaniste à partir de ses enquêtes dans les sociétés lignagères africaines (12), peut être généralisable à la société française traditionnelle. On peut le compléter dans notre société, par celui de patho-lignage, c'est à dire le mode d'entrée symbolique dans une filiation par la narration de la répétition d'un malheur biologique à l'intérieur de cette filiation. Mais il y a d'autres exemples des restaurations symboliques des relations sociales par l'explication de la maladie, comme celles qui associent le travailleur émigré avec sa communauté d'origine.

-> *des stratégies d'organisation des rapports du patient à son environnement physique* : elles s'observent dans les explications qui mettent en correspondance le corps avec le cosmos. Nous connaissons tous des patients qui ont changé de domicile et souvent de région en raison de l'asthme d'un enfant ou de rhumatisme; cependant la référence au climat comme cause de maladie ou de symptômes est aussi productrice d'identité parce qu'elle définit les rapports du patient à son environnement.

Le "changement de temps", plus que l'humidité, le vent, ou la température, est jugé responsable, du moins en Provence, de maux divers où domine néanmoins la pathologie articulaire. Le "temps qui change" se décline en toutes saisons, à tous les âges et dans toutes les classes sociales. Il exprime une rupture d'équilibre de l'environnement qui met l'individu dans une position de fragilité. Il y a des changements de temps habituels et prévisibles comme les changements de saisons, et ceux qui surprennent comme un refroidissement inhabituel au printemps, une humidité anormale en période habituellement sèche, une neige précoce ou tardive, tous ces phénomènes qualifiés de "fadas"⁷ parce qu'ils sont contraires à l'ordre des saisons. Le "temps fada" est un désordre encore plus grand que le "temps qui change", parce qu'il est imprévisible; mais son action sur le corps répond à la même loi de correspondance,

⁷ "Fada" est un terme provençal qui signifie "un peu fou"

avec peut-être une plus grande vulnérabilité de l'individu dans cet environnement instable et imprévisible. Il y a une correspondance entre le désordre mésologique et le désordre biologique du malade.

Dans cette référence causale au “temps” s'exprime avec le plus de force, dans le contexte du recours thérapeutique biomédical, le lien entre l'homme et le cosmos, dont le support est le corps. La “pleine lune” est aussi une causalité qui relie directement l'homme au cosmos : dans la physiopathologie populaire, les dérèglements biologiques dus à la pleine lune sont responsables d'insomnies, d'irritabilité ou d'infestation par les vers (13). Une autre explication met en correspondance l'homme et la nature par l'intermédiaire des aliments qui ont le pouvoir, dans la pensée populaire, de transmettre l'impureté d'un environnement pollué ou au contraire la pureté d'un environnement naturel. Contrairement à la causalité météorologique, la nourriture fait intervenir l'action de l'individu qui a le pouvoir de choisir les aliments qu'il incorpore, et c'est ce choix (aliments issus de la culture biologique par exemple) qui définit le rapport de l'individu à son environnement, un environnement que l'on veut naturel (voire originel) afin qu'il transmette sa pureté et protège l'individu de la maladie (la maladie étant, dans les représentations populaires, une entité exogène, une forme d'impureté).

Discussion

Méthodologie :

Dans l'observation directe de la consultation, les difficultés proviennent de la dichotomie du rôle d'acteur/observateur et de la nécessaire distance du chercheur à son objet. L'observation se superpose à l'action (le soin) mais n'interfère pas avec elle⁸. Son avantage est de permettre le recueil d'un matériel très riche sur le plan ethnographique et jusque là inexploré par les sciences sociales. Par ailleurs la connaissance préalable du patient par le médecin (sa biographie et son environnement) permet une contextualisation du discours indispensable à l'analyse.

Pour les entretiens biographiques, mon identité de “biomédecin” (et pour trois d'entre eux celle de médecin traitant) m'a semblé, au début de l'enquête, être un obstacle pour recueillir des données fiables en particulier sur les recours alternatifs des patients. Je leur ai donc demandé de me considérer comme un chercheur en sciences sociales totalement profane en médecine, et totalement étranger et ignorant de leur histoire. J'ai rapidement compris que les malades ne pouvaient pas concevoir que je puisse endosser un autre rôle que celui de soignant pour parler avec eux de leur histoire et de leur maladie. Tout au long de ces entretiens, où il était question de souffrances, de douleurs et parfois de mort, c'est un médecin qu'ils souhaitaient avoir comme interlocuteur. On ne peut pas occulter le fait d'être un acteur du drame que l'on essaie de déconstruire pour mieux l'analyser. Cet “handicap” méthodologique m'a conforté dans la problématique qui fait la spécificité de cette recherche : le recueil de discours destinés au médecin.

De la rencontre aux liens

L'étude montre que les discours explicatifs de la maladie sont bien des discours sur la relation du malade aux autres et au monde. Ce sont aussi des discours qui

⁸ La position simultanée d'observateur et d'acteur oblige à écouter sur “plusieurs fréquences simultanées”. selon l'expression empruntée à un ethnologue de la France (14). C'est ici que se tient la difficulté majeure de cette technique d'enquête, car il faut pouvoir observer et noter tous les discours signifiants, tout en continuant à agir comme médecin. Cela demande une posture intellectuelle particulière, et plusieurs opérations mentales simultanées dont une double observation : une observation ethnographique qui fonctionne en “tâche de fond”, et une observation médicale directe et immédiate.

agissent, symboliquement, sur les liens sociaux tissés par le malade et sur les liens du malade avec son environnement.

Dans la négociation du modèle explicatif de la maladie⁹ entre le médecin et le malade, telle qu'elle est décrite dans le modèle transactionnel élaboré par l'anthropologie clinique (15), le praticien participe à l'édification de ponts symboliques entre les événements de la vie du patient, entre l'environnement et le patient; en cela, il agit également sur les liens sociaux en création ou en cours de restauration. De même, il intervient plus concrètement par les réseaux d'aide qu'il met en place autour du patient et par le soutien et l'aide qu'il apporte à ses patients dans leur insertion sociale à des moments clefs de leur existence. La rencontre clinique apparaît dans cette approche comme *un lieu de médiation et de négociation du lien social* (16), on peut donc la définir en terme d'espace. Le rôle du médecin dans cet espace relationnel est celui du "passeur", un passeur d'identité, un passeur de messages à destination des autres, un médiateur de la reconnaissance sociale.

Dans cette approche de la relation médecin-patient sous l'angle du lien social, la relation médecin-malade "idéale" est celle où le médecin donne la possibilité au malade de "s'expliquer" la maladie, afin d'organiser son environnement social, et l'aider au besoin en le "reliant" aux autres.

La rencontre clinique est un *espace de conciliation* au sens où elle permet une justification du patient (justification des conduites thérapeutiques ou préventives), une légitimation du patient en tant qu'expert de son propre corps, et une conciliation du malade avec son groupe par la reconnaissance sociale et la validation de certaines qualités et valeurs individuelles (le bon travailleur, le bon(ne) mari, épouse, père, mère, enfant, ami, etc., le bon malade). C'est aussi un *espace de contestation* où le choix d'un registre explicatif est une forme de contestation de la société, mais aussi du pouvoir médical et de l'autorité, un acte de résistance contre certaines injonctions médicales. La relation médecin-malade, par la négociation qu'elle permet, est un instrument pour recomposer et maintenir un certain ordre social, un "ordre négocié" (17), dans lequel la loi médicale, qu'on l'accepte ou qu'on la conteste, est un principe organisateur.

La notion d'exculpation comme principale logique des processus d'attribution des causes de la maladie par les malades montre que la négociation des modèles explicatifs de la maladie est structurée par la question de la responsabilité du malade dans sa maladie.

Conclusion

Cette étude permet de renouveler l'approche de la relation médecin-malade dans les sciences sociales en ébauchant un modèle anthropologique qui s'affranchit des modèles asymétriques et de la problématique du pouvoir médical, des obstacles à la relation, des dysfonctionnements de l'interaction (voir encadré 3). Elle permet de poser

⁹ Modèle explicatif de la maladie (MEM) : les MEM sont conçus par les individus pour définir, expliquer ou donner un sens à l'apparition d'une maladie (11). Un MEM doit répondre à un ou plusieurs niveaux de questionnement suivant pour expliquer la maladie : l'étiologie, le moment et le mode de début des symptômes, la physiopathologie, l'évolution de la maladie (dont le degré de gravité et le mode d'évolution), le traitement. Il faut distinguer les MEM qui sont une réponse *particulière* de l'individu malade à un épisode donné de maladie, des modèles culturels qui sont des conceptions culturelles partagées de la santé et de la maladie dans les différents secteurs de soins (populaire, traditionnel et biomédical). Le MEM est d'abord un système cognitif pour appréhender le monde, un outil de connaissance et d'explication du monde qui va orienter le système cognitif d'appréhension de la maladie. En tant que système cognitif, le MEM va permettre une mise en ordre des événements par l'interprétation qui en est donnée. Le MEM permet une mise en ordre du vécu.

un autre regard sur le travail des médecins généralistes : la rencontre médecin-patient est un lieu où se crée du lien social, en plus du lien thérapeutique.

Dans la pratique quotidienne du généraliste, cette notion de lien est à prendre en compte car elle donne une autre grille de lecture du discours des patients qui permet de comprendre tous les enjeux de la rencontre clinique.

D'autre part, s'il est vrai que les généralistes, ces "médecins de famille", créent, renforcent ou réparent du lien social à longueur de consultation, comme d'autres font de la prose, sans le savoir, théoriser une pratique médicale plus ou moins intuitive met en valeur cette pratique et élargit le champ de la réflexion sur la relation médecin-malade en tant que relation thérapeutique.

Encadré 1 : l'observation participante

Le travail de terrain, c'est à dire l'observation directe et prolongée des populations est une caractéristique de l'ethnologie. L'observation participante consiste à observer un groupe humain en s'immergeant durablement en son sein et en participant aux activités quotidiennes du groupe. On doit le concept à B. Malinowski qui l'a théorisé dans *Les Argonautes du Pacifique Occidental* en soulignant que les règles de la vie sociale ne sont nulle part formulées. Ainsi, seule l'observation de situations concrètes permet de comprendre les principes implicites qui organisent l'expérience des "indigènes". L'imprégnation progressive à laquelle se livre l'ethnologue qui s'immerge dans une culture qui lui est étrangère permet de saisir le vécu quotidien des événements sociaux et les comportements sociaux essentiels à la compréhension des sociétés.

L'approche ethnographique qu'a initié B.M. avec l'observation participante mène au but que s'est fixé tout ethnologue : saisir le point de vue de l'indigène, ses rapports à la vie, de comprendre sa vision de son monde. Elle obéit à la nature même des faits observés : la nature partiellement inconsciente des faits de culture et leur dimension symbolique. Ainsi il devient indispensable d'observer ce qui ne peut pas être dit parce que cela ne peut pas être explicité. La culture ne s'exprime pas tant dans les institutions ou les règles, que dans les manières de d'agir ou de penser qui sont vécues de façon inconsciente. D'où la nécessité d'une observation directe qui, pour qu'elle soit fructueuse, doit s'inscrire dans une familiarisation progressive du groupe, une imprégnation et une implication réelle au sein de la communauté observée qui permet de comprendre les interactions quotidiennes qui forment la matière de l'observation ethnographique, de dénouer des situations implicites, de faire sens avec les situations singulières et concrètes.

L'ethnologue n'atteint une rigueur scientifique dans ces conditions d'observation que s'il se débarrasse auparavant de ses préjugés culturels et se présente sur le terrain avec l'ouverture d'esprit nécessaire. Il lui faut relativiser ses propres valeurs culturelles pour en saisir leur arbitraire, pour être à même de comprendre la culture des autres et de la constituer en objet de recherche. L'altérité demeure une condition essentielle du regard anthropologique. Si l'ethnologue travaille dans les sociétés occidentales, il doit effectuer une mise à distance avec son objet d'étude, un processus d'objectivation de ses propres catégories d'entendement (18).

La qualité de l'observation dépend du regard de l'ethnographe qui "part à la recherche de la signification des variations", de la capacité de l'ethnographe "de bien regarder et de tout regarder, en distinguant et en discernant ce que l'on voit", de sa capacité à déconstruire les rapports sociaux pour les étudier dans leur polysémie. Il n'y a pas de recettes, c'est dans la description ethnographique, c'est à dire "la transformation du regard en langage (...) que se jouent les qualités d'observation, de sensibilité, d'intelligence et d'imagination du chercheur. C'est là que l'on attend l'ethnologue (=

celui qui fait émerger la logique propre à telle culture). C'est à partir de ce voir organisé dans un texte que commence à s'élaborer un savoir : le savoir caractéristique des anthropologues" (19).

Encadré 2 : Les entretiens biographiques

En complément de l'observation directe, l'ethnologue doit donner la parole aux individus (entretiens, récits de vie). La méthode biographique, commune à la sociologie et à l'anthropologie, est une méthode d'investigation précieuse pour recueillir des informations nouvelles et favoriser l'appréhension des modes de pensée des autres, pour comprendre comment les individus intériorisent et mettent en pratique les normes officielles (18).

Elle consiste à produire un récit par un informateur choisi par sa position sociale ou sa fonction en relation avec les informations recherchées. Le récit est produit soit par le narrateur (autobiographie), soit par l'enquêteur au cours d'entretiens avec le sujet. Dans ce cas, l'écoute de l'enquêteur doit être "attentive et non passive" (4) pour éviter que le narrateur idéalise et valorise certains moments de sa vie et en occulte d'autres, d'où l'utilisation d'entretiens semi directifs (canevas, des guide d'entretiens construit à partir des hypothèses de travail) qui permettent une libre expression tout en exerçant un contrôle minimum. L'entretien explore toute la vie ou seulement des pans de cette vie en relation avec les informations souhaitées. L'analyse des documents biographiques nécessite une contextualisation du récit (bonne connaissance du groupe et de l'environnement de l'informateur), des recoupements à partir d'autres sources (compléments d'informations, autres récits, archives historiques, etc.) (20).

Encadré 3 : Les différentes approches de la relation médecin-malade (en tant que relation sociale) dans les sciences sociales

- La sociologie fonctionnaliste, avec T. Parsons (21), a permis de dégager le modèle du "rôle de malade". Le rôle du malade est de rechercher la guérison et de coopérer avec les soignants, ce qui annule le caractère de déviance de la maladie (la maladie est pensée comme une déviance) et légitime son état. La fonction du médecin étant de soigner, son rôle est de légitimer le statut de malade. C'est un *modèle asymétrique* -une asymétrie de rôle, puisque le médecin est actif dans la résolution du problème alors que le malade est passif (il accepte les soins donnés), et non une asymétrie de pouvoir- mais c'est un *modèle consensuel*, voire paternaliste, puisque le malade reconnaît et accepte le pouvoir du médecin.

- L'approche interactionniste, avec E. Friedson (22), a montré que le modèle de la relation - et le type d'autorité du médecin - est orienté par le statut social du malade, par l'existence de barrières sociales ou culturelles, par le cadre institutionnel de la rencontre et par le type de formation du médecin. E. Friedson va imposer un *modèle conflictuel* de la relation médecin-malade dans lequel la médecine est une entreprise morale et un instrument de contrôle social et de reproduction des pouvoirs. Cette conception d'une médecine hégémonique, étayée par les travaux de M. Foucault, va être le support idéologique d'un certain nombre de travaux critiques dénonçant l'*asymétrie de pouvoir* dans la relation médecin-malade. L'approche interactionniste a mis également en avant le *rôle d'acteur* du malade dans sa prise en charge thérapeutique, et celui de la *négociation* pour arriver à recomposer et à maintenir un certain ordre social, la maladie étant pensée comme un changement social, un désordre (17, 23, 24).

Les analyses conversationnelles dans le début des années 1970 répondaient à la problématique de “*l’échange inégal*” dans la rencontre clinique (25- 29). Elles ont évolué vers le modèle de la “*coopération conversationnelle*” et vers celui de “*stratégie interactionnelle du malade*”(30). L’approche interactionniste propose actuellement le modèle des “*medical voices*” et “*popular voices*”, dans lequel la rencontre clinique est une dialectique entre, d’une part, la “voix de la médecine”, qui se décompose en “voix institutionnelle” technicienne et scientifique, et en “voix clinique” qui intègre le contexte clinique et les contraintes institutionnelles, et d’autre part, la “voix du monde vécu” (*voice of lifeworld*) que l’on peut décomposer en “voix populaire”, c’est à dire le discours populaire sur la maladie, et en “voix du patient”, c’est à dire la reconstruction du discours dans le contexte clinique avec évacuation d’une partie du discours populaire (29, 31).

- L’approche anthropologique décrit la rencontre clinique comme une interface culturelle entre le malade et le médecin, une rencontre entre deux savoirs. Le *modèle transactionnel* de la relation médecin-malade élaboré par l’anthropologie clinique est une approche cognitive qui doit permettre au praticien de découvrir le modèle explicatif du malade, et qui secondairement met l’accent sur la négociation, au sens d’un échange de savoir entre les partenaires de l’interaction pour parvenir à un terrain d’entente sur le sens des symptômes et sur la prescription (15). Les approches cliniques centrées sur le patient ont intégré ce modèle dans les années 90 (32).

RÉFÉRENCES

- 1- Fainzang S., *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*. Paris, Editions EHESS, 1989
- 2- Herzlich C., *Santé et maladie. Analyse d’une représentation sociale*. Paris, Editions EHESS, 1969 (réédition 1992)
- 3- Eck-Sarradon A., *S’expliquer la maladie. Une ethnologie de l’interprétation de la maladie en situation de soins*. Thèse d’Anthropologie, Aix-en-provence, Université Aix-Marseille III, 2000
- 4- Bertaux D., L’approche biographique : sa validité méthodologique, ses potentialités, *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 1980, LXIX, 201-25
- 5- Kleinman A., *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*, Berkeley/Los Angeles/London, University of California Press, 1995
- 6- Good B., *Comment faire de l’anthropologie médicale. Médecine, réalité, vécu*. Paris, Institut Synthélabo, Coll. Les empêchements de penser en rond, 1998
- 7- Austin J. L. *Quand dire, c’est faire*, Paris, Seuil, 1970 (réed. 1991)
- 8- Sarradon-Eck A., Les représentations populaires de la maladie et de ses causes, *Rev Prat Med Gen* 2002; 16 (565) :
- 9- Gluckman M., *The allocation of responsibility*, Manchester, Manchester University Press, 1972
- 10- Greenhalgh T., Hurwitz B., Why study narrative?, *B.M.J.*, 1999; 318 : 48-50
- 11- Kleinman A., *Patients and healers in the context of culture*, Berkeley/Los Angeles/London, University of California Press, 1980
- 12- Zempléni A., La maladie et ses causes. Introduction, *L’ethnographie*, 1985; 96-97 : 13-44
- 13- Chambonnet Y., Mahot E., Lemort J.P., Gillier S., Marjolit M., Okomé M., “Avoir des vers”. Croyances et connaissances populaires actuelles dans l’ouest de la France, *Rev Prat Med Gen* 2002; 16 (560) : 73-7
- 14- Lieutaghi P., *L’herbe qui renouvelle. Un aspect de la médecine traditionnelle en Haute Provence*. Paris, Editions de la Maison des Sciences de l’Homme, 1986

- 15- Katon W., Kleinman A., Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care, In Eisenberg, Leon and Kleinman (Eds), *The relevance of social science for medicine*, D. Reidel Publishing Co, 1981
- 16- Gagnon E., Saillant F., *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux*, Québec/Paris, PUL/L'Harmattan, 2000
- 17- Baszanger I., Les maladies chroniques et leur ordre négocié, *Revue française de sociologie*, 1986, XXVII; 1:3-21
- 18- Géraud M.O., Leservoisier O., Pottier R., *Les notions clefs de l'ethnologie. Analyses et textes*, Paris, Armand Colin, 1998
- 19- Laplantine F., *La description ethnographique*, Paris, Nathan, 1996
- 20- Poirier J., Clapier-Valladon S., Raybaut P., *Les récits de vie. Théorie et pratique*, Paris, PUF, 1983
- 21- Parsons T., *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 1958
- 22- Friedson E., *La profession médicale*, Paris, Payot, 1884
- 23- Strauss A., La conscience d'une mort proche : les ambiguïtés de la conscience ouverte, In *La trame de la négociation. Sociologie quantitative et interactionniste*, Baszanger I. (ed), Paris, L'Harmattan, 1992
- 24- Lacoste M., Le travail du malade dans la consultation hospitalière, in *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*, Lyon, Presse Universitaire de Lyon, 1993, 85-98
- 25- Ong L.M.L., De Haes J.C., Hoos A.M., Lammes F.B., Doctor-patient communication : a revue of the litterature, *Soc Scien Med*, 1995, 7 : 903-18
- 26- Roter D.L., Hall J.A., Katz N.R., Patient-Physician communication : a descriptive summary of the litterature, *Patient Education and Counselling*, 1988, 12 : 99-119
- 27- Roter D., FrankelR., Quantitative and qualitative approaches to the evaluation of the medical dialogue, *Soc Scien Med*, 1992, 34 : 1097-1103
- 28- Lacoste M., Langage et interaction : le cas de la consultation médicale, in *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*, Lyon, Presse Universitaire de Lyon, 1993, 33-61
- 29- Mischler E., *The discourse of medicine : dialectics of medical interviews*, Norwood, Alex Publiscing corporation, 1984
- 30- Health C., Diagnostic et consultation médicale : la préservation de l'asymétrie dans la relation entre patient et médecin, in *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*, Lyon, Presse Universitaire de Lyon, 1993, 65-76
- 31- Massé R., Legaré F., The limitation of a negociation model for perimenopausal women, *Sociology of Health & Illness*, 2001, 23; 1 : 44-64
- 32- Stewart M., Belle Brown J., Wayne Weston W., McWhinney I.R., McWilliam C.L., Freeman T.R., *Patient-centered Medicine. Transforming the clinical Method*, Londres, Sage Publications, 1995