

La flexibilité des médecins offrant des soins de première ligne aux personnes en situation de pauvreté : la compétence sociale revisitée

Adaptability of Physicians Offering Primary Care to the Poor: Social Competency Revisited



CHRISTINE LOIGNON, PHD

*Département de médecine familiale, Université de Sherbrooke
Sherbrooke, QC*

ALEXANDRINE BOUDREAU-FOURNIER, PHD

*Département d'anthropologie, University of Victoria
Victoria, BC*

Résumé

Cet article tente d'approfondir le thème de la compétence sociale des médecins offrant des soins de première ligne à des populations en situation de pauvreté à Montréal. La flexibilité ainsi que l'adaptation de la pratique des médecins pour correspondre aux attentes, besoins et capacités des patients se sont révélées comme étant importantes dans l'articulation du concept de compétence sociale. Le cas du paternalisme est utilisé pour démontrer comment une approche médicale historiquement et socialement contestée est réappropriée par les acteurs dans certains contextes afin de mieux répondre aux attentes des patients. Cet article présente des données obtenues dans le cadre d'une recherche qualitative reposant sur 25 entrevues semi-dirigées avec des médecins reconnus par leurs pairs pour avoir développé des pratiques exemplaires en milieu de pauvreté à Montréal.

Abstract

This paper attempts to go deeper into the topic of social competency of physicians who provide primary care to populations living in poverty in Montreal. Adaptability as well as

the ability to tailor practices according to patient expectations, needs and capabilities were found to be important in the development of the concept of social competency. The case of paternalism is used to demonstrate how a historically and socially contested medical approach is readapted by players in certain contexts in order to better meet patient expectations. This paper presents data collected in a qualitative study comprising 25 semi-supervised interviews with physicians recognized by their peers as having developed exemplary practices in Montreal's impoverished neighbourhoods.

Introduction

Les personnes en situation de pauvreté vivent souvent des expériences négatives de soins et se sentent parfois jugées par les médecins qui les soignent (Hutchison 2007; Loignon 2006; Loignon et al. 2009; Mercer et al. 2007; Reid 2007). Ce constat est d'autant plus regrettable que la qualité de la relation thérapeutique entre les médecins et les patients est un facteur clé de l'efficacité des soins (Bedos et al. 2003; Bedos et al. 2005; Loignon et al. 2009). La distance sociale qui subsiste entre les médecins et les personnes en situation de pauvreté est l'un des facteurs majeurs qui nuit à l'établissement d'une alliance thérapeutique.

D'une part, les personnes en situation de pauvreté éprouvent des difficultés à comprendre le langage et les recommandations des médecins, qui sont souvent exprimées dans un jargon biomédical (Boltanski 1971; Delruelle-Vosswinkel 1992). D'autre part, les médecins comprennent mal les personnes en situation de pauvreté et éprouvent des frustrations lorsque ces dernières ne suivent pas leurs recommandations. Cela engendre une attitude négative à leur égard (Hall et al. 1988; Milgrom et al. 1999; O'Shea et al. 1983; Rouse et Hamilton 1991) : les médecins tendent à être plus directifs avec eux, leur accordent moins de temps de consultation et leur donnent moins d'information sur les traitements (Hall et al. 1988). Les médecins se sentent également dépassés et peu outillés lors des consultations, car ces patients accumulent les problèmes de santé (Loignon et al. 2009; Malat 2006; Parizot 2003).

En bref, il est difficile pour les médecins d'établir une bonne relation thérapeutique avec leurs patients lorsque la distance sociale est importante. Surmonter cette distance sociale requiert donc une « compétence sociale » de la part des médecins. La compétence sociale est un processus qui repose sur des connaissances, des habiletés et des dispositions permettant une interaction fructueuse entre un soignant et un patient malgré la distance sociale qui les sépare. Elle permet aux médecins de soigner leurs patients en comprenant mieux leurs conditions de vie et en s'adaptant à leurs besoins comme à leurs capacités. Deux études récentes menées au Québec par notre équipe (Loignon et al., 2010a; Loignon et al. 2010b) auprès de dentistes soignant les démunis indiquent que cette compétence sociale contribue à renforcer l'alliance thérapeutique (Loignon et Boudreault-Fournier 2012).

Dans le cadre du projet de recherche « La compétence sociale des médecins dans la dispensation des soins aux personnes en situation de pauvreté » (Loignon et al. 2010a), nous avons tenté de discerner les compétences et les savoir-faire acquis par les médecins travaillant avec des personnes en situation de pauvreté et de déceler comment ces outils relationnels

contribuent à l'élaboration d'une alliance thérapeutique positive avec le patient. Notre recherche tente de répondre à la question suivante : est-il possible de construire un modèle de compétence sociale des médecins travaillant en contexte de pauvreté? Sans fournir une réponse complète à cette question, cet article élabore, d'un point de vue critique, le thème de la compétence sociale en s'attardant à la spécificité des réalités sociales et de la santé de l'individu.

Pour ce faire, nous utiliserons les données recueillies lors d'entrevues semi-dirigées réalisées avec des médecins reconnus par l'un de leurs pairs pour avoir acquis une compétence sociale en soignant des personnes vivant en situation de pauvreté à Montréal. Dans cet article, nous allons aborder le sujet controversé du paternalisme en médecine, ce qui nous permettra de suggérer que les médecins de notre échantillon possèdent une grande capacité à adapter leur pratique afin de combler les besoins spécifiques des patients. Ainsi, nous nous pencherons sur la flexibilité des médecins à adapter cette pratique et considèrerons cette habileté comme une forme de compétence sociale qui s'acquiert au fil du temps et de l'expérience.

Avant d'approfondir l'aspect de la flexibilité et de l'adaptation de la pratique, nous expliquerons brièvement le modèle conceptuel qui nous a permis de nous pencher sur la notion de compétence sociale. Puis, nous présenterons brièvement les quatre dimensions de la compétence qui ont émergé lors de nos entrevues. Cependant, dans le cadre de cet article, nous insisterons davantage sur la quatrième dimension émergente, soit *l'offre de soins primaires adaptés aux besoins, demandes, priorités et conceptions de la santé des patients*. Cette dernière dimension nous permettra de préciser comment les médecins ayant acquis une compétence sociale auprès des populations confrontées à la pauvreté parviennent à adapter leur pratique en diapason avec les attentes et capacités de leurs patients.

Cadre méthodologique

Nous avons effectué 25 entrevues semi-dirigées avec des médecins offrant des soins primaires dans la grande région métropolitaine. Les entrevues ont été conduites de novembre 2009 à mars 2011. La sélection des médecins s'est effectuée à l'aide d'une technique qualitative de collecte de données appelée « boule de neige ». Cette méthode consiste à demander aux participants de recommander de potentiels collaborateurs pour ainsi bâtir un échantillon. Le terme « boule de neige » est utilisé métaphoriquement afin de suggérer que les relations se forment à travers des associations mutuelles, des connexions sociales et professionnelles qui ont le potentiel de générer une profusion de données. Cette technique a comme avantage de fournir une variation maximale des composantes de l'échantillon. Ainsi, la variation de l'échantillonnage demeure émergente et séquentielle (Lincoln et Guba dans Maykut et Morehouse 1994 : 57).

Nous avons demandé aux médecins interviewés de nous recommander d'autres collègues qui auraient, selon eux, acquis des habiletés et élaboré des stratégies, donc une compétence sociale, avec les populations vivant sous le seuil de pauvreté à Montréal. Tous les médecins recommandés devaient offrir des soins de première ligne et devaient pratiquer dans la grande région de Montréal. Nous avons donc rencontré des médecins travaillant avec des populations considérées comme « vulnérables » ou « en situation de pauvreté ». Les médecins interviewés

offraient des soins à une ou plusieurs des populations suivantes : personnes sur l'assistance sociale, immigrants et réfugiés, toxicomanes, itinérants, familles à faible revenu, jeunes de la rue, autochtones en milieu urbain, travailleurs précaires et mères monoparentales.

Nous n'avons pas tenté préalablement de définir en quoi consistait un « patient pauvre » ou une clientèle dite « vulnérable », car nous nous intéressions également à la construction de ces concepts du point de vue des médecins. En outre, l'une des questions posées aux médecins lors des entrevues concernait le pourcentage de leurs patients vivant en situation de pauvreté. Selon les propos rapportés par les médecins, entre 60 et 98 % de leur clientèle était composée de personnes en situation de pauvreté.

Pour notre recherche, nos entrevues ont été conduites par l'une des auteures (Boudreault-Fournier), qui a à son actif une très bonne expérience en recherche qualitative. Un guide d'entrevue, mis sur pied par la chercheuse principale (Loignon), en collaboration avec les co-chercheurs, a été utilisé pour diriger les entrevues. Les entrevues ont été enregistrées. Après chaque entrevue, un rapport sommaire a été rempli dans lequel les recommandations pour les prochaines entrevues (raffinement des questions, thèmes à ajouter, etc.) ont été inscrites. Nous avons effectué un retour sur chaque entrevue, sous forme de discussion entre Boudreault-Fournier et Loignon ainsi qu'avec d'autres membres de l'équipe de chercheurs. Enfin, la chercheuse principale s'est assurée de la fiabilité de la démarche en consultant les informations contenues dans les rapports d'entrevue et en se référant aux enregistrements audio ainsi qu'aux transcriptions.

Les entrevues ont duré en moyenne 1 heure et se sont déroulées la plupart du temps dans le bureau des médecins. Certains ont préféré faire l'entrevue dans un endroit public (café) ou privé (à leur demeure). Le choix du lieu, de l'heure et du jour de la rencontre était laissé à la discrétion des médecins. Nous avons obtenu un taux de participation élevé; tous les médecins contactés ont accepté d'emblée de participer à notre étude. Nous avons interviewé 12 femmes et 13 hommes, médecins de famille, ayant de 2 à 40 années d'expérience de pratique. Tous les médecins interviewés pratiquaient en milieu urbain.

Les entrevues ont été retranscrites intégralement puis codées grâce au logiciel NVivo (QSR). La réduction des données a été effectuée à l'aide de la codification qui consistait à étiqueter, verbatim par verbatim, les différents éléments abordés dans les entrevues. Nous avons établi une liste sommaire de codes correspondant aux différentes variables à l'étude. Cette liste s'est précisée en cours d'analyse avec l'apparition de codes induits et le raffinement des codes préexistants. Les résultats ont été présentés aux chercheurs sous forme de tableaux qui résumaient les données obtenues pour chacune des 25 entrevues.

De la compétence culturelle à la compétence sociale

Il n'existe pas à ce jour de modèle qui porte sur la relation médecin-patient dans un contexte de différence sociale, par exemple entre médecins et personnes recevant de l'assistance-emploi, où la distance sociale est très marquée (Loignon et al. 2009; Malat 2006). Par ailleurs, la montée du phénomène de diversité culturelle aux États-Unis a donné lieu à un foisonnement de

travaux qui ont débouché sur des modèles de soins dans un cadre interculturel. Par exemple, le modèle de développement de la sensibilité interculturelle de et plus récemment le modèle de Campinha-Bacote (2002) sur la compétence culturelle (Bennett 1993; Campinha-Bacote 2002).

Le modèle de Campinha-Bacote comprend 5 dimensions : 1) sensibilité culturelle; 2) connaissance culturelle; 3) habileté culturelle; 4) rencontre culturelle; et 5) désir culturel. Campinha-Bacote définit la sensibilité culturelle « cultural awareness » comme une prise de conscience de son milieu culturel et professionnel pour reconnaître ses préjugés et parti pris culturels. Cette prise de conscience permet aux professionnels de la santé de ne pas imposer leurs croyances et valeurs sur d'autres cultures. La connaissance culturelle « cultural knowledge » consiste à l'acquisition de connaissances sur les patients provenant de divers groupes culturels et ethniques pour comprendre leur vision du monde, un facteur décisif dans l'interprétation du bien-être et de la maladie chez les patients. L'habileté culturelle « cultural skill » quant à elle réfère à la compétence d'amasser des données culturelles pertinentes sur le problème d'un patient « incluant une évaluation physique sensible à la dimension culturelle » pour ainsi mieux répondre aux spécificités de l'individu. La rencontre culturelle (cultural encounters) est le processus qui encourage le professionnel de la santé à s'engager directement dans des interactions interculturelles avec des patients de différentes origines. L'acquisition d'une compétence linguistique ou l'utilisation d'interprètes sont des exemples concrets de ce processus. Enfin, le désir culturel « cultural desire » correspond à la motivation que possède un professionnel de la santé à s'engager dans différentes relations culturelles. Ce désir implique une approche attentionnée; une motivation réelle à apporter des soins, en considérant le facteur culturel comme un facteur significatif dans la dispensation des soins.

De nombreux auteurs ont reproché au concept de compétence culturelle, et aux travaux qui en découlent, d'être a-théoriques et de ne proposer qu'une série de trucs à faire et à ne pas faire, avec le risque de stéréotyper les différents groupes ethniques. Nous avons retenu le modèle de Campinha-Bacote car celui-ci propose de concevoir la compétence culturelle comme un processus d'interaction sociale qui s'acquiert avec le temps et la motivation. Ce modèle s'avérerait pertinent comme point de départ pour appréhender d'un point de vue sociologique le processus d'interaction clinique où il existe des différences en termes d'appartenance de classe ou de distance sociale (Loignon et al. 2010a).

Ainsi, nous définissons la compétence sociale comme un processus qui repose sur des connaissances, des habiletés et des dispositions permettant une interaction fructueuse entre un soignant et un patient malgré la distance sociale qui les sépare. La compétence sociale telle que nous l'entendons prend forme dans le contexte des soins centrés sur la personne. Cette compétence a pour but de réduire la distance sociale qui prévaut entre le médecin et le patient démuné. Elle comprend les cinq dimensions de Campinha-Bacote : la sensibilité sociale, la connaissance sociale, l'habileté sociale, la rencontre sociale et le désir social.

Comme Campinha-Bacote, nous considérons la compétence « sociale » comme un processus d'acquisition d'habiletés et d'outils pour mieux rejoindre les besoins des patients et non

comme une fin en soi. L'acquisition de compétences est un processus qui a été mentionné par plusieurs médecins interrogés. Ils ont souligné l'importance de l'expérience dans cette acquisition, et ce, particulièrement dans un contexte social caractérisé par la pauvreté. Nous aimerions ajouter que l'acquisition de l'expérience ne se fait pas seulement en contexte médical; elle peut aussi s'acquérir à l'extérieur de celui-ci (Tervalon et Murray-Garcia 1998), y compris, toujours selon nos entrevues, lors de stages de coopération internationale et d'une pratique avec les populations amérindiennes vivant dans le Nord du Québec.

En outre, Campinha-Bacote (2002 : 181) mentionne qu'il y a une relation directe entre le niveau d'adéquation des soins de santé offerts par les médecins et la sensibilité culturelle qu'ils possèdent envers leurs patients. Brach et Fraserirector (2000) nous rappellent cependant que nous possédons peu de preuves pour identifier les compétences culturelles qui peuvent être considérées comme concluantes et encore moins de preuves sur la façon de les implanter. Cependant, une analyse préliminaire des données recueillies dans le cadre d'une recherche en cours (Loignon et al. 2010b) démontre que les patients en situation de pauvreté reconnaissent de façon générale les compétences fondamentales que devrait posséder leur médecin de famille.

Les cinq composantes de la compétence sociale des médecins

En nous partageant leurs expériences de pratique en milieu de pauvreté urbaine, les médecins interrogés font référence indirectement et spontanément aux cinq composantes du modèle de compétence sociale. Ainsi, ils reconnaissent que ces compétences font partie de ce que devrait constituer une relation positive qui favorise les soins et encourage les patients à s'investir dans la prise en charge de leur santé. Cette relation positive augmenterait l'autonomie du patient en lui procurant une forme d'« empowerment ». Ainsi, une telle approche encouragerait la participation du patient à l'amélioration de son bien-être au sens large.

Nous avons fait ressortir quatre thèmes qui correspondent à des approches mises de l'avant par les médecins concernant les soins offerts aux individus en situation de pauvreté. Ces thèmes reflètent sous plusieurs perspectives le modèle de compétence sociale que nous avons adapté à celui proposé par Campinha-Bacote. En outre, ces quatre thèmes nous permettent d'approfondir notre analyse de ce que pourrait constituer l'ensemble des compétences sociales des médecins travaillant en contexte de pauvreté.

Le premier thème qui a fortement émergé lors de nos entrevues est la reconnaissance du statut privilégié du médecin. Plusieurs médecins reconnaissent qu'ils occupent une position économique et sociale avantageuse et prestigieuse au sein de la société. De plus, ils apprécient le caractère privilégié de leur relation avec leurs patients, une relation qui est fondée sur le témoignage privé et personnel de ceux-ci. Plusieurs ont conscience de leur rôle en tant que médiateur de la santé dans la société et s'engagent dans des activités de défense des patients.

Le deuxième thème émergeant est la connaissance aiguisée qu'ont les médecins des réalités socio-économiques vécues par leurs patients. Ils possèdent une fine connaissance des conditions de leurs patients au quotidien et ils comprennent les dynamiques sociales liées à la pauvreté qui ont un impact direct sur la vie de ceux-ci. Enfin, ils possèdent une empathie et

une sensibilité envers des situations difficiles ainsi qu'envers les limites socio-économiques qui restreignent leurs patients par rapport aux changements qu'ils doivent apporter à leurs habitudes de vie.

Le troisième thème est la promotion d'une alliance thérapeutique positive qui respecte les conditions sociales des patients. L'approche du médecin est fondée sur (mais non limitée à) l'empathie, l'écoute en profondeur, le respect, une attitude sans jugement, des habiletés de communications adaptées et une continuité dans l'intervention et le discours adoptés. Enfin, les médecins évitent une approche paternaliste non sensibilisée.

Le quatrième et dernier thème émergent est l'offre de soins primaires adaptés aux besoins, demandes, priorités et conceptions de la santé des patients. Les médecins reconnaissent l'existence de plusieurs perceptions de la santé parmi leurs patients qui proviennent de divers contextes sociaux. Ils adaptent conséquemment leurs approches thérapeutiques ainsi que leurs stratégies d'intervention selon les attentes et conceptions de la santé des patients.

Ce quatrième thème suppose donc une prise de conscience des priorités et des conceptions du patient ainsi qu'une transformation de la pratique pour ainsi encourager une rencontre entre les perspectives du médecin et du patient. La transformation de la pratique et des approches de soins nécessitent une grande flexibilité de la part du médecin. La flexibilité est donc conçue comme un effort d'adaptation du professionnel de la santé à une diversité de patients vivant des situations sociales complexes. Les médecins démontrent à travers leurs récits une adaptation constante et ce, pour l'ensemble des patients qu'ils rencontrent.

Certains médecins ont suggéré que des transformations organisationnelles pouvaient également être apportées pour ainsi faciliter cette rencontre, et, par le fait même, encourager une approche positive des soins et services offerts aux patients en situation de pauvreté. Par exemple, l'un de nos participants, qui travaille dans un quartier ayant un pourcentage élevé de nouveaux immigrants, expliquait qu'il a décidé de transformer son horaire de travail en consacrant une plus grande partie de son temps aux périodes sans rendez-vous offertes à ses patients. Selon lui, l'attente trop longue pour obtenir un rendez-vous engendrait un fort taux d'absentéisme dans sa clinique. Toujours selon lui, n'étant pas habitués à une attente aussi longue, plusieurs immigrants optaient pour d'autres moyens plus rapides ou laissaient tomber leur rendez-vous sans l'annuler. Pour éviter cette situation, ce médecin a donc décidé d'agir en adaptant son horaire et celui de sa clinique à la conception des services de santé de cette population en particulier. Sa flexibilité ainsi que celle de son institution d'attache lui a permis de réagir à une situation qui nuisait à sa pratique ainsi qu'à la santé de ses patients.

Le cas du paternalisme revisité

Dans le contexte nord-américain, l'approche centrée sur le patient est reconnue comme un standard de « bonne pratique » de la médecine familiale. Le recours à cette approche par les médecins a démontré des bénéfices importants pour les patients (Laine et Davidoff 1996; Stewart et al. (eds) 2003). La place centrale accordée au patient dans le processus de décision est un thème dominant à l'intérieur de la discipline médicale (Murphy 2008).

Conséquemment, les médecins sont généralement réticents à adopter une attitude paternaliste puisqu'elle est perçue négativement. Tous les médecins de famille que nous avons interviewés appuient cette idée générale, qui reflète une définition restreinte¹ du paternalisme.

Cependant, plusieurs de nos participants ont explicitement et abondamment rapporté que les compétences se transforment en fonction du contexte et de la dynamique sociale auxquels ils ont à faire face. Selon notre perspective, ceci suggère que la flexibilité d'un médecin ainsi que son pouvoir de jugement doivent être considérés comme des facteurs fondamentaux constituant une approche de soins centrée sur le patient. De plus, ces nuances ajoutent à la complexité de la notion de compétence sociale en plus de faire ressortir sa relativité. En d'autres termes, acquérir une compétence sociale suppose une capacité d'adapter sa pratique en relation avec les caractéristiques spécifiques rencontrées à un temps donné. L'acquisition de compétences est donc un processus qui nécessite une adaptation constante.

Pour illustrer notre point, nous nous proposons d'analyser le cas du paternalisme. Dans un chapitre tiré du recueil « Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method » Brown, Weston et Stewart (2003) nous rappellent que parvenir à un accord commun sur le rôle du patient dans le processus de prise de décision ne suppose pas nécessairement que le patient adopte un rôle actif. Certains patients peuvent renoncer à leur pouvoir de décision en déléguant leur pouvoir décisionnel à leur professionnel de santé (p. 91). Scherger (2009) soulève également cette idée en mentionnant qu'il y aura toujours des patients qui voudront être pris en charge et qui réclament une attitude paternaliste de leur clinicien. Les médecins, souligne-t-il, doivent posséder l'habileté de se transformer tel un caméléon qui s'adapte au gré de chaque patient (p. 287). Ces nuances nous permettent d'entrevoir un modèle de compétence sociale flexible et aligné avec les réalités du patient.

En ce qui concerne les personnes vivant une situation de pauvreté, plusieurs médecins interviewés nous ont confié qu'il peut être bénéfique d'adopter une attitude « paternaliste » bienveillante avec certains de ces patients dans des circonstances spécifiques. Ce point a été abordé particulièrement par les médecins qui offrent des soins aux patients : (1) vivant une problématique complexe de toxicomanie; (2) d'immigration récente ou réfugiés; et (3) âgés et vivant une situation de précarité sociale. Les médecins ont reconnu opter pour une approche plus « paternaliste » dans ces situations particulières où ils considèrent qu'elle serait bénéfique pour leurs patients.

Un bref survol de ces circonstances spécifiques nous permettra de démontrer comment la flexibilité ancrée dans l'adaptation de la pratique des médecins (quatrième thème majeur) permet d'offrir des soins qui sont appropriés aux besoins et aux demandes des personnes en situation de pauvreté.

CONTEXTE PROBLÉMATIQUE DE TOXICOMANIE

L'un de nos participants, un médecin qui travaille depuis plus de neuf ans au centre-ville de Montréal avec une majorité de patients ayant des problèmes de consommation de drogues, nous a confié qu'il vérifie fréquemment la véracité d'une information transmise par l'un de ses

patients en le confrontant directement et ouvertement.

Ce médecin précise qu'il peut, par exemple, appeler un pharmacien lors d'une consultation avec son patient pour vérifier si ce dernier a consommé sa dose habituelle de méthadone. Cette technique, qui découle a priori d'une attitude paternaliste, pourrait être perçue comme inappropriée par certains. Cependant, ce médecin nous a confié que cette attitude lui permettait d'établir ses limites avec des patients qui ont une forte tendance à lui mentir compulsivement.

Ainsi, dans le cadre d'une problématique en toxicomanie où les patients ont des comportements prononcés de rechute et de non-conformité, les médecins ont mis sur pied des stratégies de suivi serré, comprenant l'imposition de limites et l'adoption d'une approche d'encadrement stricte, mais bienveillante.

CONTEXTE D'IMMIGRATION ET DU STATUT DE RÉFUGIÉ

D'après nos entrevues, certains médecins décident d'adopter une approche « paternaliste » auprès de certains patients immigrants ou réfugiés. Selon eux, des patients peuvent demander à leur médecin de combler un rôle plus autoritaire; certains d'entre eux s'attendent à ce que leur médecin leur dise quoi faire, car c'est à ce type de relation qu'ils ont été habitués dans leur pays d'origine. Les médecins peuvent décider de reproduire cette attente dans le contexte canadien parce que les patients le réclament.

Ainsi, nous pouvons présumer que certains immigrants habitués à une relation médecin-patient caractérisée par une attitude autoritaire peuvent s'attendre au même décorum dans leur terre d'accueil. Il est bien possible que dans certains cas où le stress d'adaptation à la société canadienne est déjà présent, une approche plus informelle et basée sur le dialogue et la négociation des soins de la part des médecins peut devenir une source d'inconfort et d'incertitude pour certains immigrants. C'est en considérant cette réalité précaire que ces médecins peuvent décider d'adopter une telle approche plus encadrante.

CONTEXTE DE PRÉCARITÉ SOCIALE DES PERSONNES ÂGÉES

En parlant de la relation de soins qui existe entre les patients et eux-mêmes, plusieurs médecins utilisent l'expression « négocier l'agenda ». Cette approche relationnelle en médecine familiale vise à donner une autonomie aux patients en leur procurant un espace de parole et de décision à propos des soins qui leurs sont offerts. Cette approche soutient que le patient est expert de son corps et qu'il est donc le mieux placé pour prendre des décisions sur sa vie. Néanmoins, l'implantation d'une approche médecin-patient orientée vers une négociation de l'agenda en médecine familiale est récente.

En effet, nos aînés ont connu une réalité bien différente de la médecine, caractérisée jusqu'à tout récemment par un modèle paternaliste fondé sur des intentions de bienfaisance. Certaines personnes âgées peuvent donc s'attendre à une relation plus autoritaire avec leur médecin. Ainsi, dans certaines circonstances, elles ne désirent pas nécessairement avoir à négocier les traitements qu'elles devraient suivre ou non puisqu'elles n'ont pas nécessairement été habituées à le faire dans le passé.

Les médecins interviewés ont mentionné qu'ils ont des patients âgés qui désirent recevoir des indications claires sur ce qu'ils doivent faire plutôt que de négocier un agenda. Aux yeux des médecins, ces patients ont besoin de se faire rassurer. Une figure médicale plus autoritaire peut leur procurer ce réconfort.

Il est clair qu'au cours des années, des changements de mœurs dans les sociétés québécoise et canadienne ont influencé les approches de soins en médecine familiale. Il est donc concevable que l'on puisse observer diverses attentes chez différentes générations d'une même population. En étant sensibles à ces nuances générationnelles, les médecins qui ont acquis une compétence sociale peuvent donc mieux adapter leur approche pour ainsi répondre d'une manière plus efficace et satisfaisante aux besoins de leurs patients.

Quelques remarques pour conclure

Une approche humaniste du paternalisme devrait être entendue comme une forme d'accompagnement qui émerge grâce à une approche flexible et une compréhension en profondeur des conditions sociales et de santé du patient (Loignon et Boudreault-Fournier 2012).

Nos données portant sur la compétence sociale des médecins nous permettent de faire ressortir deux critiques principales adressées au concept de compétence culturelle. Cette analyse nous permet de mieux comprendre comment nous utilisons ce concept dans le contexte de soins avec des populations en situation de pauvreté.

Premièrement, comme illustré par l'exemple du paternalisme, l'acquisition des compétences sociales ne peut être conçue comme une recette, c'est-à-dire une liste de trucs à faire et à ne pas faire (Kleinman et Benson 2006). Nous croyons plutôt que le pouvoir de jugement et l'habileté à changer et à adapter les stratégies de pratique d'un médecin selon les besoins du patient est à la base d'une approche sensible des soins. Nous concevons la notion de compétence comme un continuum d'habiletés qui sont acquises, élaborées et appropriées tout au long de l'expérience du médecin.

Deuxièmement, certains anthropologues ont critiqué le fait que le modèle de compétence culturelle ne reconnaît pas la diversité des entités qui existent à l'intérieur de groupes culturels (Carpenter-Song et al. 2007 : 1363). L'exemple du paternalisme nous permet de répondre en partie à cette critique en démontrant que la population vivant en situation de pauvreté est complexe et composée d'individus aux réalités sociales diverses. Nous ne pouvons donc pas parler d'une seule réalité de la pauvreté, mais bien d'une multitude de contextes sociaux qui s'expriment à travers les trajectoires individuelles et qui influencent le quotidien des personnes. Ainsi, en adoptant une vision de la compétence qui s'inscrit dans un continuum au lieu d'être perçue comme une liste de recommandations prédéterminées et décontextualisées, nous contribuons à la déconstruction d'une version homogénéisée de la dite « population vulnérable ».

Enfin, comme suggéré dans cet article, adopter une attitude paternaliste dans certains cas coïncide paradoxalement avec les objectifs d'une approche centrée sur les besoins et les demandes du patient. Adapter sa pratique à ces conditions suppose une flexibilité et un pouvoir de jugement, deux habiletés acquises grâce à l'expérience et la compréhension en

La flexibilité des médecins offrant des soins de première ligne aux personnes en situation de pauvreté : la compétence sociale revisitée

profondeur de la situation et des conditions de vie d'un patient. Ainsi, une approche flexible des soins dans un contexte de pauvreté appuie le quatrième thème dominant qui a fortement émergé lors de nos entrevues, c'est-à-dire l'offre de soins primaires adaptés aux besoins, demandes, priorités et conceptions de la santé des patients.

La flexibilité de la pratique des médecins encourage une approche positive des soins offerts aux patients en situation de pauvreté. En référence aux différences culturelles, certains ont souligné l'importance de l'humilité dans l'approche des soins (Trevalon et Murray-Garcia 1998). Nous préférons dans ce contexte spécifique parler de flexibilité, parce qu'elle nécessite un effort du médecin afin d'adapter sa pratique pour répondre à un besoin ou à une demande du patient. C'est cette volonté d'action qui démontre, bien plus que l'humilité et l'empathie, le désir de rejoindre l'autre et de répondre à ces attentes au meilleur de ses possibilités.

NOTE

1. Buchanan (2008) utilise le terme « strong » pour se référer à cette version du paternalisme.

Correspondance : Pour Christine Loignon, Département de médecine familiale, Université de Sherbrooke. Courriel : Christine.Loignon@USherbrooke.ca. Pour Alexandrine Boudreault-Fournier, Département d'anthropologie, Université de Victoria. Courriel : alexbf@uvic.ca.

RÉFÉRENCES

- Bedos, C., J.M. Brodeur, L. Boucheron, L. Richard, M. Benigeri, M. Olivier et al. 2003. "The Dental Care Pathway of Welfare Recipients in Quebec." *Social Science & Medicine* 57: 2089–99.
- Bedos, C., J.M. Brodeur, A. Levine, L. Richard, L. Boucheron et W. Mereus. 2005. "Perception of Dental Illness among Persons Receiving Public Assistance in Montreal." *American Journal of Public Health* 95: 1340–44.
- Bennett, M.J. 1993. "Towards a Developmental Model of Intercultural Sensitivity." Dans Paige, Michael, éd. *Education for the Intercultural Experience*. Yarmouth, ME : Intercultural Press.
- Boltanski, L. 1971. « Les Usages sociaux du corps. » *Les Annales* 26(1): 205–33.
- Brach, C. et I. Fraserirector. 2000. "Can Cultural Competency Reduce Racial and Ethnic Health Disparities? A Review and Conceptual Model." *Medical Care Research and Review* 57(1): 181–217.
- Brown, J.B., W.W. Weston et M. Stewart. 2003. "The Third Component: Finding Common Ground." Dans Stewart, Moira, et collab., *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Oxon: Radcliffe Medical Press: 83–99.
- Buchanan, D. 2008. "Autonomy, Paternalism, and Justice: Ethical Priorities in Public Health." *American Journal of Public Health* 98(1): 15–21.
- Campinha-Bacote, J. 2002. "The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care." *Journal of Transcultural Nursing* 13(3): 181–84.
- Carpenter-Song, E., M.N. Schwallie et J. Longhofer. 2007. "Cultural Competence Reexamined: Critique and Directions for the Future." *Psychiatric Services* 58(10): 1362–65.
- Delruelle-Vosswinkel, N. 1992. *Introduction à la sociologie générale*. Bruxelles : Université de Bruxelles.
- Hall, J.A., D.L. Roter et N.R. Katz. 1988. "Meta-Analysis of Correlates of Provider Behavior in Medical Encounters." *Med Care* 26(7): 657–75.
- Hutchison, B. 2007. "Disparities in Healthcare Access and Use: Yackety-Yack, Yackety-Yack." *Healthcare Policy* 3(2): 10–18.

- Kleinman, A. et P. Benson. 2006. "Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It." *PLOS Medicine* 3(10): 294.
- Laine, C. et F. Davidoff. 1996. "Patient-Centered Medicine." *JAMA* 275(2): 152–56.
- Loignon, C. 2006. « Représentations de la maladie, des traitements et conduites thérapeutiques : l'expérience de l'asthme. » Thèse (Ph. D.). Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
- Loignon, C., C. Bedos, R. Sévigny et N. Leduc. 2009. "Understanding the Self-care Strategies of Patients with Asthma." *Patient Education and Counseling* 75(2): 256–62.
- Loignon, C., A. Landry, P. Allison L. Richard et C. Bedos. 2012. "How do Dentists Perceive Poverty and People on Social Assistance? A Qualitative Study." *Journal of Dental Education* 76(5): 745–52
- Loignon, C. et A. Boudreault-Fournier. 2012. "From Paternalism to Benevolent Coaching." *Canadian Family Physician* 58: 1194–95.
- Loignon, C., J.L. Haggerty, M. Fortin, C.P. Bedos, D. Barbeau et D. Allen. 2010a. "Physicians' Social Competence in the Provision of Care to Persons Living in Poverty : Research Protocol." *BMC Health Services Research* 10(79).
- Loignon, C., J.L. Haggerty, M. Fortin, C.P. Bedos, D. Barbeau et D. Allen. 2010b. "What Makes Primary Care Effective for People in Poverty Living with Multiple Chronic Conditions? Study Protocol." *BMC Health Services Research* 10(320).
- Malat, J. 2006. "Expanding Research on the Racial Disparity in Medical Treatment with Ideas from Sociology." *Health (London)* 10(3): 303–21.
- Maykut, P. et R. Morehouse. 1994. *Beginning Qualitative Research: A Philosophical and Practical Guide*. London: The Falmer Press.
- Mercer, S.W., P.G. Cawston et A.P. Bikker. 2007. "Quality in General Practice Consultations; A Qualitative Study of the Views of Patients Living in an Area of High Socio-Economic Deprivation in Scotland." *BMC Family Practice* (8)22.
- Milgrom, P., P. Hujoel, D. Grembowski and R. Fong. 1999. "A Community Strategy for Medicaid Child Dental Services." *Public Health Reports* 114(6): 528–32.
- Murphy, J.F.A. 2008. "Paternalism of Partnership: Clinical Practice Guidelines and Patient Preferences." *Irish Medical Journal* 101(8): 232.
- O'Shea, R.M., N.L. Corah et W.A. Ayer. 1983. "Dentists' Perceptions of the 'Good' Adult Patient: An Exploratory Study." *Journal of the American Dental Association* 106(6): 813–16.
- Parizot, I. 2003. *Soigner les exclus*. Paris : PUF : 296.
- Reid, C. 2007. *The Wounds of Exclusion. Poverty, Women's Health and Social Justice*. Oxford : Berg publishers : 286.
- Rouse, R.A. et M.A. Hamilton. 1991. "Dentists Evaluate their Patients: An Empirical Investigation of Preferences." *Journal of Behavioral Medicine* 14(6): 637–48.
- Scherger, J.E. 2009. "Future Vision: Is Family Medicine Ready for Patient-directed Care?" *Family Medicine* (41)4: 285–88.
- Stewart, M. et collab. 2003. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method* (eds). Oxon: Radcliffe Medical Press.
- Tervalon, M. et J. Murray-Garcia. 1998. "Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education." *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 9(2): 117–25.