



Comprendre le patient : s'engager derrière la recherche qualitative ?

Understanding the patient: getting involved in qualitative research?

Gérard Bourrel

exercer 2013;105:45-6.

g.bourrel@wanadoo.fr

Département de médecine générale –
UFR Montpellier-1

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

« Les plus belles récoltes sont celles qui ont été semées sur un sol qui n'existe pas »
(René Char)

Pour répondre à la question que pose le titre de ce propos, il faut d'abord en examiner la première partie. Il est impossible de développer une recherche qualitative sans s'être approprié ses conditions de mise en œuvre, qui déterminent l'art de la compréhension. La relation de soin est bien le lieu, ou le moment, où se déploie cet art par lequel un être humain entreprend la formidable et grisante tâche de comprendre un autre être humain. C'est aussi le moment pour le médecin de s'interroger sur ses pratiques. Pour imaginer ce travail, Shawn-Christopher Shea utilise la métaphore de la pièce obscure, dans une vieille maison victorienne, à la lueur d'une bougie : parfois, alors que l'on scrute les ombres, un coup de vent souffle la flamme et replonge la pièce dans le noir¹. Pourtant, avec de la patience, le visiteur commence bientôt à distinguer les traits des portraits de famille. Julia Kristeva, philosophe, avait aussi évoqué une autre image représentant le travail analogue du philosophe et du médecin disant que « *tous les deux scrutaient l'étrange* »². De la même manière, les caractéristiques subtiles d'un patient émergent petit à petit. C'est l'art du médecin de faciliter cette émergence en créant l'alliance.

Cependant, tous les cliniciens n'ont pas cette perception sensible du patient, cette intuition *a priori* de ce qui se manifeste devant leurs yeux ou qui y est absent. D'autres ont cette « sensibilité théorique »

qui les entraîne d'emblée vers des tableaux cliniques occultant la personne, d'autres, enfin, pressentant l'implicite, ont cette pudeur et cette réserve prudente qui les font rester au seuil de la pièce obscure de peur de « se brûler » au contact de l'intimité révélée. Chaque médecin a la liberté d'exercer son art en son âme et conscience. L'incursion dans la pièce obscure ne tient qu'à lui.

Toutefois, les enseignants de médecine générale ne peuvent se satisfaire de cette liberté, car elle peut générer des insuffisances. Il est de leur responsabilité de former un médecin qui ne voit pas que ce qui est éclairé par la lumière, négligeant les zones d'ombre. Il y a derrière ce propos une question qui s'impose : comment concilier l'intérêt pour la personne humaine, pour l'expérience subjective des patients, et développer une clinique exclusivement axée sur l'observable et sur le mesurable ? Paul Valéry, qui avait côtoyé le milieu médical, disait à ce sujet : « *L'enseignement doit commencer par la sensibilité et non par les idées ; la sensibilité, cette faculté que l'on oppose à tort à l'intelligence et qui, en fait, en est la puissance motrice* »³. Ces deux positions seraient naturellement imbriquées, et l'une sans l'autre ne donnerait pas de résultats satisfaisants. Apprendre la sensibilité dans la relation de soin, apprendre à pénétrer par les « *portes de la perception* » dans

les pièces obscures n'est pas une préoccupation pédagogique nouvelle, mais les facultés de médecine ont-elles la volonté d'enseigner cette approche ?

Étudiant les fondements de la relation de soin en entretien clinique, l'approche phénoménologique est un fondement épistémologique et méthodologique privilégié pour répondre à cet apprentissage. Il est impossible de choisir une méthode sans commencer par s'approprier le contenu épistémologique qui la fonde. Sans lui, elle a peu de chances d'être menée à bien. Pour être un bon phénoménologue, Peirce a édicté trois conditions : apprendre à voir (on ajoutera à sentir, à « écouter » les données) ; dans ce qui est vu, apprendre à distinguer ce qui est pertinent pour l'objet de la recherche ; enfin, avoir, à partir de tous ces traits, cette capacité d'abstraction généralisante qui était les diagnostics⁴. Comment mieux décrire la méthode clinique de terrain ? Le médecin de premier recours remplit cette dernière condition en procédant par le raisonnement d'abduction que décrit Peirce. C'est par ce raisonnement abductif qu'il développe le plus souvent son argumentaire, partant de « *tous les effets des phénomènes* » pour s'orienter vers les abstractions nosologiques.

Cependant, éclairer les zones d'ombre de la personne humaine demande une pratique du questionnement phénoménologique. Cela se passe dans l'entretien clini-



© carballo - Fotolia.com

que, essentiel dans l'approche qualitative. Bernard Pachoud, psychiatre, rappelle qu'il existe aujourd'hui deux acceptions du terme phénoménologie⁵. Sous l'influence anglo-saxonne, la première évoque la « phénoménologie de telle maladie ou de tel trouble ». Il s'agit alors de la description de « tout ce qui est observable » tel que cela apparaît au médecin sans qu'il s'y rajoute ; ce terme est alors proche de celui, classique, de « séméiologie » ou de « clinique ». La seconde, d'origine plus philosophique, concerne l'étude du « comment le monde apparaît au patient » visant à étudier l'expérience qu'il vit ici et maintenant. Les deux acceptions interviennent dans l'exploration de l'expérience subjective. Dans ce contexte, « l'entretien d'explicitation », fondé sur les principes méthodologiques liés à la phénoménologie et décrit par

Pierre Vermersch⁶, est un dispositif de collecte de données de choix, une source efficace d'information.

L'art de la compréhension relèverait donc d'une triple condition : l'empathie, l'authenticité du médecin, et l'engagement du patient pour développer l'alliance au cours d'un entretien d'explicitation permettant l'analyse de son expérience vécue en situation.

Il convient ensuite de développer une recherche sur la démarche décrite ci-dessus. Faut-il engager les étudiants dans cette voie ? Faut-il prendre la responsabilité de le faire ? La recherche qualitative doit être autre chose qu'un acte politique et militant. Elle relève du besoin d'une information la plus complète et pertinente possible que la recherche quantitative peine à fournir : comment comprendre les comportements en santé, le déni, l'inobservance, les addictions, les troubles des comportements alimentaires, les théories subjectives des patients, les interactions sociales dans le champ de la santé, les troubles de la communication ? Comment donner plus de signification aux résultats d'enquêtes épidémiologiques ? Comment donner davantage de sens aux chiffres ? Il est évident que les deux types de recherche sont complémentaires, et l'on se plaît à le répéter. Mais les mêmes efforts pour développer les deux approches sont-ils faits ?

Que les jeunes chefs de clinique qui se destinent à une carrière universitaire hésitent à s'engager vers cette recherche qualitative par crainte de ne pas satisfaire aux canons scientifiques exigés est dommageable pour la santé même de la médecine générale. S'engager dans la recherche qualitative en médecine générale, c'est aussi s'engager vers une recherche-formation-action riche pour le chercheur, pour sa production et pour la discipline.

A contrario, les jeunes représentants universitaires qui s'y engagent ont la responsabilité de développer une recherche qualitative de qualité, scientifiquement recevable, susceptible d'apporter une information fiable et utile à la compréhension holistique de l'expérience humaine complexe.

Références

1. Shea SC. La conduite de l'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension. Paris : Elsevier, 2005.
2. Kristeva J. Étrangers à nous-mêmes. Paris : Fayard, 1988:156.
3. Mandin A. Le médecin et le monde moderne. Journal de médecine de Strasbourg 1981;12: 475-6.
4. Depraz N. Comprendre la phénoménologie. Une pratique concrète. Paris : Armand Colin, 2006.
5. Pachoud B. La perspective phénoménologique. In : Cyssau C, eds. L'entretien en clinique (2^e ed.). Paris : In press, 2003.
6. Vermersch P. L'entretien d'explicitation. (5^e ed.). Paris : Esf, 2006.