

LES CANEVAS DE RAISONNEMENT DANS LA DYNAMIQUE DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT A PROPOS DU CORPS

**CATHERINE GARNIER
MARTINE QUESNEL**

Université du Québec à Montréal, Canada

MICHEL-LOUIS ROUQUETTE

Université Paul Valéry, Montpellier, France

Au coeur de la relation médecin-patient ne se trouve pas autre chose que le corps. Une telle affirmation choquera certains, tandis que d'autres n'y verront qu'une simple évidence. En fait, ces appréciations contradictoires reflètent très bien l'état actuel du domaine de la santé, largement remis en question dans ses fondements socio-cognitifs traditionnels. Nous sommes en présence de deux injonctions conceptuelles : d'une part, de très près ou d'un peu plus loin, le corps est par définition l'objet de l'investigation et de l'intervention du médecin ; mais d'autre part, ce même corps est aussi le médiateur de la communication pour les deux acteurs de la relation thérapeutique. Ainsi, l'ordre matériel et l'ordre symbolique, et surtout les valorisations respectives qui en sont faites, s'accordent ou s'affrontent, s'épousent ou s'excluent. C'est pourquoi il nous a semblé opportun de nous intéresser à la représentation sociale du corps chez les médecins, et plus particulièrement à l'éventuelle transformation de celle-ci dans le contexte changeant des systèmes de santé.

Les travaux d'Aballéa (1987) mettent en évidence la centralité des représentations sociales du corps dans les processus de médicalisation. Cette étude montre en effet comment s'établissent les liens entre ces représentations d'une part, celles de la santé et celles de la maladie d'autre part. De plus, elle permet de voir comment cet ensemble s'articule avec le type de recours à la consultation médicale dans différentes catégories socio-économiques. Démarche à la fois théorique et empirique, l'analyse d'Aballéa le conduit à identifier trois dualités à partir desquelles il est possible de différencier les groupes sociaux : corps global est opposé à corps morcelé, corps parlant à corps muet, et

corps sujet à corps objet. Ces différents pôles peuvent être théoriquement combinés en deux triades, telles que ceux qui se représentent le corps de façon "globale" se le représentent aussi "parlant" et "sujet", tandis que ceux dont la vision est celle d'un corps "morcelé" le voient aussi "muet" et "objet". Les résultats confirment l'existence de ces deux triades, qui se trouvent elles-mêmes associées à une conception particulière de la maladie et de la santé : *ouverte* et *abstraite* lorsqu'il s'agit du corps global, *causale* et *instrumentale* pour le corps morcelé. Enfin, ces deux profils déterminent le type de recours aux soins : sélectif et préventif dans le premier cas, ce recours n'apparaît dans le second que lorsque le fonctionnement du corps est devenu impossible. Il semble donc, selon cette étude, que la représentation du corps soit une pièce charnière dans l'organisation de la pensée commune relative aux questions de santé. D'autres travaux, menés cette fois-ci auprès des médecins (Garnier *et al.*, 1996), vont dans le même sens en montrant comment le corps est imbriqué dans les différentes dimensions de la relation médicale.

Lorsqu'on les interroge aujourd'hui sur la place du corps dans leur pratique professionnelle, les médecins éprouvent, semble-t-il, le besoin de justifier leurs prises de position et leurs gestes mêmes par rapport à des considérations déontologiques dont la prégnance est renforcée par des exigences sociales de plus en plus pressantes. Le pouvoir médical tel qu'il s'exprime dans la relation immédiate avec le patient n'est plus aussi "innocent" et péremptoire qu'il pouvait l'être naguère ; il faut désormais qu'il s'argumente - et parfois se défende. Il porte la trace du trouble et témoigne d'une agression extérieure potentielle, à tout le moins d'une mise en cause. On reconnaît là (cf. Rouquette et Guimelli, 1995) les conditions propices à l'apparition de "canevas de raisonnement" qui ont pour fonction, et en tout cas pour effet, de préserver le fonctionnement de la représentation. Deux formes typiques de ces canevas ont été jusqu'à présent identifiées : on parle de "schèmes étranges" (à la suite de Flament, 1987, 1989) lorsque l'élément contradictoire est finalement intégré sur la base d'une justification *ad hoc* (par exemple, dans une communauté gitane, "un Gitan qui vole un autre Gitan, ce qui normalement n'arrive pas, a été poussé à le faire par la dépendance et le besoin d'argent qu'entraînent la consommation de drogue". Cf. Mamontoff, 1996) ; on parle de "schème de la négation" lorsque l'élément contradictoire se trouve rejeté au profit de la préservation "sans concession" de la représentation (par exemple, dans le même cadre, "un Gitan qui vole un autre Gitan n'est pas, ne saurait être, un vrai Gitan"). La préférence pour l'un ou l'autre de ces canevas dépend notamment de la réversibilité perçue de la situation et de la centralité de l'élément mis en cause (Rouquette et Guimelli, art. cit. ; Rouquette et Huguet, 1997).

Les schèmes étranges semblent accompagner, au moins dans certains cas, les processus de transformation d'une représentation sociale. C'est ce qui se produit lorsque les sujets doivent s'adapter à de nouvelles exigences sociales qui les conduisent à modifier leurs pratiques antérieures. Les circonstances ou les pressions déstabilisantes les amènent à prendre en compte des positions et des modes d'action contradictoires avec ce qu'ils considéraient jusque là comme normal. Provisoirement au moins, ils parviennent à justifier ces exceptions ou ces manquements à une règle tout en maintenant celle-ci : tels sont, on vient de le rappeler, les "schèmes étranges".

Si l'on s'intéresse plus particulièrement à la situation actuelle des médecins dans les pays développés, on peut s'interroger sur la possible apparition de ces canevas de

raisonnement dans le discours qu'ils tiennent sur leur pratique. Identifier la présence de telles structures argumentatives reviendrait alors à diagnostiquer la probable transformation en cours de la représentation sociale du corps qui est la leur. Il convient, certes, de rester prudents dans l'interprétation de ce signe ; mais il constitue un indice éventuel là où nous n'en connaissons actuellement pas d'autre.

Techniquement, le problème réside dans l'identification *a posteriori* des canevas. Or, cette question a été jusqu'ici peu traitée, les quelques études disponibles (toutes référencées dans la bibliographie ci-après) ayant un caractère théorique et/ou expérimental manipulant la définition *a priori* de ces canevas. On ne dispose ainsi pour l'instant d'aucune méthodologie bien rodée pour réaliser ces repérages en situation d'étude sur le terrain.

Toutefois, la description (Flament, 1987, 1989) et la formalisation (Guimelli et Rouquette, 1993, à partir du modèle SCB) de la structure des schèmes étranges fournissent des intuitions relativement précises.

On sait en effet que ces canevas articulent quatre composantes : 1. Le rappel de ce qui est habituel, normal, et même normé ; 2. l'indication d'une exception ou d'une "étrangeté" ; 3. la mention d'une contradiction ou d'une dissonance entre les deux premiers traits ; 4. la rationalisation, qui fait intervenir un nouvel élément cognitif et permet d'intégrer la contradiction, au moins pour un temps (voir plus haut l'exemple synthétique qui a été donné à propos du vol entre Gitans). Ces quatre composantes ne sont pas toujours concomitantes dans le discours des sujets, loin s'en faut. Il est donc nécessaire de procéder à un travail de reconnaissance, d'extraction et de réorganisation. Pour y parvenir, il est utile de tenir compte, d'une part du mode d'interrogation (en l'occurrence, du type d'entretien) et de son organisation dynamique au fil des thèmes abordés, d'autre part de l'agencement de la représentation visée autour d'éléments saillants préalablement identifiés par une autre technique de recueil de données.

METHODOLOGIE

Cette analyse exploratoire a été menée auprès de vingt médecins québécois sélectionnés sur la base d'un échantillonnage préalable contrasté à partir des trois critères de sexe, d'expérience professionnelle (moins de 8 ans vs plus de 15 ans de pratique) et de lieu d'exercice (hôpital, centre de soins ou cabinet privé). Par ailleurs, l'échantillon était limité géographiquement au grand Montréal et tous les médecins avaient été formés dans la province de Québec. On a distingué enfin, lors du recrutement, les omnipraticiens et les spécialistes (tableau 1).

TABLEAU 1

Répartition de la population interviewée selon l'ancienneté de la pratique, la spécialisation et le sexe

	Mons de 15 ans	Plus de 15 ans	Répartition totale
Omnipraticiens	5, H=4, F=1	4, H=2, F=2	9, H=6, F=3
Spécialistes	5, H=2, F=3	6, H=6, F=0	11, H=8, F=3
Répartition totale	10, H=6, F=4	10, H=8, F=2	20, H=14, F=6

("normalement") nécessaire dans la relation médecin-patient ; cependant, selon eux, il est actuellement préférable d'éviter son utilisation avec tous les patients, car c'est la meilleure

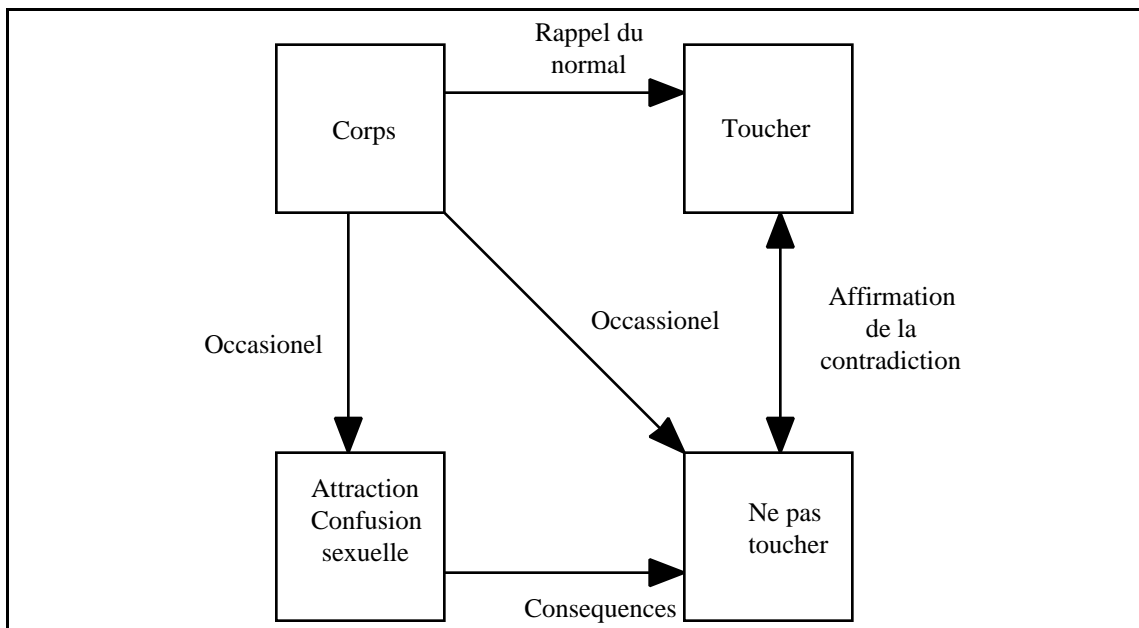


Figure 1
Schème étrange portant sur la pratique du toucher.

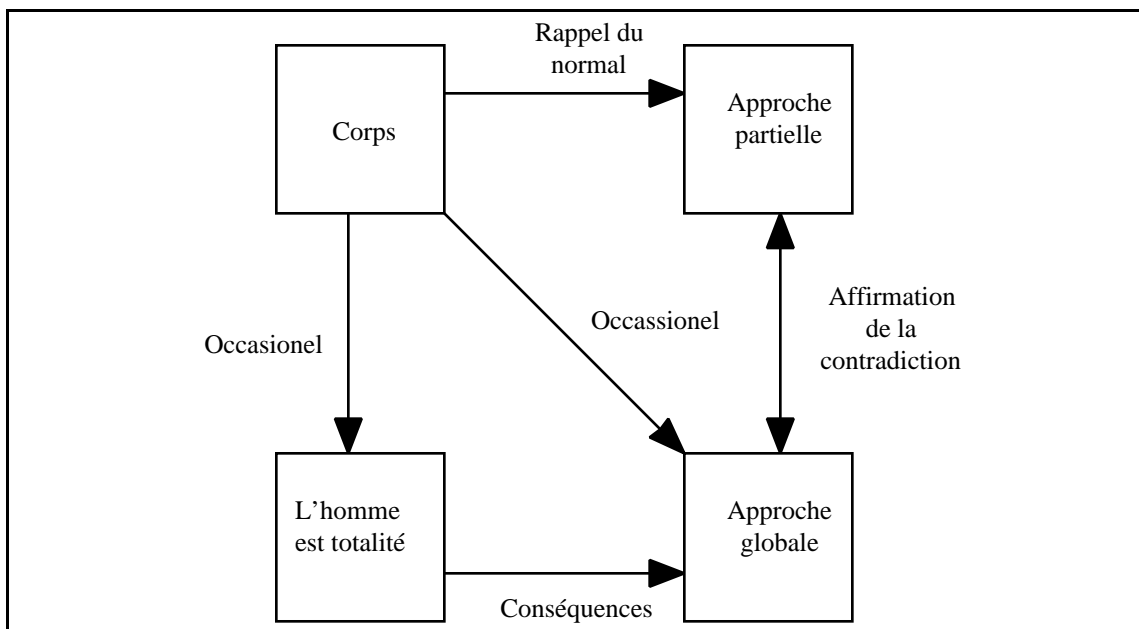


Figure 2
Schème étrange relatif au thème du corps morcelé.

façon d'éviter des poursuites judiciaires ou, au mieux, des interprétations négatives. Renonçant au toucher, ils conservent ainsi, paradoxalement, une attitude professionnelle. L'interprétation formelle de ce premier cas est donnée dans la figure 1.

2. Le deuxième schème étrange qui a été identifié se profile à l'occasion des idées développées à propos du morcellement du corps et d'une certaine forme de dualisme. Les médecins s'expriment alors, en résumé, de la façon suivante : normalement, le praticien s'intéresse à des éléments, des organes qui sont déficients chez le malade ; le reste n'est pas son affaire ; mais il arrive qu'il soit plus approprié de prendre en considération la personne dans sa totalité, car les approches purement techniques et morcelées sont quelquefois mises en défaut (figure 2).

3. Le troisième schème étrange est en rapport avec l'utilisation des indices externes pour établir le diagnostic. Il semble qu'à cet égard beaucoup de médecins éprouvent de sérieuses difficultés. Normalement, les praticiens basent leur diagnostic sur les résultats de tests scientifiques qu'ils ont tendance à prescrire systématiquement ; cependant, les abus dans ce sens et les coûts jugés exorbitants qu'ils entraînent conduisent les médecins à faire leur diagnostic, dans les cas "évidents", à partir des seuls signes externes qu'ils peuvent identifier par observation directe (figure 3).

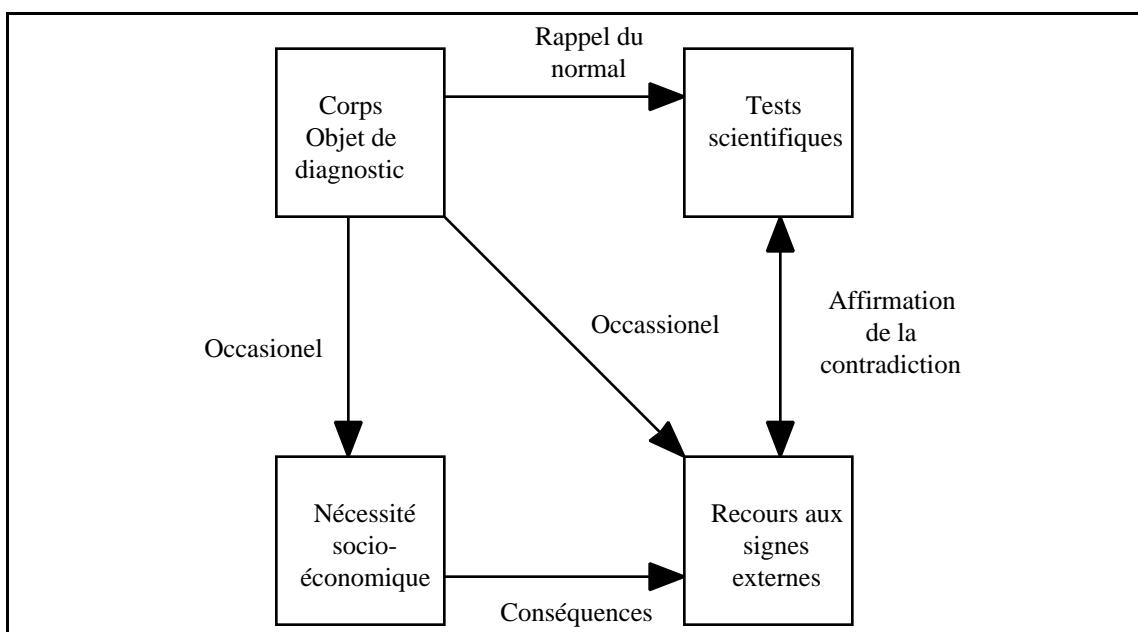


Figure 3

Schéma étrange concernant le recours préférentiel aux signes externes.

4. Le dernier schème, enfin, concerne le réaménagement circonstanciel d'une norme relationnelle. Normalement, les médecins entretiennent avec leur patient des relations uniquement professionnelles à visée thérapeutique ; cependant, il peut arriver que des amitiés soient tissées entre médecins et patients, ce qui introduit une autre dimension à gérer, le client n'étant plus simplement un corps physique, ensemble d'organes ou de symptômes, mais une personne. Cette circonstance demeure (doit demeurer ?) l'exception (figure 4).

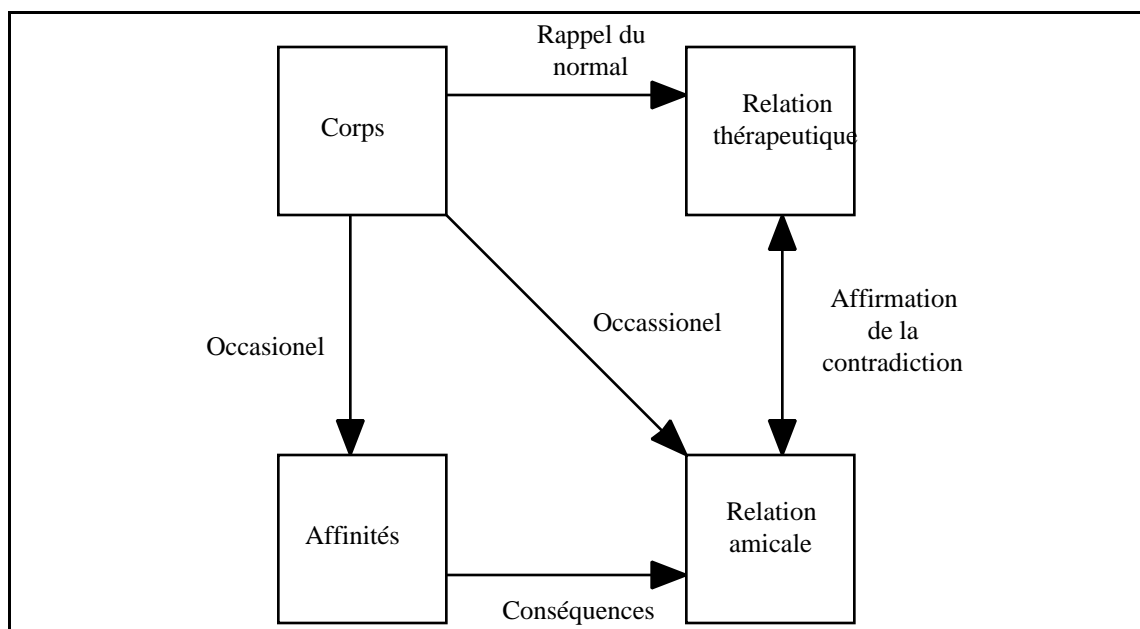


Figure 4

Schème étrange en relation avec la norme relationnelle professionnelle.

Ces quatre schèmes ont donc été extraits du corpus des entretiens et ils illustrent le même canevas formel de pensée. Ils apparaissent tous chez la plupart des médecins interrogés (la quantification n'aurait guère de sens ici, étant donnée la faible taille de l'échantillon) ; chez quelques uns, le même schème apparaît plusieurs fois ; d'une manière générale, ces différents schèmes semblent plus récurrents dans le discours des généralistes que dans celui des spécialistes.

CONCLUSIONS

Comme le suggèrent les résultats obtenus par l'analyse multidimensionnelle des associations libres, la présence de ces schèmes étranges semble révélatrice d'une phase de transformation des représentations du corps chez les médecins. L'analyse des déterminants et des conditions de cette transformation ressortit davantage à la sociologie qu'à la psychologie sociale. Mais celle-ci peut précisément saisir les inflexions ou expressions cognitives des changements intervenus dans la pratique.

Sur un plan plus technique, cette brève étude exploratoire s'efforce de montrer par ailleurs comment il est possible de repérer des schèmes étranges "au naturel", dans le discours de personnes convenablement interrogées. Nul doute que les méthodes d'analyse de discours puissent permettre d'affiner et de fiabiliser ce repérage. Le moment venu, il restera cependant à s'interroger sur le rapport entre leur coût et leur rendement.

BIBLIOGRAPHIE

Aballéa F. (1987). Le besoin de santé. Les déterminants de la consommation. Paris: Publications du CNTERHI, diffusion PUF.

- Flament C. (1987). Pratiques et représentations sociales. In J.-L. Beauvois, R.-V. Joule et J.-M. Monteil (Eds), *Perspectives cognitives et conduites sociales*. 1, 143-150. Cousset: DelVal.
- Flament C. (1989). Structure et dynamique des représentations sociales. In D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales*, 204-219. Paris: Presses Universitaires de France.
- Garnier C., Rouquette M.-L., Cucumel G., Giroux L., Quesnel M. et Rodrigue J. (1996). Interaction médecin-patient et stratégies de formation. Rapport de recherche, Montréal, UQAM (Financement PNRDS n° 6605-4586-55).
- Guimelli C. et Rouquette M.-L. (1993). Note sur la formalisation des schèmes étranges dans l'étude des représentations sociales. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n° 19, 43-48.
- Mamontoff A.-M. (1996). Transformation de la représentation sociale de l'identité et schèmes étranges : le cas des Gitans. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n° 29, 64-77.
- Rouquette M.-L. et Guimelli C. (1995). Les "canevas de raisonnement" consécutifs à la mise en cause d'une représentation sociale : essai de formalisation et étude expérimentale. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n°28, 32-43.
- Rouquette M.-L. et Huguet N. (1997). La représentation sociale du travail chez les chômeurs : "mise en cause" et "canevas de raisonnement", *Revue de carriéologie*, (à paraître).

Catherine Garnier & Martine Quesnel
CIRADE, UQAM
C.P. 8888, succ. Centre-ville
Montréal (QC) H3C 3P8
Canada

Michel-Louis Rouquette
Université Paul-Valéry
Route de Mende
34199 Montpellier Cedex 5
France