

Du paternalisme à l'encadrement bienveillant

Nouveau modèle de soins

Christine Loignon PhD Alexandrine Boudreault-Fournier PhD

Dans le contexte contemporain nord-américain, l'approche centrée sur le patient est devenue l'idéologie prédominante de la médecine¹. La centralité du patient et sa participation dans les décisions se sont dégagées comme des thèmes primordiaux², ayant pour effet que l'antipaternalisme est devenu un principe philosophique prééminent dans la relation médecin-patient³.

Cela étant, notre commentaire soulève les questions suivantes: Qu'arrive-t-il si, dans l'intimité du cabinet de consultation, certains patients demandent une forme plus autoritaire de conseils, ce que nous désignons par un encadrement bienveillant, de la part de leur médecin? Une approche à l'égard des soins qui permet l'exercice potentiel d'une autorité concorde-t-elle avec les valeurs fondamentales du dévouement qui sous-tendent le modèle centré sur le patient?

Profil complexe du paternalisme

Ce sont 2 sources récentes d'information qui nous incitent à poser ces questions. D'abord, dans une étude que nous avons réalisée, le paternalisme a été cerné comme un thème récurrent dans l'analyse de 25 entrevues en profondeur auprès d'omnipraticiens qui soignent des patients ayant des maladies multiples dans les quartiers les plus défavorisés de Montréal, au Québec. Dans ces entrevues, de nombreux omnipraticiens nous ont confié qu'ils n'avaient pas abandonné ce qu'ils définissaient comme du paternalisme et défendaient une forme nuancée de son adoption. Il convient de souligner que les 25 omnipraticiens choisis pour l'étude avaient été identifiés par leurs collègues comme ayant élaboré des stratégies pour créer des alliances thérapeutiques positives avec des patients vivant dans la pauvreté⁴. Les aveux de ces omnipraticiens ont attiré notre attention sur le recours sélectif, dans un tel contexte, à ce qu'ils considéraient être une approche paternaliste dans les soins.

En plus de cette information empirique, les travaux de chercheurs comme Sandman et Munthe¹, ainsi que Sutrop⁵, qui ont récemment proposé différentes façons de voir le paternalisme en suggérant un profil plus

complexe qu'envisagé antérieurement, nous ont aussi amenées à rédiger ce commentaire. Il est intéressant de constater que Sandman et Munthe¹ proposent que les 2 modèles de prise de décisions les plus courants—le paternalisme et le choix du patient—ne sont pas nécessairement incompatibles avec un modèle décisionnel partagé. Pareillement, Sutrop⁵ maintient qu'il ne devrait pas y avoir de conflits entre l'autonomie et la version du paternalisme qu'elle désigne comme étant de la bienveillance, parce que les 2 pourraient prédominer.

Ces réflexions et nos données empiriques nous ont incitées à contribuer au débat actuel en médecine familiale en proposant un nouveau modèle de soins à intégrer dans l'approche centrée sur le patient. Nous sommes d'avis que l'adoption d'une forme bienveillante d'encadrement par les médecins pourrait offrir à certains patients les outils dont ils ont besoin pour faire face aux maladies chroniques et aux situations sociales difficiles et, de fait, que l'encadrement bienveillant, dans certaines circonstances, pourrait contribuer à responsabiliser certains patients.

Certains omnipraticiens que nous avons interviewés utilisaient le terme paternalisme pour désigner l'approche empreinte de compassion et d'humanité qu'ils adoptaient quand ils croyaient que leurs patients la demandaient et en avaient besoin. Par ailleurs, l'approche décrite par ces omnipraticiens contraste avec la définition plus sévère du terme⁶, qui a historiquement été associée à des thèmes péjoratifs comme la dominance et la subordination. Nous avons donc adopté l'expression encadrement bienveillant pour mettre en évidence les intentions compatissantes dans la prestation des soins et les conseils aux patients pour les orienter vers ce qu'ils considéraient être les options les plus appropriées. Cette expression reflète mieux les commentaires des personnes interviewées, ainsi que nos propres observations. Elle évite aussi de contribuer au modèle dichotomique selon lequel le paternalisme et l'autonomie du patient sont opposés.

Par conséquent, nous définissons l'encadrement bienveillant comme étant une combinaison d'accompagnement dirigé, d'orientation, de soutien et de disponibilité engagés. Il repose sur une approche flexible et une compréhension approfondie des problèmes chroniques multiples et du contexte social du patient.

Pour répondre à la définition d'un encadrement bienveillant, l'approche du médecin doit se conformer à 3 critères. D'abord, elle doit se fonder sur les besoins et

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2012;58:e618-9

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the November 2012 issue on page 1194.

les problèmes particuliers du patient. Deuxièmement, pour respecter l'éthique, l'encadrement bienveillant doit être adopté en réponse à une demande ou à des besoins du patients, de manière implicite ou explicite, ou avec l'approbation du patient, même si celle-ci peut seulement être obtenue rétroactivement, comme dans le cas d'une incapacité temporaire. De plus, un patient peut demander des conseils à un certain moment et préférer son autonomie à un autre, lorsque les circonstances ou les problèmes de santé changent⁷. Troisièmement, l'encadrement bienveillant implique la nécessité et la volonté d'adapter sa pratique⁸. L'encadrement bienveillant repose sur la flexibilité et le jugement du médecin, acquis par l'expérience, plutôt que sur une liste de règles.

De fait, en ce qui a trait aux populations vulnérables, les médecins interviewés ont fait remarquer les bienfaits potentiels de l'adoption d'un encadrement bienveillant dans 3 circonstances spécifiques. Ces cas illustrent comment l'expérience des médecins peut façonner leur pratique.


Bienfaits d'un encadrement bienveillant

D'abord, certains patients plus âgés se sentent plus en sécurité d'avoir un médecin de famille qui détermine la marche à suivre, parce qu'ils considèrent les médecins comme des figures d'autorité. Deuxièmement, le fait d'encourager l'autonomie chez des patients immigrants et ou réfugiés qui ne sont pas familiers avec les soins de santé occidentaux pourrait nuire à la création d'une alliance thérapeutique positive. Troisièmement, les médecins ont expliqué qu'avec des patients toxicomanes, une approche autoritaire avec des limites strictes est essentielle à l'établissement de relations soutenues et à des soins de santé efficaces. Les expériences des médecins dans ces groupes de patients les ont incités à assumer un rôle plus directif.

À partir de ces données directes, nous pouvons voir que lorsque certains critères sont satisfaits, l'encadrement bienveillant pourrait convenir aux besoins et aux demandes de certains patients et, de ce fait, représenter un nouveau modèle de soins centré sur le patient. Nous remettons en question la pertinence d'adopter sans critiques un modèle de prise de décisions partagée ou une approche centrée sur le patient, qui présume un patient actif et renseigné, si cela signifie que les besoins des patients ne sont pas sérieusement pris en compte et satisfaits. Pourquoi ne pas fournir un

encadrement bienveillant si le patient le demande ou si le médecin croit que le patient en a besoin?

Dans le contexte de la pauvreté urbaine, nous considérons que l'adaptation de la pratique pour répondre aux attentes des patients est une question de *compétence sociale*, que nous définissons comme le processus de l'acquisition des outils par l'expérience pour établir des alliances positives avec les patients en dépit de la distance sociale⁴. Les 3 circonstances mentionnées précédemment font fortement valoir que ce que les omnipraticiens appelaient du *paternalisme*, mais que nous désignons comme de l'*encadrement bienveillant*, offre un point d'analyse concret pour explorer de manière plus approfondie la notion de compétence sociale comme une approche reliée au contexte, adaptée à la personne et socialement réceptive.

À l'heure actuelle, on définit la relation médecin-patient par la collaboration, la négociation et le dialogue, plutôt que comme une approche venant du haut. Dans un tel contexte, notre commentaire a pour but d'alimenter le débat et de demander: Avons-nous jeté le bébé avec l'eau du bain? 

M^{me} Loignon est professeure au Département de médecine familiale de l'Université de Sherbrooke, au Québec. **M^{me} Boudreault-Fournier** est professeure au Département d'anthropologie de la University of Victoria, en Colombie-Britannique.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

M^{me} Christine Loignon, Centre de recherche Hôpital Charles-LeMoine, Unité de médecine de famille HCLM, 150 Place Charles-LeMoine, Bureau 200, Longueuil, QC J4K 0A8; téléphone 450 466-5000, poste 2468; courriel christine.loignon@USherbrooke.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

- Sandman L, Munthe C. Shared decision making, paternalism and patient choice. *Health Care Anal* 2010;18(1):60-84. Cyberpub. du 30 janvier 2009.
- Murphy JF. Paternalism or partnership: clinical practice guidelines and patient preferences. *Ir Med J* 2008;101(8):232.
- Miller FG, Wertheimer A. Facing up to paternalism in research ethics. *Hastings Cent Rep* 2007;37(3):24-34.
- Loignon C, Haggerty JL, Fortin M, Bedos CP, Allen D, Barbeau D. Physicians' social competence in the provision of care to persons living in poverty: research protocol. *BMC Health Serv Res* 2010;10:79.
- Sutrop M. How to avoid a dichotomy between autonomy and beneficence: from liberalism to communitarianism and beyond. *J Intern Med* 2011;269(4):375-9.
- Buchanan DR. Autonomy, paternalism, and justice: ethical priorities in public health. *Am J Public Health* 2008;98(1):15-21. Cyberpub. du 29 novembre 2007.
- Brown JB, Weston WW, Stewart M. The third component: finding common ground. Dans: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR, rédacteurs. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. 2^e éd. Abingdon, RU: Radcliffe Medical Press; 2003. p. 83-99.
- Scherger JE. Future vision: is family medicine ready for patient-directed care? *Fam Med* 2009;41(4):285-8.

— * * * —