

Comprendre le contexte de la maladie

Partie 3 d'une série de 10, « Fondements de l'avenir »

Anna Stavdal MD Susan S. Senstad MA MFT MFA

Dans *A Textbook of Family Medicine*¹, le Dr Ian McWhinney a formulé les principes fondamentaux applicables à la pratique générale. L'un de ces principes souligne que nous ne pouvons pas saisir pleinement bon nombre des problèmes rencontrés en soins primaires à moins que nous les examinions à l'intérieur de leur cadre personnel, familial et social; autrement dit, dans leur contexte. La métaphore qu'utilisait McWhinney pour la compréhension contextuelle demeure valide : une seule pièce de casse-tête peut sembler insignifiante jusqu'à ce qu'elle soit placée dans son plus grand cadre où son rôle devient alors immédiatement évident¹.

Les réflexions de McWhinney n'étaient pas une nouveauté. Des anecdotes historiques de bons docteurs mettent en évidence des médecins qui, grâce à leur connaissance de la vie et des circonstances de leurs patients, en arrivaient à des diagnostics qui échappaient à d'autres^{2,3}. Une telle sagesse a aussi des échos dans la littérature. Dans la nouvelle de Sir Arthur Conan Doyle, « Behind the times² », un médecin expérimenté connaît le succès parce qu'il perçoit son patient, non pas comme une collection de symptômes, mais comme une personne vivant au sein d'une communauté.

Cette perspective est ancienne. Lorsque nous exerçons le pouvoir conféré aux docteurs en médecine de poser un diagnostic, nous ne remarquons que rarement — ou même jamais — l'engagement enchâssé dans l'étymologie de ce mot grec : *dia-* signifiant *complet* et *-gnose* signifiant *savoir*⁴. Par conséquent, pour se qualifier de complet, le diagnostic doit se fonder à la fois sur une compréhension approfondie des mécanismes biologiques d'une maladie et sur une investigation dans les contextes larges et étroits du patient en particulier qui a contracté cette maladie.

Par cette contribution avant-gardiste, McWhinney a transformé cet engagement implicite en un principe explicite. Il a proposé un modèle de médecine centrée sur la personne, ancré dans cette philosophie de la médecine¹. S'inspirant de penseurs comme George L. Engel⁵ et Edmund D. Pellegrino⁶, McWhinney a situé la médecine familiale à l'intérieur de paramètres épistémologiques plus larges qui valorisent les connaissances relationnelles et le raisonnement interprétatif, de concert avec les données probantes empiriques. Il est évident que la médecine familiale occupe une position unique pour explorer les interactions entre la biologie et la biographie, ce qui la distingue des perspectives plus étroites des spécialités axées sur un organe.

Données probantes émergentes sur le contexte

Un corpus grandissant de données empiriques probantes^{7,8} étaye l'adoption rapide du modèle fondamental centré sur la personne de McWhinney. De plus en plus, la recherche confirme l'impact central que le contexte exerce sur la santé et la maladie⁹⁻¹¹. L'une des contributions les plus influentes a été une étude sur les mauvaises expériences durant l'enfance, effectuée par Felitti et ses collègues⁹. Elle documentait la force avec laquelle l'exposition à l'adversité tôt dans la vie était corrélée à la morbidité à l'âge adulte. Les personnes qui avaient vécu de multiples catégories de traumatismes durant l'enfance avaient développé des troubles de santé mentale, des problèmes de dépendance aux substances et des maladies chroniques, à des taux considérablement plus élevés⁹. Cette étude phare a fourni des données probantes quantitatives sur ce que les médecins de famille avaient observé depuis longtemps : les expériences de vie laissent des traces biologiques.

Nous en voyons ici la preuve que la réciprocité existe, en ce sens qu'alors que nos systèmes physiologiques influent sur notre réalité, ces mêmes systèmes sont façonnés par nos expériences vécues. Des érudits, comme Linn Getz, Anna Luise Kirkengen et Elling Ulvestad, ont proposé des paramètres intégratifs reliant la biologie humaine et la biographie⁷. Les êtres humains — des organismes capables de réfléchir, en quête de sens et relationnels — sont aussi physiologiquement malléables. Le stress, la négligence et les traumatismes peuvent perturber notre régulation neurobiologique; les expériences de confiance, de reconnaissance et d'appartenance peuvent favoriser la résilience et la guérison⁷. Ces travaux mettent en évidence que l'adaptation contextuelle est biologiquement ancrée.

Cette synthèse des preuves biologiques et narratives confirme que la compréhension du contexte de vie d'un patient n'est ni un acte optionnel d'empathie ni une simple abstraction psychosociale. Au contraire, cette compréhension est essentielle à un diagnostic exact et à un traitement efficace. La guérison se produit souvent lorsque les rencontres cliniques facilitent une reconnaissance de la personne comme étant à la fois un organisme biologique et un être biographique. Des progrès en épigénétique ont renforcé encore plus ce point de vue, démontrant que les expériences de vie peuvent altérer l'expression génétique et la régulation physiologique^{12,13}. Ces constatations transforment la notion apparemment métaphorique du contexte en un déterminant mesurable de la santé.

Pourquoi ce savoir n'est-il pas entièrement intégré?

En dépit des décennies de recherches accumulées reliant la maladie au contexte de vie, le système de santé a été remarquablement lent à transposer ce savoir dans la pratique. Diverses explications semblent évidentes. La première est la réticence que nous, les médecins, avons souvent à intégrer le contexte dans notre approche de la médecine en résistant au précurseur manifeste : une exploration approfondie des faits et des effets contextuels de notre propre éducation. Un tel engagement exige une préméditation et, assurément, du courage. La démarche est beaucoup moins effrayante quand nous et nos collègues nous soutenons les uns les autres en actualisant constamment nos découvertes.

Si nous omettons cet approfondissement de nos connaissances, nous risquons de projeter nos présuppositions personnelles sur les réalités contextuelles de nos patients. Nous faisons face à d'autres obstacles au sein des forces institutionnelles et culturelles profondément intégrées qui favorisent la fragmentation et la spécialisation. Comme l'ont observé Wherton et ses collègues, les systèmes technologiques dans les soins de santé semblent valoriser et récompenser davantage les données quantifiables que les connaissances expérientielles et la compréhension contextuelle¹⁴. McWhinney a lancé une mise en garde contre une telle dépersonnalisation des soins, affirmant que la médecine excelle trop souvent à recueillir des données pour ensuite échouer à les assembler en une image cohérente de la personne qui souffre¹.

La fragmentation devient de plus en plus systémique. Un patient peut consulter de multiples spécialistes dont chacun interprète les valeurs des tests de laboratoire sous l'angle de leur propre discipline. Les plans thérapeutiques qui en résultent divergent des autres ou s'excluent l'un l'autre, non pas à cause d'erreurs de raisonnement, mais parce que le contexte plus large du patient demeure invisible à chaque spécialiste. Il revient souvent au médecin de famille de rassembler les pièces disparates pour cerner ce qui est utile, faisable et sensé pour le patient particulier devant lui.

Cet acte d'intégration exige non seulement des connaissances cliniques, mais aussi une compétence relationnelle, la capacité de gagner la confiance et l'aptitude à adapter les soins en fonction de la réalité de la personne au quotidien. La nécessité de renforcer notre propre capacité de communiquer et celle de nos futurs collègues, ainsi que d'acquérir et de mettre en application des connaissances contextuelles est implicite. Nos critères d'admission des étudiants en médecine familiale et les cursus que nous leur offrons doivent tous être actualisés. Dans la médecine centrée sur le patient, ces compétences ne sont pas instrumentales, elles sont constitutives de la compréhension.

À mesure que les soins de santé deviennent de plus en plus numérisés, les possibilités d'un dialogue ouvert

continuent de diminuer. En dépit de leur promesse d'une plus grande efficacité et d'un meilleur accès, les outils numériques semblent réduire les patients à des ensembles de données. La narration du patient, cette histoire qui situe la souffrance dans son sens même, reste souvent muette lorsque les rendez-vous médicaux sont médiés par des algorithmes et des interfaces normalisées. Recueillir des renseignements au moyen de formulaires au lieu de contacts en personne ne fait qu'exacerber cette tendance. Les cases standardisées à remplir et les menus déroulants forcent les patients à catégoriser prématurément leurs préoccupations, les dépouillant ainsi de leurs nuances et de leur texture émotionnelle. Le geste de cocher des cases fragmente la signification, invitant ainsi des réponses médicales qui sont apparemment justes sur le plan technique, mais se révèlent trop souvent contextuellement vides.

Il faut aussi porter attention au pouvoir, comme le souligne Stevenson¹⁵, aux conséquences subtiles, mais puissantes, du déséquilibre naturel du pouvoir dans la relation patient-médecin. Même si la numérisation peut sembler de prime abord régler ce déséquilibre en facilitant l'accès aux soins de santé, elle peut aussi accroître l'iniquité. Les personnes ayant une faible littératie numérique ou n'ayant pas d'équipement sont repoussées des soins, ce qui creuse les divisions sociales existantes. Le spectre d'un système de santé à 2 vitesses se fait menaçant, notamment les services algorithmiques à bon marché qui sont offerts aux défavorisés, tandis que les soins relationnels centrés sur l'humain ne sont accessibles qu'aux personnes qui peuvent se les payer. Nous sommes à risque de reconceptualiser l'accessibilité, comme si on dirigeait les patients vers un dispositif de marketing plutôt que vers un marqueur d'équité permettant la solidarité. La convergence de la numérisation et de la logique mercantile du consumérisme traite les relations comme des produits et fragmente les soins encore davantage.

Les médias sociaux compliquent encore plus ces dilemmes. Certes, ils peuvent démocratiser l'information et habiliter les patients à participer plus activement à leurs propres soins. Toutefois, ils peuvent aussi brouiller les limites entre un dialogue fondé sur des données probantes et la réceptivité mercantile aux demandes des consommateurs. La promesse de la continuité des soins devient faussée et est plutôt transformée en une validation sans discernement de toutes les préférences des patients, peut-être même au détriment du jugement clinique du médecin; les patients semblent transformés en clients et les médecins, en fournisseurs de services. Nous ne devons pas oublier que les algorithmes qui exploitent les plateformes des médias sociaux ne sont pas conçus pour accroître la pertinence médicale, mais bien pour maximiser l'engagement des utilisateurs. Ils sont, de manière inhérente, aveugles au contexte.

Enfin, une autre question importante se situe dans le langage. Il s'agit à la fois d'un outil diagnostique et


d'un outil moral, car il façonne comment nous nous percevons nous-mêmes et nous percevons les autres face à la vulnérabilité. En raison, en partie, de la numérisation et des médias sociaux, la terminologie médicale fait maintenant partie du discours quotidien. L'utilisation du jargon biomédical pour discuter de l'impact qu'a la maladie sur la vie de nos patients au jour le jour nous empêche de mieux prendre conscience de leur réalité. Nous avons pour objectif de les aider à bien saisir l'expérience personnelle de leur souffrance. C'est là où réside notre plus profonde humanité – le magma de notre raison d'être. À moins que nous renversions ces tendances et les remplacions par un engagement renouvelé envers le contexte et l'identité individuelle, nous pourrions sans le vouloir éroder les fondements du professionnalisme médical.

Réflexions finales

La maladie n'est pas un événement biologique singulier, mais bien une expérience complexe et profondément personnelle. Le problème de chaque patient reflète une confluence unique de facteurs historiques et de l'ère dans laquelle il vit, y compris son héritage évolutionnaire, son genre, son environnement culturel et social, son développement psychologique et émotionnel, et ses impératifs familiaux et religieux. Par conséquent, comprendre la maladie exige de porter attention à la fois au mesurable et au significatif, au corps comme organisme et à la personne comme raconteuse de son histoire.

L'intégration de la sensibilité contextuelle dans les soins de santé n'est pas un simple idéal philosophique. C'est un impératif éthique et clinique. Elle nécessite un rééquilibrage de l'épistémologie médicale, en priorisant la communication réflexive, l'empathie et la compétence narrative, au même titre que la précision technologique. Bien comprendre un patient, c'est saisir non seulement ce qui ne va pas, mais aussi comment cela se manifeste dans la vie de la personne. Cela exige d'examiner tant le contexte biographique que biologique, en quête d'indices menant à la causalité et à des interventions potentielles.

La médecine familiale continue d'être la discipline la mieux placée pour être un chef de file à cet égard. Grâce à notre engagement envers la conscience de soi et le renforcement du centre moral et intellectuel des soins contextuels, les médecins de famille peuvent contrer les forces de la fragmentation et réaffirmer la raison d'être humaniste de la médecine. En définitive, exercer la médecine

centrée sur la personne, c'est d'agir selon la conviction toujours valide aujourd'hui qu'avait McWhinney à propos du contexte – avoir le courage et la créativité de l'intégrer dans les soins cliniques au quotidien. 

La **D^{re} Anna Stavdal** est médecin de famille et chargée de cours au Département de pratique générale de l'Université d'Oslo, en Norvège. Elle était présidente de la WONCA (Organisation mondiale des médecins de famille). **Susan S. Senstad** est auteure et thérapeute familiale à la retraite, à Oslo.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^{re} Anna Stavdal; courriel anna.stavdal@medisin.uio.no

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

Références

- McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine*. 1st ed. Oxford University Press; 1989.
- Conan Doyle A. Behind the times. In: Luckhurst R, editor. *Round the red lamp: Being facts and fancies of medical life*. Edinburgh University Press; 2023. p. 7-10.
- Berger J, Mohr J. *A Fortunate Man: The Story of a Country Doctor*. Penguin Press; 1967.
- WordReference.com [Internet]. Online Language Dictionaries; c2026 [cited 2026 Feb 4]. Available from: <https://www.wordreference.com/definition/dia->
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi: [10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460).
- Pellegrino ED. Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness. *J Med Philos*. 1979 Mar;4(1):32-56. doi: [10.1093/jmp/4.1.32](https://doi.org/10.1093/jmp/4.1.32).
- Getz L, Kirkengen AL, Ulvestad E. The human biology-saturated with experience. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2011 Apr 8;131(7):683-7. English, Norwegian. doi: [10.4045/tidsskr.10.0874](https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0874).
- Kato K. How can we understand illness? Phenomenology and the pillar of person-centred care. *Br J Gen Pract*. 2022 Mar 31;72(717):178-9. doi: [10.3399/bjgp22X719177](https://doi.org/10.3399/bjgp22X719177).
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998 May;14(4):245-58. doi: [10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8).
- Nauta B, Mitima-Verloop HB, Van der Maat RL, Van der Bles AM, et al. 'The cycle must stop here': Patterns of intergenerational transmission of traumatizing WWII experiences in three generations. *Soc Sci Med*. 2026 Mar;392:118953. doi: [10.1016/j.socscimed.2026.118953](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2026.118953). Epub 2026 Jan 7.
- Slavich GM, Roos LG, Mengelkoch S, Webb CA, et al. Social Safety Theory: Conceptual foundation, underlying mechanisms, and future directions. *Health Psychol Rev*. 2023 Mar;17(1):5-59. doi: [10.1080/17437199.2023.2171900](https://doi.org/10.1080/17437199.2023.2171900). Epub 2023 Mar 30.
- Meaney MJ. Epigenetics and the biological definition of gene x environment interactions. *Child Dev*. 2010 Jan-Feb;81(1):41-79. doi: [10.1111/j.1467-8624.2009.01381.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01381.x).
- Szyf M, McGowan P, Meaney MJ. The social environment and the epigenome. *Environ Mol Mutagen*. 2008 Jan;49(1):46-60. doi: [10.1002/em.20357](https://doi.org/10.1002/em.20357).
- Wherton J, Greenhalgh T, Hughes G, Shaw SE. The Role of Information Infrastructures in Scaling up Video Consultations During COVID-19: Mixed Methods Case Study Into Opportunity, Disruption, and Exposure. *J Med Internet Res*. 2022 Nov 10;24(11):e42431. doi: [10.2196/42431](https://doi.org/10.2196/42431).
- Stevenson AC. Compassion and patient centred care. *Aust Fam Physician*. 2002 Dec;31(12):1103-6.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés

Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à <https://www.cfp.ca> et cliquez sur le lien vers Mainpro+.

Can Fam Physician. 2026 mars;72(3):e56-8.

doi: [10.46747/cfp.7203e56](https://doi.org/10.46747/cfp.7203e56)

The English version of this article is available at <https://www.cfp.ca> on the table of contents for the **March 2026** issue on **page 164**.