Primary Care

Andrea Abraham, Bruno Kissling

Comment les «soft facts» forment la médecine de famille: réflexions sur la complexité



Rapport sur «How soft facts shape family medicine: reflecting on the blurred field of complexity»¹, un atelier du congrès Wonca Europe 2009 à Bâle

Ces dix dernières années, la théorie de la complexité a pris une place notable au sein de la recherche internationale en médecine de famille. Depuis le congrès Wonca 2009 à Bâle, PrimaryCare a déjà présenté à ses lecteurs un certain nombre d'articles sur les hypothèses qui la sous-tendent. En quelques mots, les systèmes complexes se caractérisent par des frontières floues, des efforts d'adaptation continus de la part du système et des parties prenantes, l'interaction avec d'autres systèmes et des sous-systèmes, des tensions et des paradoxes, un renouvellement incessant du comportement, la non linéarité et l'imprévisibilité, la création de modèles ou de l'auto-organisation [1].

L'approche par la théorie de la complexité fait l'objet d'une vague de publications et elle sert d'arrière-plan pertinent à de nombreuses réflexions et interprétations en médecine de famille [2–5]. Deux pôles se dessinent: dans l'un, la notion de la complexité est utilisée de manière presque inflationniste et avec si peu de précision qu'il en devient un nom de marque signifiant à la fois tout et rien. Dans l'autre, ce concept se perd dans une scientificité dont le langage «complexe» n'est accessible qu'à un cercle exclusif de chercheurs. L'atelier que nous avions organisé était destiné à comprendre et à faire comprendre aux participants la complexité dans un cadre de pratique.

Les systèmes complexes au concret: threads of many colours and logics

Certaines critiques s'élèvent contre le fait que la théorie de la complexité n'accorde d'importance qu'aux systèmes, réseaux, modèles et dynamismes, et que l'individu ou l'interaction humaine concrète n'y ont pas de place. Ainsi Gatrell [6] déclare-t-il que:

«[...] the human voice seems to be missing from much of the complexity theory. The qualitative is there, but in the form of qualitative structures and patterns, not in the nature of the embodied actor.» (p. 2669)

Cette négligence s'explique par le fait que les disciplines qui ont engendré cette théorie sont la mathématique, la physique et les procédés de mesures quantitatives et statistiques correspondants [7–9].

En médecine de famille comme en sciences sociales, la focalisation sur le système ne suffit pas à décrire la réalité. Cette approche ne prend pas en compte les intentions, les réflexions et les agissements des particuliers. C'est pourquoi notre atelier a prêté une attention particulière à la signification des systèmes complexes sur le plan du sujet. Les 110 participants à l'atelier ont mené cette discus-

Atelier de travail organisé par Andrea Abraham, Bruno Kissling, Sylviane Neuenschwander et Helen Hartmann au congrès Wonca Europe 2009 à Bâle. Nous remercions cordialement Helen Hartmann et Sylviane Neuenschwander pour leur précieuse contribution à cet article. sion avec une intensité qui reflétait l'importance de ce thème. Ils ont donné un visage au concept de la complexité, ou plutôt, de nombreux visages. Ils ont ainsi opéré une distinction entre les «complexités» à charge positive et à charge négative ainsi qu'entre toutes sortes d'autres niveaux de complexité. Certains exemples particuliers ont montré de façon saisissante à quel point la signification donnée par un médecin de famille à la complexité pouvait dépendre de l'environnement et du système de santé local, de l'âge du médecin, de son expérience, de son attitude face à la vie et de ses conditions de travail. Telle cette jeune doctoresse des Pays-Bas qui travaillait chaque jour de semaine dans un autre cabinet médical et qui ne disposait pas de plus de 10 minutes par consultation. La mise en équilibre de ces conditions représentait pour elle la complexité du quotidien professionnel.

Les niveaux de complexité suivants, entiers ou partiels, ont occupé la grande partie des discussions de groupes:

- la saisie holistique du patient, de son environnement et de ses modèles d'explication;
- la relation médecin-patient et les éléments formulables et nonverbaux de cette relation;
- les connaissances narratives sur le patient et la manière de conserver ces informations;
- les questionnements d'ordre éthique;
- les limites du champ d'activité du médecin;
- les limites de la médecine et les situations insolubles;
- les tableaux cliniques des malades chroniques et des malades multimorbides;
- la fixation de priorités dans les besoins urgents de la médecine;
- le flux d'informations entre collègues;
- et bien d'autres encore.

En superposant les transparents des différents groupes de discussion, on obtient une représentation très suggestive de la complexité du système sous-tendant la médecine de famille (fig. 1).

Par-delà de chiffres et nombres: rechercher la complexité au moyen des méthodes des sciences sociales

Pour comprendre la complexité dans un contexte particulier, il faut en faire l'objet d'une interprétation individuelle. Les méthodes quantitatives usuelles ne suffisent pas à saisir la complexité dans le domaine de la médecine de famille. Bien que le concept de la complexité soit issu des mathématiques et de la physique, on peut étudier ses manifestations au moyen des méthodes qualitatives mises en œuvre en recherche sociale. Les systèmes sociaux présentent à l'évidence des structures complexes, telles que la non-linéarité, l'inconstance, l'insécurité, le paradoxe, les tensions, la mutation etc. Les sciences sociales et les sciences humaines analysent ces éléments en les situant dans un contexte où les manières de penser et de vivre sont diverses. Dans ces disciplines, cela fait longtemps que

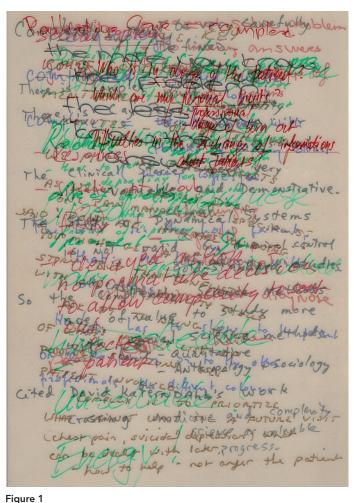
la recherche quantitative s'est enrichie d'une vaste palette de méthodes qualitatives [10]. Nous allons en exposer quelques points essentiels.

La recherche qualitative se caractérise par des méthodes interprétatives. Elle se distingue de la recherche quantitative en ce qu'elle ne se fonde généralement pas sur une hypothèse ou une théorie dont le bien-fondé devra être vérifié par un raisonnement déductif. Elle formule des questionnements qu'elle précise et développe par induction en cours d'étude pour y apporter des réponses. Les étapes d'un projet de recherche qualitative sont jalonnées par des questions sur les raisons, les moyens et les causes. Contrairement à la recherche quantitative, la taille de l'échantillon ne joue qu'un rôle secondaire en recherche qualitative. Ses méthodes ne s'appuient pas sur des questionnaires quantifiables mais sur des interviews, des narrations, des notes prises sur le terrain, des enregistrements vidéo, etc., qui sont ensuite utilisés individuellement ou combinés en fonction de l'objet étudié. La recherche qualitative doit s'adapter au contexte. Elle se focalise délibérément sur le vécu au quotidien, sur l'attribution d'un sens au niveau subjectif et sur les conditions locales. Le savoir, la vérité, la justesse, la réalité et l'objectivité sont des concepts, qui sont analysés d'un œil critique par la recherche sociale qualitative. En général, les projets de recherche qualitative ne fournissent pas de résultats généralisables étayés par des statistiques, mais plutôt une vue d'ensemble résultant d'une association hétérogène de concepts, de modèles et de théories obtenus par des particuliers. Au lieu de fondre l'individuel et le particulier dans un moule caractéristique, la recherche qualitative leur confère un caractère propre au sein de l'ensemble.

Dans l'espace anglophone et dans les pays scandinaves, les principes de la recherche qualitative sont déjà largement appliqués en recherche médicale. La Suisse fait timidement quelques premier pas dans ce sens. L'intégration de méthodes issues de la recherche qualitative permettrait d'apprécier dans toute son amplitude la complexité de la tâche assumée par la médecine de famille. Ses méthodes qualitatives ouvrent la voie à l'exploration de domaines qui, sinon, resteraient hors de portée [11]. Plusieurs articles publiés ces dernières années le démontrent [12–18]. La médecine de famille suisse ne peut que profiter d'un tel apport. Nous pouvons donc reprendre la formule percutante d'un article publié dans les années 1990: «qualitative research and familly practice: a marriage made in heaven» [19].

Références

- 1 Plsek P, Greenhalgh T. Complexity science. The challenge of complexity in health care. British Medical Journal. 2001;323:625–8.
- 2 Kernick D. Wanted new methodologies for health service research. Is complexity theory the answer? Family Practice. 2006;23(3):385–90.
- 3 Sweeney K. Complexity in Primary Care. Radcliffe; 2006.
- 4 Martin CM, Sturmberg JP. General practice chaos, complexity and innovation. The Medical Journal of Australia. 2005;183:106–9.
- 5 Gask L. Powerlessness, control, and complexity: the experience of family physicians in a group model HMO. Annals of Family Medicine. 2004;2(2):150–5.
- 6 Gatrell AC. Complexity theory and geographies of health: a critical assessment. Social Science & Medicine. 2005;60(12):2661.
- 7 Byrne D. Complexity theory and the social sciences. An introduction. Oxon: Routledge; 1998.
- 8 Green LA. The implications of measuring complexity. Annals of Family Medicine. 2010;8:291–2.
- 9 Katerndahl DA, Wood R, Jaén CR. A method for estimating relative complexity of ambulatory care. Annals of Family Medicine. 2010;8:341–7.
- 10 Flick U, von Kardorff E, Steinke I, eds. Qualitative Forschung: ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2009.
- 11 Pope C, Maysa N. Qualitative Research: Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. British Medical Journal. 1995;311(6996):42.



Une représentation très suggestive des systèmes complexes en médecine de famille

- 12 Jaye C. Doing qualitative research in general practice: methodological utility and engagement. Family Practice. 2002;19(5):557–62.
- 13 Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. The Lancet. 2001;358(9279):397–400.
- 14 Geneau R, Lehoux P, Pineault R, Lamarche P. Understanding the work of general practitioners: a social science perspective on the context of medical decision making in primary care. BMC Family Practice. 2008;9(1):12.
- 15 Greenhalgh T. Primary health care. Theory and practice. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2007.
- 16 Pope C. Conducting ethnography in medical settings. Medical Education. 2005;39(12):1180–7.
- 17 Sandelowski M. Using Qualitative Research. Qualitative Health Research. 2004;14(10):1366–86.
- 18 Crawford MJ, Ghosh P, Keen R. Use of qualitative research methods in general medicine and psychiatry: Publication trends in medical journals 1990–2000. International Journal of Social Psychiatry. 2003;49(4):308–11.
- 19 Murphy E, Mattson B. Qualitative research and family practice: a marriage made in heaven? Family Practice. 1992;9(1):85–91.

Correspondance:

Andrea Abraham, Medizinanthropologin Universität Bern, Institut für Sozialanthropologie Länggassstrasse 49a, 3000 Bern 9 abraham@anthro.unibe.ch

Bruno Kissling Facharzt für Allgemeinmedizin FMH Elfenauweg 6, 3006 Bern bruno.kissling@hin.ch