

# cerfasy

## Cours on-line

### Modèle bio-médical et modèle bio-psycho-social

M. Vannotti

#### Résumé

1. La limite de base du modèle biomédical
2. Un paradigme systémique en médecine : le modèle biopsychosocial
3. Un éclairage phénoménologique du modèle bio-psycho-social
4. L'expérience "pathique" de la maladie
5. La maladie : une rencontre avec le système de soins
6. Les interrelations entre la société et l'individu malade
7. Conclusions

#### Résumé

Il existe en médecine deux modèles complémentaires : le modèle biomédical et biopsychosocial. Le premier procède de l'application en médecine de la méthode analytique des sciences exactes, le deuxième tient compte des interrelations entre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la maladie. L'évolution clinique des patients est déterminée, non pas par les seuls facteurs biologiques, mais aussi par les formes de vie collectives et les événements psychosociaux qui sont co-constitutifs de la vie du sujet, ainsi que par les structures et les valeurs qui caractérisent la communauté. L'attention à la dimension biopsychosociale devrait faire partie intégrante du raisonnement clinique et, plus largement, du mode de pensée de la médecine.

#### 1. La limite de base du modèle biomédical

Le paradigme biomédical demeure dominant dans l'enseignement des facultés de médecine. Le médecin formé à cette tradition semble privilégier la place qui revient à la démarche proprement scientifique dans son travail quotidien. En réalité il s'aperçoit vite, dans la pratique, que "la "science" et la méthode scientifique ont affaire avec la compréhension et le traitement de la maladie, et non pas avec le patient et le soin du patient (Engel, 1980).

Le modèle biomédical procède de l'application en médecine de la méthode analytique réductionniste des sciences classiques de la nature. La croyance directrice présidant à l'élaboration de cette méthode - et sa promesse illusoire - porte sur l'idée que l'on réussira à percer le mystère de la réalité et à en acquérir une connaissance claire, distincte et certaine par la dissection progressive de cette réalité en éléments toujours plus petits. L'importation du modèle analytique en médecine s'accompagne d'une décision initiale que nous pouvons illustrer de façon très schématique en ces termes : *être malade* (avoir mal, se sentir mal, être perturbé...) se réduit à *avoir une maladie*, une "entité morbide" à l'intérieur de l'organisme. L'approche médicale doit dès lors suivre le chemin menant de l'homme qui "est mal" et qui vient demander l'aide du médecin, aux faits et processus morbides que celui-ci peut identifier dans son corps physique. L'ancien projet "pathologique" institué par la médecine grecque hippocratique (le projet dun savoir relatif aux souffrances ou aux *passions* - ??? - du vivant) se transforme en une somatologie. Mais cette réduction des ??? à des faits morbides objectifs dans l'organisme implique en outre une modification profonde de

l'appréhension du corps lui-même, celui-ci "étant réduit à un objet, à un agrégat d'organes et de fonctions, et se trouvant amputé par-là de son rapport constitutif au monde et aux modalités concrètes de la vie" (Onnis, 1998).

Le modèle biomédical comporte donc un problème de base qui rend compte pour une bonne part du malaise éprouvé, face à la médecine, par un certain nombre de patients, tout comme du malaise que les médecins eux-mêmes peuvent ressentir en présence de situations face auxquelles leur modèle classique de pensée et d'action les laisse en partie démunis. "L'erreur qui fait de ce modèle un modèle estropié, condense Engel, réside dans le fait qu'il n'inclut pas le patient et ses attributs en tant que personne, en tant qu'être humain" (1980, p. 536).

Promouvoir une *science de l'homme* en médecine ou repenser la médecine en tant que discipline proprement humaine à la manière dont le firent V. von Weizsäcker dès les années 30 et Engel, aux USA, dès les années 60, ne revient pas seulement à promouvoir l'ajout déléments de psychologie, de sociologie ou d'autres sciences humaines aux connaissances issues des sciences dites exactes. C'est renouveler dans sa globalité le paradigme scientifique qui fonde la formation des savoirs et des pratiques en médecine.

Un paradigme scientifique a en propre de définir à la fois le *champ* sur lequel doit porter le savoir et la *méthode* suivant laquelle se rapporter à ce champ, de façon à le connaître et à pouvoir le modifier. La formation d'un paradigme scientifique en médecine implique toujours, en ce sens, une décision première relative à la question de savoir ce que est en propre "l'objet" de la médecine : l'organe ou la fonction perturbés ? le fonctionnement corporel d'ensemble ? l'homme comme individu "psychophysique" ? l'homme en tant que membre d'une collectivité de vie ? La méthode implique, elle, une décision quant à la manière d'*aborder* cet objet spécifique et de le soigner.

L'approche de l'homme malade - et non du seul fait morbide exige en ce sens, selon Engel, une modification du paradigme scientifique en médecine, c'est-à-dire, pour commencer, une révision critique de la question de savoir comment délimiter le champ propre de la médecine et quelle méthode élaborer pour le connaître et pouvoir y intervenir.

## 1. Un paradigme systémique en médecine : le modèle biopsychosocial

Déjà dans son article de 1977, Engel avait proposé une conceptualisation de la maladie intégrant les aspects psychologiques et sociaux de celle-ci. Un ensemble d'évidences suggère qu'il faut, dans le domaine de la santé, donner une importance et une attention majeures à cette approche intégrée, non seulement pour une meilleure compréhension du patient, mais aussi pour la mise en place de stratégies de soins et de mesures sociales plus adaptées et moins coûteuses.

Une question importante est bien sûr celle de savoir comment les dimensions respectivement biologiques, psychologiques et sociales de la maladie s'articulent les unes aux autres. Un premier niveau de détermination du problème consiste à investiguer et à analyser les différents types d'*effets* qui se produisent de par l'interaction de ces dimensions. C'est ce que fait Engel dans cet article en donnant une description synchronique d'une séquence d'événements qui conduit de l'apparition des symptômes jusqu'à la mise en place d'un système complexe de soins. Engel décrit minutieusement, moment par moment, comment les dimensions psychologiques et sociales se transforment simultanément aux modifications biologiques liées à la maladie ; ces modifications biologiques sont analysées à partir des particules sub-atomiques jusqu'aux molécules, puis aux cellules, aux organes, aux systèmes. Engel s'est moins interrogé sur les modalités qui amènent le fonctionnement biologique à avoir une influence sur la dimension psychologique et sociale de l'homme, et encore moins sur les influences possibles de ces deux dimensions sur la vie biologique du sujet.

Pour mieux comprendre ces interrelations, le paradigme systémique, par une approche épistémologique différente, a étudié l'importance du modèle biopsychosocial en médecine.

L'idée de base du paradigme systémique appliqué aux sciences de la vie, pour le dire simplement, est que rien, dans le règne du vivant, n'existe à l'état isolé. Toute unité vivante (cellule, personne)

- est un système complexe intégrant des *sous-systèmes* et
- est elle-même la composante d'unités plus larges constituant son *environnement*.

Ainsi, tout niveau de la réalité vivante (p. ex. un organe du corps humain) comporte une *identité* et une organisation propres, spécifiées par la nature de ses composantes (molécules, cellules, tissu...) et par les modalités de leurs règles d'échange. Mais il entretient aussi dans son fonctionnement d'ensemble une articulation dynamique avec les "suprasystèmes" dans lesquels il s'inscrit et qui, dans leur emboîtement continu, forment l'ensemble de son environnement (système nerveux, personne, dyade, famille, communauté...).

Une approche systémique en médecine exige donc que nous prenions en considération l'articulation des différents niveaux constitutifs du sujet vivant. En médecine, le "niveau de système" qui sert de point de référence est le patient, c'est-à-dire le sujet humain. Le paradigme bio-psycho-social a précisément été conçu par Engel comme un modèle scientifique destiné à comprendre les interrelations complexes qui existent entre les différentes dimensions de la vie et à pouvoir ainsi, dans le soin du patient et le traitement de sa maladie, tenir compte des effets stabilisants ou déstabilisants que ces différents niveaux d'organisation exercent les uns sur les autres.

Tandis que, dans le modèle biomédical classique, les données relatives à l'environnement humain du patient restent en dehors du champ de la science et de l'enquête critique, le modèle bio-psycho-social postule qu'il importe d'approcher les aspects personnels, interpersonnels et sociaux de sa vie avec la même rigueur et la même acuité critique que celles que l'on applique aux phénomènes biologiques. En pratique, cela signifie que "le médecin identifie et évalue le potentiel stabilisant ou déstabilisant des événements et des relations appartenant à l'environnement social du patient" et, en particulier, "qu'il ne néglige pas la manière dont les effets déstabilisants que la maladie des patients exercent sur leurs prochains peuvent exercer sur le patient une influence en retour encore plus déstabilisante" (Engel, 1980,).

## 1. Un éclairage phénoménologique du modèle bio-psycho-social

La maladie peut se définir comme le processus spécifique par lequel *le sujet subit une atteinte au départ de son propre corps*. Comme le note Engel, des modifications peuvent survenir au niveau des cellules, des tissus, des organes, des systèmes organiques ou même du système nerveux, mais la *maladie* et la *patience (patienthood)* ne deviennent des données phénoménologiques réelles qu'à partir du moment où le niveau "personne" est impliqué, c'est-à-dire à partir du moment où le sujet fait l'expérience d'un malaise ou d'une détresse, ou manifeste un comportement pouvant être interprété comme indiquant une maladie (Engel, 1980, p. 539).

La maladie, en ce sens, n'est jamais un phénomène purement biologique. Elle atteint un organisme qui, avant de pouvoir être objectivé comme "corps physique", est le corps propre d'une personne, un corps *habité*. Et en perturbant la façon dont la personne habite son corps, en modifiant ainsi son *rapport à soi*, elle l'atteint indivisiblement dans son rapport au monde et à autrui. Il y va sans doute là du trait de la condition humaine qui est le plus significatif et le plus incontournable en médecine : c'est toujours au départ de son corps - et ce nest jamais qu'au travers de celui-ci - que l'homme agit, ressent, pense et communique, en sorte que tout événement qui l'atteint dans son corps atteint immédiatement la base de toutes ses possibilités d'existence.

Ressaisie en son niveau de réalité phénoménologique - c'est-à-dire non pas telle qu'on peut l'objectiver en faisant abstraction du sujet vivant qui la porte, mais telle qu'elle se réalise dans le monde de la vie "avant" toute intervention médicale cognitive ou pratique - la

maladie est un événement qui atteint un corps vivant habité par un sujet, mais aussi un corps vivant *social* ; un organisme marqué de part en part par la structure de l'échange et, plus spécifiquement, par celle de la communication intersubjective. Le principe selon lequel la maladie est un phénomène qui atteint toujours et essentiellement un *être social* est à comprendre en un double sens. Il signifie que :

- la maladie, en perturbant le fonctionnement biologique, *perturbe l'homme en tant que sujet de relations* aux partenaires de son environnement ,
- à l'inverse, le fonctionnement biologique étant rien moins que monadique, mais participant de façon constitutive à la structure d'échange qui lie le sujet vivant à son environnement, *l'évolution de la maladie est "sensible" à ce qui se passe entre le patient et son entourage humain.*

La caractéristique de la maladie est ainsi d'"être un point d'intersection douloureux entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, croisement entre nature et culture, où la manifestation biologique, en s'inscrivant dans un corps "vécu", et donc sujet d'histoire, devient elle-même historicisée et historicisable" (Onnis, 1989).

La reconnaissance de ce principe relatif à la façon proprement humaine de tomber malade, de "faire sa maladie" et, éventuellement, de guérir est particulièrement nécessaire dans le champ de la maladie. Même dans les cas où cette dernière est sous-tendue par une altération organique objectivable et irréversible, une constellation de facteurs psychosociaux intervient dans la *modulation* de la chronicité. Dans le processus événementiel complexe qui détermine l'évolution clinique du patient, quatre dimensions nous semblent particulièrement significatives ; elles exercent, suivant notre hypothèse, un effet modulateur sur la chronicité au sens où, en interaction avec le facteur biologique, elles co-déterminent le devenir de la personne malade. Il s'agit de :

- l'expérience "pathique" de la maladie ;
- la fonction soignante comme rencontre intersubjective entre les représentants du système de soins et le patient ;
- les interrelations entre l'individu malade et la société.

## 1. L'expérience "pathique" de la maladie

La notion d'expérience pathique de la maladie condense tout ce en quoi la maladie fait souffrir ou "pâtir". Or, ce pâtir est ample et complexe ; il déborde largement ce que l'on isole comme étant la proprioception.

Initialement, comme il a été indiqué plus haut, la maladie se présente comme une atteinte du soi au départ de son corps. Lorsque nous sommes en bonne santé et que nous "nous sentons bien", nous pouvons oublier notre corps ; nous nous appuyons sur lui pour vivre "au-delà" de lui, pour nous consacrer aux choses et aux êtres de notre monde. Dans nos jours de santé, notre corps fonctionne pour nous "dans le silence et le secret" (F.J.J. Buytendijk, 1951). L'expérience première de l'atteinte à la santé réside en ceci que "quelque chose" dans notre corps, sortant de la latence et s'imposant à nous avec insistance, nous perturbe ou nous fait mal. La maladie produit ainsi une singulière *division*, voire une dissociation entre "nous-mêmes" et la partie de notre corps qui nous fait souffrir. L'expérience pathique première de la maladie peut ainsi se décrire comme le fait pour le sujet d'être "retourné" sur une partie de son corps, d'y être à la fois *enchaîné* sans pouvoir s'en distraire et, en même temps, d'en être *aliéné*, car tout se passe comme si la partie de notre corps qui nous fait souffrir n'était plus "nous-mêmes".

Mais l'expérience pathique de la maladie ne se joue pas seulement dans ce premier espace de la présence à soi. *Etre malade modifie notre "monde"* - ce terme étant entendu en un sens phénoménologique comme rassemblant ce qui, pour chaque sujet, constitue l'Autre ; ce qui, pour lui, se donne à rencontrer, ce à quoi il a proprement affaire dans son existence. Le caractère éprouvant de la maladie ne vient en effet pas seulement de ce que quelque chose nous perturbe à l'intérieur de notre corps, mais aussi du fait que "cela" qui nous oppresse depuis notre corps entrave (ou interrompt carrément) nos autres possibilités de réalisation,

limitant ainsi notre horizon d'existence, notre "monde". Lorsque nous avons fort mal ou sommes très mal, nous ne pouvons plus rien faire - que ressentir douloureusement ce qui est en train de "mal aller" en nous. Une telle expérience est en outre souvent traversée par la *peur*, car ce qui va mal dans notre corps, tout en se déclarant "en nous", échappe à notre contrôle et laisse affleurer la menace d'une destruction ou d'une mort imminente (Lévinas, 1947).

La maladie nous éprouve donc en ce qu'elle réduit notre monde et l'appauvrit en rapprochant ses limites de la portée de notre corps - et cela en un sens mortifère, la mort seule assimilant la personne, sans plus aucun dépassement, à l'espace de son corps physique. A l'inverse, la maladie fait que notre corps "s'épaissit"; non seulement nous ne pouvons plus l'oublier comme nous le faisons le plus souvent lorsque nous nous adonnons à nos activités quotidiennes, mais il tend à devenir lui-même une part importante de notre monde, une "chose" qui nous encombre, qui nous tourmente et dont nous ne pouvons pas ne pas nous préoccuper.

Insister sur le fait que la maladie transforme le mode de présence du corps vivant-vécu en introduisant une scission entre le "soi" et une part aliénée de lui-même - la part de son corps qui lui fait mal, dont il se désunit comme si elle lui était étrangère, mais qui en même temps l'obsède - c'est déjà dire que la maladie ne peut manquer d'agir sur la *vie relationnelle* du patient. L'expérience pathique de la maladie a ainsi pour troisième espace de réalisation la relation à l'autre. Tandis que, lorsque nous allons bien, nous sommes en mesure de nous oublier, nous-mêmes et notre corps, pour nous consacrer à nos activités et aux personnes de notre entourage, dans la maladie, la pression émanant de "ça" qui, dans notre corps, nous perturbe est telle que nous perdons une bonne part de notre aptitude à nous adonner à l'autre et à nous engager dans des préoccupations communes.

La maladie peut par ailleurs aussi envahir les espaces intersubjectifs tout comme elle envahit l'espace du moi : elle devient alors un thème lancinant autour duquel se focalisent l'attention, les gestes et les échanges entre le patient et les membres de son entourage. Sous ses aspects les plus douloureux et les plus critiques, la maladie transforme l'ouverture du patient vis-à-vis des autres et la réduit en un sens que l'on pourrait résumer, de façon certes très schématique, en ces termes : "aidez-moi ou laissez-moi".

Mais si la maladie produit une rupture douloureuse dans les relations coutumières entre le sujet et son environnement, elle induit aussi le plus souvent un mouvement de "regroupement protecteur", stimulant chez les proches des comportements solidaires de soin et de réparation.

## 1. La maladie : une rencontre avec le système de soins

La troisième dimension qui, suivant nos hypothèses, exerce une fonction modulatrice sur l'évolution à long terme des patients atteints d'une maladie chronique est précisément la fonction soignante comme telle. Tout acte médical, quel que soit son niveau d'intervention, s'inscrivant dans le cadre d'une *relation intersubjective*, la notion de fonction soignante se réfère à la rencontre et à l'"histoire" qui se nouent entre le patient et le système de soins (Onnis, 1998). Une fois la rencontre amorcée entre ces interlocuteurs, la maladie se trouve en effet soumise à une nouvelle variable, le *système thérapeutique* - niveau de système supérieur où soignants et soignés sont pris dans un processus de *co-évolution*. En ce sens, l'intervenant médical est impliqué non seulement dans l'évaluation des situations de maladie, mais aussi dans leur évolution ; et il y est impliqué aussi bien par ce qu'il pense et fait que par ce qu'il néglige de faire ou de penser.

Dans le contexte de la maladie, trois questions nous semblent détenir une fonction organisatrice importante :

- Comment ou à travers quelle "optique" le médecin va-t-il cadrer la souffrance ou la perturbation qui amène le patient à recourir au système de soins ?
- Comment, notamment dans le cas d'une maladie non guérissable, le médecin va-t-il cadrer le sens et la finalité de son travail de soin ?



- Qui va-t-il impliquer au moment du diagnostic, dans la communication et la gestion du pronostic, dans la mise en place du traitement, dans l'élaboration d'un projet de soins à long terme ?

Nous ne pouvons qu'insister ici sur la nécessité qu'il y aurait à intégrer de façon systématique, dans le suivi des patients atteints de maladie, une attention soutenue à l'entourage familial - horizon de *ressources* essentiel pour le patient *et* lieu où se propage une part importante de la *souffrance* liée à la maladie.

## 1. Les interrelations entre la société et l'individu malade

Le sujet vivant est toujours situé dans une collectivité ; même l'isolement ou la "désinsertion sociale" sont des façons de s'y situer. La collectivité au sein de laquelle ses multiples relations se nouent, se développent ou se défont, forme une trame mouvante à laquelle il reste, sa vie durant, noué par un lien *vital*.

La médecine, en tant qu'elle se fonde sur une science du vivant, doit-elle tenir compte de ce trait définitoire de la situation du sujet vivant que nous pouvons résumer comme étant sa situation sociale ? Notre réponse est, à l'évidence, affirmative.

Certes, la notion de "composante sociale" de la maladie est sujette à controverse et à malentendu. La précarité socio-économique, le paupérisme, le chômage, par exemple, doivent-ils être "pathologisés"? Ces questions exigent des réponses nuancées, qui mettent de tels phénomènes en perspective par rapport aux multiples composantes, stabilisantes ou déstabilisantes, de la situation bio-psycho-sociale du sujet. L'on ne peut en tout cas dénier que des facteurs sociaux dommageables puissent *contribuer*, à différents degrés, à rendre un sujet plus vulnérable ou à diminuer son aptitude à faire face à la maladie.

Les travaux de Eisenberg et Kleinman (1981), entre autres, montrent que certaines conditions sociales, économiques, environnementales et culturelles peuvent avoir, *per se*, des conséquences morbides. Une revue éclairante de la littérature à propos du cas paradigmatique du chômage a été publiée par Maystre-Agustoni (1997). Les conclusions de ce travail montrent que :

- « le chômage met en évidence les problèmes de santé et, dans une mesure difficile à évaluer, contribue à les rendre plus aigus ; »
- « les problèmes de santé mis en évidence par la crise de l'emploi s'étendent à un public beaucoup plus large que celui des seuls demandeurs d'emploi ; »
- « des facteurs de nature individuelle ou sociale peuvent réduire les effets pathogènes du chômage ou, à l'inverse, les exacerber. »

Smith (1991), cité par Maystre-Agustoni, affirme que le chômage augmente d'un tiers la probabilité pour les hommes de mourir dans les dix années suivantes. Ces hommes décéderont plus probablement d'un suicide, du cancer ou de mort violente. Leurs femmes sont, elles aussi, confrontées à une probabilité plus élevée de décéder, de même que leurs enfants vivants ou à naître. La manière exacte dont le chômage tue n'est pas très claire, mais s'opère en tout cas à travers une combinaison de pauvreté et de stress, à travers leurs effets dévastateurs sur la santé mentale et l'adoption de comportements défavorables à la santé.

Nous pouvons encore citer, en guise d'exemple, les travaux de Molo-Bettelini (1996), qui a mis en évidence l'étroite relation entre les lombalgies chroniques et certains facteurs psycho-sociaux. Dans son étude, elle note que la gravité des douleurs déclarées - qui se révèle être l'indicateur le plus important par rapport au comportement consécutif aux maux de dos - est influencée, en ce qui concerne les facteurs socio-personnels, par le type de profession et les efforts physiques requis par le travail ; et, sur un plan psychologique, par les modalités et le décodage d'expériences telles que l'évaluation de l'état de santé et la satisfaction professionnelle.

Insister sur la dimension sociale de la maladie n'est pas affirmer que celle-ci puisse être appréhendée comme ayant une cause uniquement sociale ; et ce n'est pas non plus plaider

en faveur d'une nouvelle classe de maladies qu'il conviendrait de ranger à côté du groupe des troubles somatiques "purs" et de celui des troubles "psychosomatiques" ou "psychogènes". C'est promouvoir l'intégration en médecine générale d'un axe d'approche social de la maladie, en insistant sur l'importance qu'il y a à se demander, face à *tout* patient, dans quelle mesure son existence avec les autres et dans une communauté spécifique a pu contribuer à engendrer la souffrance qui s'est cristallisée dans la maladie qu'il présente actuellement, et dans quelle mesure cette dimension sociale peut être nouvellement mobilisée pour promouvoir un mieux-être.

En ce sens, les médecins ne peuvent renoncer à s'interroger sur la manière dont leurs croyances et leurs convictions s'inscrivent dans le discours social dominant, ni renoncer à se demander quelles sont leurs relations avec le pouvoir. Dans le courant culturel actuel et sous le couvert de la neutralité médicale, on a fini par privilégier l'individualisme utilitaire, à savoir l'idée que, si les sujets sont libres de poursuivre leurs intérêts personnels, la société s'en portera mieux. A ce courant s'oppose le paradigme culturel de la responsabilité, notamment soutenu par l'oeuvre philosophique de E. Lévinas (1968), P. Ricur (1960-67) et H. Jonas (1979, 1985). Ainsi, W.J. Doherty (1995) invite les soignants à prendre aussi en compte l'intérêt de la collectivité et à augmenter le sentiment de responsabilité pour le bien-être de tous, en reconnaissant les besoins des plus démunis et des plus faibles. Si les malades nourrissent quelquefois l'illusion que la médecine devrait pouvoir leur garantir une guérison sans condition, un certain nombre de bien-portants, y compris des médecins, sous la contrainte des pressions économiques, croient que la devise de l'homme contemporain devrait être "*marche ou crève*"; pour eux, la valeur de l'homme résiderait davantage en ce qu'il produit qu'en ce qu'il est. Le rôle du médecin est certes d'apaiser la souffrance de l'individu ou du groupe, mais non de promouvoir l'apaisement de la souffrance d'un individu ou d'un groupe au prix de l'injustice ou de la souffrance d'autres.

Il importe en ce sens que le médecin réfléchisse à la *conception de l'homme* qui inspire son projet de soin de *l'homme malade*, et qu'il s'interroge sur la *conception de la communauté* qui, fût-ce de façon tacite, détermine son intervention sur *l'homme en tant qu'être social*. Si le médecin conçoit l'homme comme un ensemble de fonctions biologiques, il privilégiera dans son action la "réparation" somatique. S'il conçoit l'homme sur un mode libéral, en privilégiant les valeurs individuelles, il défendra les finalités que le patient s'assigne, quelles que soient leurs interférences avec les exigences des communautés auxquelles il appartient. S'il s'intéresse à la seule dimension communautaire, il peut à l'inverse en arriver à porter préjudice à la dimension personnelle et familiale de l'individu malade.

Pour se mouvoir, dans l'exercice de sa profession, face à tant d'intérêts en conflit, le médecin peut utilement se référer à l'orientation systémique. Celle-ci s'efforce de proposer une réflexion éthique et pragmatique sur la forme de contrat social qui, dans le domaine de la santé, pourrait lier l'individu à la société, et la société au sujet singulier.

## 1. Conclusions

La méthodologie systémique vise à promouvoir une approche médicale intégrative et, comme telle, se positionne de façon très critique à l'égard de tous les réductionnismes. Si elle reconnaît sans conteste l'importance de l'approche strictement biomédicale, elle refuse que la souffrance de l'être humain soit réduite à une altération moléculaire ou à une dysfonction anatomique. Par ailleurs, la complexité du vivant exige une pluralité de points de vue. De leur confrontation seule peut jaillir une connaissance plus profonde de la réalité de l'homme.

Le paradigme systémique que nous proposons constitue un mode d'approche de la maladie qui se veut intégratif. L'intégration ne signifie pas seulement que l'on "prend plus", que l'on ajoute des éléments en sorte d'élargir le champ d'un savoir ou d'une pratique. L'intégration vise à étudier l'organisation qui se fait jour sitôt que l'on cesse d'isoler les éléments en les abstrayant du contexte auquel ils appartiennent et sitôt qu'on leur permet de fonctionner comme ils fonctionnent spontanément dans le monde de la vie : dans leur dynamique interactive.

Suivant une perspective systémique, la compréhension du malade exige donc que l'on approche la maladie, quant à sa genèse et son évolution, au départ d'une *configuration d'ensemble* où les différents éléments s'intègrent les uns aux autres et s'influencent réciproquement.

Ainsi, l'on postule qu'il entre dans la tâche du médecin de tenir compte des répercussions multiples que la maladie exerce dans l'environnement familial et social du patient, et de prévenir, à l'inverse, les effets déstabilisants qu'une gestion familiale ou communautaire dysfonctionnelle de la maladie peut exercer sur le patient. Il importe, en ce sens, que les médecins évaluent comment accorder au mieux les soins qu'ils apportent aux individus aux formes de solidarité nécessaires au maintien et au développement de la vie communautaire.

© CERFASY, tous droits réservés.