

Pluralisme médical polarisé

La représentation de la maladie du patient comme canal de communication interdisciplinaire

Polarised medical pluralism

Patient's representation of illness as an interdisciplinary communication channel.

Mathieu Bujold

Volume 32, numéro hors-série, 2008

Globalisation des cultures : traces, traverses et voix de jeunes anthropologues

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/000201ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/000201ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (imprimé)

1703-7921 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bujold, M. (2008). Pluralisme médical polarisé : la représentation de la maladie du patient comme canal de communication interdisciplinaire. *Anthropologie et Sociétés*, 32, 18–25. <https://doi.org/10.7202/000201ar>

Résumé de l'article

La dernière décennie a vu apparaître, en Amérique du Nord, des cliniques de soins de santé intégrés (SSI) visant la coopération entre praticiens de différentes spécialités (alternatives et biomédicales) afin de fournir des soins holistiques centrés sur l'individu. Ce phénomène représente un défi pour l'anthropologue s'intéressant à l'analyse des interactions entre diverses formes de savoirs relatifs à la santé. Outre son volet ethnographique, l'objectif de cette étude était d'identifier et d'analyser les facteurs favorisant ou entravant l'articulation, voire la négociation, entre différents points de vue relatifs à un épisode de maladie. Un terrain dans une coopérative de SSI québécoise, a permis, entre autres, de suivre l'expérience thérapeutique de quinze individus. Le cadre conceptuel de cette étude, avec son utilisation novatrice du concept des modèles explicatifs individuels de la maladie (MEM), a permis d'analyser l'interaction entre les perceptions des acteurs impliqués dans les processus de soins (patient et thérapeutes). L'hypothèse suivante tend à émerger de l'analyse préliminaire des résultats : la représentation de la maladie du patient peut être un canal de communication favorisant l'articulation interdisciplinaire, entre autres en atténuant certaines barrières d'épistémologie et de langage. Tenir compte de la perspective du patient serait plus qu'une simple concordance avec un postulat de base des soins de santé intégrés ; cela faciliterait le passage de la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité, processus fondamental pour le développement de ce nouveau paradigme de soins.

PLURALISME MÉDICAL POLARISÉ

La représentation de la maladie du patient comme canal de communication interdisciplinaire

Mathieu Bujold



À l'ère de la globalisation des cultures, le pluralisme médical représente un objet de recherche d'actualité en anthropologie de la santé (Lock 2005 ; Schmitz 2006 ; Rossi 2007). Certaines mutations sociales semblent favoriser actuellement l'émergence de nouvelles formes d'organisations articulant, voire même polarisant, une pluralité de pratiques et de concepts reliés à la santé. Ce phénomène représente un défi pour l'anthropologue s'intéressant à l'articulation de savoirs relatifs à la santé, et il doit innover pour en faire l'analyse.

La dernière décennie a vu apparaître, en Amérique du Nord, des cliniques de soins de santé intégrés (SSI)¹⁵ visant la coopération entre praticiens de différentes spécialités alternatives et biomédicales afin de fournir des soins holistiques individualisés. Une revue des travaux récents a permis de conceptualiser un idéal-type définissant ces organisations selon quatre niveaux : 1) structures ; 2) résultats ; 3) philosophies ; et 4) processus (Boon *et al.* 2004). Selon cet idéal, la structure et les philosophies des cliniques visant les SSI devraient favoriser un processus interactionnel égalitaire permettant l'établissement d'un consensus entre les acteurs impliqués. Cependant, certaines études soulignent que les structures hiérarchiques des cliniques, en milieu privé ou public, soutenant généralement une gestion par des médecins conventionnels, entraveraient ce processus démocratique nécessaire aux SSI (Hollenberg 2006). Les fondateurs de l'organisation présentée ici semblent avoir choisi le mode de gestion coopératif en partie pour prévenir cet obstacle.

Étude de cas d'une coopérative de soins de santé intégrés québécoise

Le cas à l'étude est une coopérative de producteur de soins, récemment inaugurée au Québec, regroupant les services de quatorze praticiens offrant

15. La revue des travaux montre des avis partagés sur la notion de SSI (traduction libre d'Integrative Health Care) (Tataryn et Verhoef 2001; Baer 2004). Les partisans d'une certaine forme de « médecine intégrée » semblent concevoir le concept d'intégration comme une assimilation des médecines alternatives et complémentaires (MAC) dans la culture médicale dominante (la biomédecine) ou du moins une gestion par celle-ci. À une époque de globalisation des cultures on peut craindre, que ce type d'intégration n'entraîne la perte de l'essence des MAC. Certains anthropologues se sont d'ailleurs attardés à décrire les conséquences néfastes qu'ont occasionnées de telles politiques d'intégration (Lock 1990). La définition que nous partageons décrit plutôt les SSI comme un nouveau paradigme de soins visant un niveau relationnel dépassant la simple addition de différentes thérapies ou l'absorption de l'une à l'intérieur de l'autre (Bell *et al.* 2002).

une large gamme de services (ostéopathie, médecine familiale, naturopathie, psychologie, homéopathie, psychiatrie, massothérapie, médecine traditionnelle chinoise, kinésiologie, etc.). Les fondateurs de l'organisation disent avoir choisi ce mode de gestion car il favorise l'implication décisionnelle et financière de chacun des membres de l'équipe tout en encourageant un sentiment d'engagement dans une cause commune : les soins de santé intégrés.

En général, les patients viennent dans cette clinique pour consulter un praticien en particulier. Cependant, plusieurs personnes choisissent cette clinique pour la philosophie de collaboration interdisciplinaire qu'elle véhicule. D'ailleurs, certains individus ont dès le départ des attentes de SSI. Le patient fait alors le choix d'un thérapeute comme porte d'entrée¹⁶. Le praticien et le patient peuvent par la suite discuter de la pertinence de rencontrer un collègue ou encore que le thérapeute présente son cas dans une réunion interdisciplinaire bimensuelle. L'objectif principal de ces rencontres est de permettre aux praticiens d'avoir un avis « interdisciplinaire » sur certains cas et de réfléchir, si nécessaire, à l'élaboration d'un plan de travail d'équipe. Selon plusieurs membres interviewés, ces réunions sont l'une des principales caractéristiques permettant à l'organisation de se distinguer d'autres cliniques multidisciplinaires.

Le défi majeur de ce type d'organisation est la communication entre des acteurs qui utilisent des épistémologies et des langages différents (Kaptchuk et Miller 2005). L'état actuel des travaux publiés montre une lacune au niveau de l'analyse *in situ* du processus d'articulation des savoirs dans ce type d'organisation. De plus, malgré le fait qu'un des postulats des SSI soit de centrer davantage les soins sur l'individu, aucune étude ne s'attarde à analyser la place de la représentation du patient dans le processus.

L'objectif général de cette étude était d'identifier et d'analyser les facteurs favorisant ou entravant une articulation, voire une négociation, entre les points de vue des acteurs (patient et praticiens) impliqués dans un processus de SSI. Le cadre conceptuel développé pour cette étude fut inspiré, entre autres, par l'approche transactionnelle, proposée par Katon et Kleinman (Katon et Kleinman 1981 ; Massé et Légaré 2001). Ce modèle, proposé par les auteurs pour améliorer les relations cliniques, suggère qu'une négociation peut avoir lieu entre le modèle explicatif individuel de la maladie (MEM) du patient et celui du praticien. Le MEM est la façon dont un individu comprend un épisode de maladie affligeant une personne. Cette compréhension peut se faire à différents niveaux : causes et répercussions de la maladie (sur les plans biologique, social, psychologique, spirituel) ; pronostic ; traitements envisageables ; craintes et attentes (Kleinman 1980). Dans une clinique de SSI, plusieurs MEM existent face à un même épisode de maladie, celui de la personne concernée et ceux des thérapeutes consultés directement ou indirectement. La dynamique de communication dans ce contexte fut donc conceptualisée comme une articulation entre ces différents MEM. Un intérêt particulier fut porté à la place du MEM du patient dans le processus.

16. Ce point différencie cette organisation d'autres cliniques de ce type où les médecins conventionnels sont généralement les « chefs d'orchestre ».

Une partie de la collecte de données¹⁷ consista à faire le suivi de l'itinéraire thérapeutique de quinze individus dans cette clinique afin d'analyser l'articulation de différents points de vue relatifs à leur épisode de maladie. Avant qu'il ne rencontre un premier ou un nouveau praticien dans la clinique, une entrevue semi dirigée était réalisée avec le patient afin d'explorer son MEM¹⁸. Idéalement, la rencontre clinique initiale était enregistrée¹⁹. Après la rencontre, une entrevue était réalisée avec le patient afin d'évaluer l'évolution de son MEM et avec le praticien consulté afin d'obtenir le sien. Les étapes de collecte de données ont été reproduites, lorsque possible, chaque fois que le patient rencontra un nouveau thérapeute durant la période de suivi (six mois).

Nous avons également assisté à dix-sept rencontres interdisciplinaires qui furent enregistrées. Une attention particulière fut portée aux échanges entre praticiens lors des présentations de cas et si le point de vue du patient y avait une place.

L'hypothèse suivante tend à émerger de l'analyse préliminaire des résultats : la représentation de la maladie du patient peut être un canal de communication favorisant l'articulation interdisciplinaire.

Le point de vue du patient comme canal de communication

[II] nous faut trouver un canal commun dans lequel on peut se parler et se comprendre. Possiblement que ce canal, ce sera le patient! C'est lui qui devra être au centre...

Extraits d'une entrevue accordée par un praticien
de la clinique à un média québécois²⁰ en 2005

Lors d'une entrevue individuelle, une thérapeute nous affirma que, selon elle, les discussions interprofessionnelles centrées sur les patients sont celles qui génèrent le niveau d'interdisciplinarité le plus élevé : « [Quand] on l'a fait mieux (les SSI) c'est quand on parlait du client plus que de nos approches. On était plus centré sur le client et comment on peut l'aider lui [...] c'est quoi la demande du client, plus que quand on se met à s'obstiner et à se parler plus au niveau théorique. Quand c'est centré sur la personne ça s'intègre mieux, ça se construit mieux » (T#10). Selon la praticienne interviewée, se centrer sur l'individu permet parfois de dépasser certaines problématiques dues à des différences de points de

17. D'un point de vue ethnographique, une présence sur le terrain pendant près d'un an et demi a permis de collecter un large corpus de données grâce à l'utilisation d'une variété de méthodes de collectes de données (entrevue, questionnaire, groupe de discussion, observation, analyse de documents...).

18. Le schéma d'entrevue, inspirée par Kleinman (Kleinman 1980), fut précédé d'une partie ouverte, afin d'explorer le réseau de signification du patient relatif à sa problématique de santé (Saillant 1990; Good 1994).

19. Ceci a permis de vérifier si ces rencontres concordaient avec l'approche transactionnelle proposée par Katon et Kleinman.

20. Afin de maintenir la confidentialité de l'organisation, nous préférons ne pas préciser la source de cet extrait

vue théoriques. Les observations que nous avons réalisées durant les réunions interdisciplinaires tendent à confirmer cette affirmation.

Lors de notre présence sur le terrain, nous avons assisté à plusieurs réunions où furent présentés une trentaine de cas par différents praticiens²¹. La comparaison des présentations nous a permis de discerner des variations importantes au niveau de la dynamique des échanges. Par exemple, certaines présentations ont généré la participation de la majorité des thérapeutes présents, alors que d'autres généraient plutôt un échange monodisciplinaire entre quelques praticiens de disciplines communes ou connexes. L'analyse comparative des présentations tend à souligner une relation entre le niveau de participation interdisciplinaire et l'emphase mise par le présentateur sur la description globale de l'individu et de son point de vue. Les praticiens réduisant davantage leur présentation sur la problématique de santé diagnostiquée (*disease*) et sur leurs observations cliniques, avaient tendance à générer un niveau de participation interdisciplinaire moins élevé. Ceci peut s'expliquer par l'utilisation d'un langage et d'une épistémologie plus spécialisée, limitant la participation des collègues ne partageant pas ces connaissances. De plus, lors de ce type de présentation, le praticien peut avoir tendance à occulter certains détails exprimés par le patient²², jugés « non pertinents » du point de vue de son approche, mais qui pourraient l'être pour d'autres. Au contraire, les échanges initiés par une description plus approfondie du patient, de son contexte ainsi que de l'expérience de sa maladie (*illness*), semblaient favoriser davantage une articulation interdisciplinaire. En plus de favoriser la communication et le transfert de connaissances entre thérapeutes²³, se référer à la représentation du patient lors des discussions semble favoriser l'émergence de « points d'articulation interdisciplinaires ».

Une analyse plus approfondie des dynamiques de discussions lors des réunions nous a permis d'identifier certaines informations clés ayant généré une articulation des savoirs dépassant la simple multidisciplinarité²⁴. Nous avons constaté que plusieurs de ces « informations pivots » émergeaient lorsque les thérapeutes discutaient de certaines parties du MEM du patient. Outre l'exercice de réflexion collective qu'elle favorise, la représentation du patient semble contenir en elle-même des informations clés pour l'articulation des savoirs, voire même parfois des intégrations déjà réalisées.

L'analyse d'entrevues et de rencontres cliniques a permis de souligner que les patients suivis avaient des modèles explicatifs individuels de la maladie (MEM)

-
21. Certains cas présentés portaient sur des participants dont nous avons suivi l'itinéraire thérapeutique et collecté les MEM.
 22. Lors de la rencontre clinique, le patient peut exprimer une série d'associations, basée généralement sur des savoirs vécus ou intuitifs. Ces relations ne font pas toujours sens pour le praticien et son cadre d'analyse.
 23. L'analyse souligne également qu'une description plus détaillée du point de vue du patient donne une occasion aux praticiens participant à l'échange de vulgariser certains fondements théoriques de leur approche en les illustrant par une expérience vécue concrète.
 24. Définie par Hamel comme une « utilisation parallèle de plusieurs disciplines, sans nécessairement établir de rapport entre elles » (1995 : 193).

et que ceux-ci évoluaient au fil de leur itinéraire. Une des sources de cette évolution est le contact avec les thérapeutes. Les patients intègrent certaines explications des praticiens, particulièrement celles concordant avec leurs expériences vécues ou leurs intuitions²⁵. L'analyse des données souligne qu'un praticien portant attention à l'expérience des patients en consultation multiple peut, par l'intermédiaire du MEM « intégré » du patient, avoir accès à certaines parties du MEM d'un collègue remanié par le patient. Ce point de vue du patient peut être une zone d'articulation intéressante entre les MEM des trois acteurs puisqu'il présente déjà une articulation entre ceux du patient et de l'autre thérapeute. Ces observations vont dans le sens de propos recueillis lors d'entrevues avec certains praticiens du centre affirmant que la clé des SSI se trouve chez l'individu lui-même :

« L'agent intégrateur le plus réaliste c'est le patient » (T#12). « Dans ma pratique, je me rends compte que mes patients ont généralement leurs propres pistes de solutions et, souvent, ils ont plus raison que moi! [...] Souvent, l'intuition des gens est très bonne, mais la société encourage le rationnel et ils ont appris à ne plus s'écouter eux-mêmes...[...] »

Deuxième extrait de l'entrevue médiatique citée plus haut

La représentation du patient comme canal de communication : de la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité

La pertinence de cette recherche réside, d'un point de vue ethnographique, dans l'analyse *in situ* du fonctionnement d'un nouveau lieu polarisant une partie du pluralisme médical présent dans la société québécoise. Le rôle de l'anthropologie dans ce contexte doit dépasser celui de la simple définition des ethnomédecines pour analyser l'articulation entre « diverses formes de savoirs, de logiques et de rationalités » (Massé 1997 : 55).

Le cadre conceptuel de cette étude, avec son utilisation novatrice du concept des modèles explicatifs individuels de la maladie (MEM), a permis d'analyser l'interaction entre les perceptions des acteurs impliqués dans le processus de soins. Ceci permet de contourner certaines impasses auxquelles se heurtent les réflexions s'attardant à analyser l'intégration des savoirs uniquement d'un point de vue théorique²⁶. Cet angle d'analyse permet également d'inclure dans la réflexion le point de vue du patient, un acteur oublié dans les études relatives aux processus de SSI (Koithan *et al.* 2007).

25. Plusieurs facteurs semblent optimiser cette intégration. Par exemple, si le contexte clinique permet au patient d'exprimer son MEM et que le praticien l'écoute bien, ce dernier pourra par la suite mieux vulgariser ses connaissances en les illustrant autour de l'expérience vécue du patient.

26. Selon certains auteurs, l'incompatibilité des différents fondements théoriques et la différence entre les épistémologies utilisées par les praticiens qui y sont formés, rendent l'intégration utopique (Kaptchuk et Miller 2005). Le cadre conceptuel interprétativiste utilisé dans cette étude souligne que les praticiens peuvent négocier leurs points de vue individuels, qui ne se résument pas aux savoirs théoriques, pour ainsi rendre envisageables les soins de santé intégrés. Cette négociation peut être facilitée en incluant la représentation du patient dans le processus.

L'analyse préliminaire des données semble indiquer que la représentation du patient pourrait être un canal de communication favorisant le décloisonnement des frontières des savoirs en contournant certaines contraintes de langages et d'épistémologies, en favorisant la vulgarisation des connaissances et en stimulant l'émergence de points d'articulation interdisciplinaires. Les résultats soulignent également la capacité qu'ont les patients à remanier et à articuler certaines parties des explications données par les praticiens.

Tenir compte de la perspective du patient serait plus qu'une simple concordance avec un postulat de base des SSI ; cela favoriserait également le passage de la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité²⁷, processus nécessaire au développement de ce nouveau paradigme de soins.

Références

- BAER H.A., 2004, *Toward an Integrative Medicine : Merging Alternative Therapies with Biomedicine*. Walnut Creek, California, Altamira Press.
- BELL I.R., O. CASPI, G.E. SCHWARTZ, K.L. GRANT, T.W. GAUDET, D. RYCHENER, V. MAIZES et A. WEIL, 2002, « Integrative Medicine and Systemic Outcomes Research : Issues in the Emergence of a new model for primary health care », *Archives of Internal Medicine*, 162, 2 : 133-40.
- BOON H., M. VERHOEF, D. O'HARA et B. FINDLAY, 2004, « Integrative Healthcare : Arriving at a Working Definition », *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 10, 5 : 48-56.
- D'AMOUR D., M. FERRADA-VILEDA, L. SAN MARTIN RODRIGUEZ et M.D. BEAULIEU, 2005, « The Conceptual Basis for Interprofessional Collaboration : core concepts and theoretical frameworks », *Journal of Interprofessional Care*, 19, Suppl 1 : 116-31.
- GOOD B., 1994, *Medicine, Rationality, and Experience : an anthropological perspective*. Cambridge, Cambridge University Press.
- HAMEL J., 1995, « Réflexions sur l'interdisciplinarité à partir de Foucault, Serres et Granger. », *Revue européenne des sciences sociales*, XXXIII, 100 : 191-205.
- HOLLENBERG D., 2006, « Uncharted Ground : patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings », *Social Science & Medicine*, 62, 3 : 731-44.
- KAPTCHUK T.J. et F.G. MILLER, 2005, « Viewpoint : what is the best and most ethical model for the relationship between mainstream and alternative medicine : opposition, integration, or pluralism? », *Academic Medicine*, 80, 3 : 286-90.
- KATON W. et A. KLEINMAN, 1981, « Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care » : 253-279, in L. Eisenberg et A. Kleinman (dir.), *Relevance of Social Science for Medicine*, Hingham, D. Reidel Publishing Company.

27. D'Amour définit le travail d'équipe multidisciplinaire en santé comme une juxtaposition d'une variété de professionnels et de compétences qui interagissent sur une base limitée et transitoire. Le travail interdisciplinaire en santé suppose un degré de collaboration plus élevée impliquant une intégration des connaissances et des expertises de chacun pour résoudre des problèmes complexes (D'Amour et al. 2005 : 120).

- KLEINMAN A., 1980, *Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley, University of California Press.
- KOITHAN M., I.R. BELL, O. CASPI, L. FERRO et V. BROWN, 2007, « Patients' experiences and perceptions of a consultative model integrative medicine clinic : a qualitative study », *Integrative Cancer Therapies*, 6, 2 : 174-184.
- LOCK M., 1990, « Rationalization of Japanese Herbal Medication : The Hegemony of Orchestrated Pluralism », *Human Organization*, 49, 1 : 41-47.
- , 2005, « Anthropologie médicale : pistes d'avenir » : 439-467, in F. Saillant et S. Genest, *Anthropologie médicale : ancrages locaux, défis globaux*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- MASSÉ R., 1997, « Les mirages de la rationalité des savoirs ethnométriques », *Anthropologie et Sociétés*, 21, 1 : 53-72.
- MASSÉ R. et F. LÉGARÉ, 2001, « The limitations of a negotiation model for perimenopausal women », *Sociology of Health and Illness*, 23, 1 : 44-64.
- ROSSI I., 2007, « Quêtes de spiritualité et pluralisme médical : reconfigurations contemporaines » : 15-29, in N. Durisch Gautier, I. Rossi et J. Stolz, *Quêtes de santé : Entre soins médicaux et guérisons spirituelles*, Genève, Labor et Fides.
- SAILLANT F., 1990, « Fabriquer du sens : le réseau sémantique du cancer », *Sciences Sociales et Santé*, VIII, 3 : 5-39.
- SCHMITZ O., 2006, *Les médecines en parallèle. Multiplicité des recours au soin en Occident*. Paris, Karthala.
- TATARYN D. J. et M. J. VERHOEF, 2001, « Combining Conventional, Complementary, and Alternative Health Care : A Vision of Integration » : 87-109, in *Perspectives on Complementary and Alternative Health Care*, Ottawa, Santé Canada.

RÉSUMÉ – ABSTRACT

Pluralisme médical polarisé. La représentation de la maladie du patient comme canal de communication interdisciplinaire.

La dernière décennie a vu apparaître, en Amérique du Nord, des cliniques de soins de santé intégrés (SSI) visant la coopération entre praticiens de différentes spécialités (alternatives et biomédicales) afin de fournir des soins holistiques centrés sur l'individu. Ce phénomène représente un défi pour l'anthropologue s'intéressant à l'analyse des interactions entre diverses formes de savoirs relatifs à la santé. Outre son volet ethnographique, l'objectif de cette étude était d'identifier et d'analyser les facteurs favorisant ou entravant l'articulation, voire la négociation, entre différents points de vue relatifs à un épisode de maladie. Un terrain dans une coopérative de SSI québécoise, a permis, entre autres, de suivre l'expérience thérapeutique de quinze individus. Le cadre conceptuel de cette étude, avec son utilisation novatrice du concept des modèles explicatifs individuels de la maladie (MEM), a permis d'analyser l'interaction entre les perceptions des acteurs impliqués dans les processus de soins (patient et thérapeutes). L'hypothèse suivante tend à émerger de l'analyse préliminaire des résultats :

la représentation de la maladie du patient peut être un canal de communication favorisant l'articulation interdisciplinaire, entre autres en atténuant certaines barrières d'épistémologie et de langage. Tenir compte de la perspective du patient serait plus qu'une simple concordance avec un postulat de base des soins de santé intégrés ; cela faciliterait le passage de la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité, processus fondamental pour le développement de ce nouveau paradigme de soins.

Mots-clés : Bujold, pluralisme médical, soins de santé intégrés, médecines alternatives et complémentaires (MAC), modèles explicatifs de la maladie (MEM), coopérative de santé, soins centrés sur le patient.

Polarised medical pluralism : patient's representation of illness as an interdisciplinary communication channel.

In the past decade, North America has witnessed the emergence of integrative health-care (IHC) clinics, in which practitioners of different clinical backgrounds (alternative and biomedical) offer holistic person-centered care in a spirit of cooperation. This phenomenon is a challenge for anthropologists interested in the analysis of the interaction between diverse forms of health-related knowledge. The objective of this study, in addition to its ethnographic dimensions, was to identify and analyse the factors that either foster or impede the articulation and negotiation of different points of views related to an illness episode. During a field study in a Quebec IHC cooperative, the therapeutic experiences of fifteen participants were examined. The conceptual framework, with its innovative use of the concept of explanatory models of illness, made it possible to analyse the interaction between the perceptions of the actors involved in the health care process (patient and practitioners). The following hypotheses emerge from the preliminary data analysis : the patient's representation could be a communication channel that attenuates the constraints of epistemological and language barriers. Beyond the fact that it's in keeping with a central postulate of IHC, recognizing the importance of the patient's point of view also appears to facilitate the transition from multidisciplinary to interdisciplinary team work, a fundamental process for development of this new care paradigm.

Keywords : Bujold, medical pluralism, integrative health care (IHC), complementary and alternatives medicines (CAM), explanatory model (EM), health cooperative, patient-centered care.

*Mathieu Bujold
Département d'anthropologie
Université Laval
Pavillon Charles-De Koninck
1030, avenue des Sciences-Humaines
Québec (Québec) G1V 0A6
Canada
mathieu.bujold.1@ulaval.ca*