

3 LE PARTENARIAT AVEC LES PATIENTS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

MATHIEU ISABEL, FARIN SHORE
ET MARIE-PIERRE CODSI

De nombreux patients évoluent dans des contextes de vulnérabilité, tant médicale que sociale. Multiples problèmes de santé physique et mentale, précarité socioéconomique, itinérance... le portrait est large. Le partenariat avec ces patients est non seulement possible, mais il représente la pierre angulaire d'une relation de soins satisfaisante basée sur des buts communs, l'écoute et le respect.

CAS N° 1

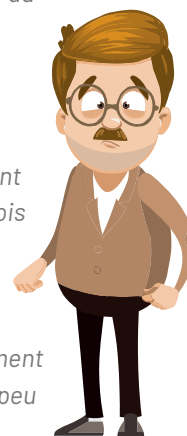
M^{me} Bilodeau, 81 ans, vous consulte, car « ça ne va pas depuis un bout ». Elle vit seule dans un logement situé au deuxième étage sans ascenseur. Sa conjointe est décédée il y a quatre ans ; elle n'a pas d'enfant. Sa famille et ses amis sont pour la plupart décédés ou vivent loin d'elle. Serveuse retraitée, elle n'a pas de fonds de retraite. Sa pension de vieillesse, avec le supplément de revenu garanti, est à peine suffisante pour répondre à ses besoins. M^{me} Bilodeau présente une hypertension mal maîtrisée et des problèmes chroniques d'incontinence urinaire. Vous remarquez une perte de poids et une instabilité



à la marche, apparues depuis sa dernière visite. Vous vous questionnez de plus en plus sur sa capacité à rester seule à domicile. Elle a toujours refusé les services du CLSC. À sa demande, sa voisine l'aide de temps en temps à faire ses courses. « Je ne veux surtout pas être placée, docteur », vous affirme-t-elle à la fin du rendez-vous.

CAS N° 2

M. Mendez, 52 ans, vous consulte pour une prescription de somnifère. Prestataire de l'aide sociale, il a perdu son logement l'an dernier en raison de loyers non payés. Il vit maintenant dans des refuges d'urgence pour personnes en situation d'itinérance et a perdu tout contact avec sa fille unique. « J'ai vraiment besoin d'une pilule pour dormir. Tout le monde ronfle dans les dortoirs », vous dit-il. Son diabète est mal maîtrisé, même s'il prend ses médicaments, qu'il obtient gratuitement grâce à son carnet de réclamation. « Vous savez, docteur, on prend ce qu'ils nous donnent à manger au refuge », vous mentionne-t-il. En outre, sa consommation d'alcool a augmenté. Comme à son habitude, il est arrivé à l'avance à son rendez-vous. Il sent légèrement l'alcool, sans toutefois être complètement intoxiqué. Vous manquez de temps durant le rendez-vous. Vous hésitez entre lui rédiger rapidement une ordonnance ou explorer un peu plus en détail sa situation.



Le Dr Mathieu Isabel est médecin de famille et clinicien chercheur au GMF-U des Faubourgs et dans l'équipe itinérance du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal. M. Farin Shore est référent pair en réduction des méfaits chez Médecins du Monde Canada. La Dr^e Marie-Pierre Codsí est médecin de famille au GMF-U Notre-Dame et coprésidente de la Formation PARTENAIRES.

Ces deux situations, a priori très différentes, ont cependant beaucoup en commun. En effet, elles comportent de nombreux éléments qui nous permettront d'explorer le concept de la vulnérabilité et de discuter de partenariat avec les patients vivant justement des situations de vulnérabilité.

LA VULNÉRABILITÉ, UN CONCEPT ÉVOLUTIF

L'expression « populations vulnérables » est très souvent utilisée dans le domaine médical et académique. Pour beaucoup de cliniciens, le concept de vulnérabilité peut, de façon presque intuitive, faire penser à certaines catégories particulières de patients (par exemple, personnes en situation d'itinérance, personnes migrantes, personnes ayant un problème de dépendance)¹⁻³. Différents auteurs ont exploré les fondements théoriques de ce concept de vulnérabilité⁴⁻⁷. Ce qui en émerge, c'est que la vulnérabilité est intimement liée à d'autres réalités, comme la pauvreté, l'exclusion sociale et la précarité⁸. Toutefois, une notion est particulièrement importante à retenir : une personne n'est pas « vulnérable » en tant que telle, comme s'il s'agissait d'une catégorie ou d'un état de fait. Elle évolue plutôt dans des conditions vulnérabilisantes, qui, elles, révèlent de multiples processus sociaux et médicaux fragilisants⁹⁻¹¹. Par exemple, une personne en situation d'itinérance n'est pas vulnérable, par définition. Elle peut parfois présenter certains problèmes de santé physique et mentale qui peuvent la limiter, mais elle subit avant tout les conséquences des inégalités sociales de santé. Elle vit sans logement dans une réalité sociale teintée d'exclusion et de discrimination¹². Elle peut aussi se trouver dans des situations ou des relations qui amplifient une vulnérabilité ou, au contraire, l'atténuent. La vulnérabilité a donc le potentiel de toucher tout le monde, et non pas uniquement les « populations vulnérables »^{13,14}.

LA VULNÉRABILITÉ : AU-DELÀ DE LA FRAGILITÉ ET DE L'INAPTITUDE

Un des mythes qui nuit au partenariat et que nous essaierons de déconstruire ici est celui voulant que, derrière la notion de vulnérabilité, se cache souvent une forme de fragilité, voire d'inaptitude, intrinsèque à la personne. Comme si les personnes en situation de vulnérabilité avaient d'emblée, plus que les autres, des difficultés à prendre de « bonnes » décisions. Comme si le contexte de « vulnérabilité » de la personne impliquait un besoin de protection nécessitant qu'on prenne des décisions à sa place pour son bien. Évidemment, certains problèmes aigus ou chroniques de santé physique et mentale peuvent modifier de façon temporaire ou permanente les capacités d'une personne. C'est en effet parfois le rôle du médecin de famille de statuer sur ces capacités et, dans certains cas, d'agir. Toutefois, très souvent, l'enjeu n'en est pas un d'aptitude, mais bien de circonstances et de ressources.

Les concepts de *facteurs de risque* et de *facteurs protecteurs*, souvent utilisés en médecine, sont utiles ici. La situation de vulnérabilité n'est pas un état statique proprement dit, mais plutôt la somme de plusieurs défis et inégalités sociales de

santé (les facteurs de risques) combinés à des forces, des ressources et des environnements sociaux favorables (les facteurs de protection). Parfois, les facteurs protecteurs l'emportent sur les facteurs de risque. Parfois, c'est le contraire.

Chez M^{me} Bilodeau, le vieillissement, l'hypertension, l'incontinence urinaire, les troubles de mobilité, la précarité socioéconomique et l'isolement social coexistent avec la débrouillardise, un souhait d'autonomie et la capacité à tisser des liens avec le voisinage. Dans notre perspective clinique, les facteurs de risque semblent l'emporter, plaçant globalement M^{me} Bilodeau en situation de vulnérabilité. Elle n'est donc pas une patiente « fragile », par définition.

De son côté, M. Mendez est bien conscient que la nourriture qu'on lui sert au refuge n'est pas optimale pour la maîtrise de sa glycémie, mais ses options actuelles sont très limitées, et il doit tout de même se nourrir. L'enjeu vulnérabilisant n'est donc pas un problème d'accès à de l'information ou une incapacité à prendre des décisions, mais bien une question de ressources limitées.

LA DEMANDE DU PATIENT

Un des principes de base souvent appris en intervention médicosociale est de coconstruire le plan de soins à partir de la demande du patient. Mais que faire lorsqu'il n'y a pas vraiment de demande formulée, que celle-ci n'est pas claire ou qu'elle en cache possiblement une autre ?

Dans les histoires d'ouverture concernant M^{me} Bilodeau et M. Mendez, le médecin ne sait pas d'emblée ce qui se passe. L'affirmation initiale floue de M^{me} Bilodeau « ça ne va pas » pourrait cacher un malaise physique, un état anxiodépressif ou une réalisation progressive de sa perte d'autonomie et de sa propre finalité. Similairement, la demande de somnifère de M. Mendez pourrait être simplement liée au désir du patient de dormir ou potentiellement servir de perche pour explorer des alternatives aux refuges.

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'absence de demande claire n'est pas une équivalence d'inaptitude. Jusqu'à preuve du contraire, M^{me} Bilodeau et M. Mendez sont capables de prendre leurs décisions par eux-mêmes. Il revient alors à l'intervenant (médecin ou autre membre de l'équipe) d'aider la personne à verbaliser ses besoins, ses objectifs et ses valeurs et, ainsi, aider la personne à expliciter sa demande. En soi, comprendre ce qui anime réellement une personne représente un objectif fondamental de l'intervention en partenariat, mais peut nécessiter un peu de temps. Voyons voir comment on peut y arriver.

QU'EST-CE QU'ON PEUT FAIRE ENSEMBLE AUJOURD'HUI ?

Une définition du partenariat est particulièrement révélatrice pour l'accompagnement des patients vivant en situation de vulnérabilité. Il s'agit d'un mode relationnel d'action

coopérative fondée sur un engagement libre, mutuel et contractuel d'acteurs différents, mais égaux, qui collaborent en vue de changer un objet commun¹⁵. Un élément est ici d'importance : l'objet commun. Évidemment, tant la demande initiale du patient que le travail commun d'explicitation autour de la demande peuvent devenir cet objectif commun et représenter une occasion de créer une alliance thérapeutique solide et porteuse de soins optimaux. Travailler à s'entendre sur une demande, aussi peu claire ou a priori « discutable » soit-elle, c'est reconnaître l'individu dans son autonomie et son droit à l'autodétermination. Le partenariat ne sert pas à mener le patient à être d'accord avec l'équipe de professionnels. C'est plutôt une façon de prendre appui sur la discussion, l'ouverture et le respect.

Les histoires des patients présentées en ouverture sont détaillées. De façon réaliste, ce genre de connaissance du vécu d'un patient prend du temps à développer. Dans le paysage actuel souvent limité du travail médical, il peut sembler difficile d'arriver à un tel niveau de compréhension. Toutefois, en contexte d'intervention avec des personnes en situation de vulnérabilité, le développement de cette compréhension commune et du lien de confiance est fondamental.

Ce travail peut s'étaler sur plusieurs rencontres, tout en répondant en même temps à des demandes ponctuelles. La collaboration interdisciplinaire est d'autant plus importante dans ce contexte pour accompagner la personne. Il peut être aussi utile d'alterner les rencontres entre les différents membres de l'équipe : un rendez-vous avec la travailleuse sociale, le suivant avec un patient partenaire ou un pair-aidant, l'autre avec le médecin. On peut aussi organiser des rencontres conjointes réunissant, par exemple, le patient, le travailleur social et le médecin.

LE CHOC DES DÉSIRS, DES CONTEXTES ET DES POSSIBILITÉS

Pour beaucoup de personnes vivant en situation de vulnérabilité, la vie se passe dans une temporalité différente de bon nombre de professionnels de la santé. La vie se concentre souvent davantage sur des enjeux du quotidien démontrant des besoins à court terme (Où vais-je dormir cette nuit ? Vais-je tomber en sevrage dans les prochaines heures ? J'espère ne pas chuter aujourd'hui, etc.). Formuler des projets de vie ou des besoins plus globaux à moyen et long terme nécessite une capacité et un désir de se projeter dans un avenir plus lointain souvent limités par des ressources difficiles d'accès, voire inexistantes. Et pour beaucoup, se convaincre qu'on peut avoir le droit de plus ou de mieux n'est même pas envisageable.

Par sa conception, le modèle biomédical est habitué à concevoir des meilleures pratiques fondées sur des contextes favorables (essais à répartition aléatoire contrôlés, protocole de recherche rigoureux, etc.). En outre, la notion de *longévité* peut souvent entrer en conflit avec celle de *qualité de vie*. Sur le

plan purement médical, on sait fort bien que, pour M. Mendez, il faudrait viser une meilleure maîtrise du diabète, ce qui passe par une alimentation équilibrée, une faible consommation d'alcool, de l'activité physique, etc. On peut bien répéter à M. Mendez qu'il doit manger de façon plus équilibrée, sa réalité demeure la même : il ne peut pas le faire, probablement qu'il le sait déjà, et peut-être ne le souhaite-t-il pas non plus.

En outre, beaucoup de personnes vivant en situation de précarité socioéconomique depuis un certain temps ont une perception altérée de leur capacité à faire des choix et à avoir réellement prise sur leur vie. À long terme, la confiance d'une personne est atteinte, ce qui ouvre la porte à des dynamiques de quasi-soumission. Dès lors, même si l'on souhaite adopter la posture la plus égalitaire possible en clinique, qu'on le veuille ou non, les enjeux de pouvoir existent entre médecin et patient, tout particulièrement chez les personnes en situation de vulnérabilité. Les différences perçues au niveau de l'éducation formelle, du revenu, voire du statut social, s'ajoutent à l'impression que, de toute façon, c'est le médecin qui décide si, oui ou non, il rédigera telle ordonnance ou demandera tel test ; tout ceci entre en jeu dans les dynamiques de pouvoir entre patient et médecin. Ainsi, au lieu d'ignorer ces différences de contextes ou de prétendre qu'elles n'existent pas, il est important de les nommer et d'être prêt à les accueillir. C'est cette communication de nos réalités respectives qui ouvre la porte au partenariat.

LA VULNÉRABILITÉ EN RELATION : UNE SENSIBILITÉ PARTAGÉE

Une rencontre clinique est un échange entre deux personnes, une forme de danse où chacun apporte sa vision, ses possibilités et ses défis. Probablement que peu de médecins connaissent la réalité de devoir faire la file afin d'entrer dans un refuge pour personnes en situation d'itinérance. Cependant, bien que nous soulignons les angles morts des professionnels de la santé face aux réalités des patients dans des contextes de vulnérabilité, mentionnons aussi que, probablement, peu de patients connaissent les contraintes qui pèsent sur les médecins de famille pendant une rencontre clinique. La réalité du médecin est souvent méconnue, celle de vouloir offrir des soins de qualité tout en composant avec des pressions de temps, des enjeux politiques et organisationnels de performance, l'incertitude clinique, le manque de ressources, etc. Ces angles morts mutuels, s'ils ne sont pas explicités dans une optique de réciprocité, ont le potentiel d'amplifier des sentiments d'incompréhension, d'impuissance et de vulnérabilité alors vécus de façon isolée¹⁶.

RETOUR SUR LES CAS CLINIQUES

M^{ME} BILODEAU

Malgré votre discussion, vous n'avez pas réussi à élucider ce qui « ne va pas depuis un bout ». Vous expliquez à M^{me} Bilodeau que vous ne décelez pas de francs symptômes de dysthyroïdie,



d'anémie ou de trouble anxiodépressif grave. Vous lui mentionnez toutefois son isolement social. Vous reconnaissez que l'idée d'un placement en résidence contre son gré doit en effet être angoissante, mais que ce n'est pas votre objectif. Vous soulignez ses grandes capacités d'organisation et sa débrouillardise, tout en lui demandant si elle a des idées sur ce qui l'aiderait au quotidien. Elle propose d'inviter sa voisine à votre prochaine rencontre. Vous convenez de poursuivre alors cette discussion et d'effectuer certains bilans entre temps.

M. MENDEZ

Vous lui exprimez que vous pouvez certainement concevoir la difficulté de dormir dans sa situation. Puisqu'un traitement non pharmacologique (par exemple, thérapie cognitivo-comportementale contre l'insomnie, modification de l'hygiène du sommeil) semble peu réaliste pour l'instant, vous lui proposez un traitement pharmacologique. Comme il s'agit d'une première rencontre, vous expliquez être plus à l'aise de lui prescrire une dizaine de comprimés seulement. Vous convenez d'un rendez-vous de suivi pour aborder son sommeil, son diabète et sa situation d'itinérance. Vous lui offrez aussi la possibilité de rencontrer votre collègue travailleur social. Il vous remercie, mais décline, vous précisant qu'il a déjà un intervenant en qui il a confiance. Vous proposez de l'inviter à une rencontre éventuelle.



CONCLUSION

Le partenariat avec les personnes en situation de vulnérabilité peut être beaucoup plus simple que l'on pense. Il importe avant tout de se concentrer sur un objectif commun. Ce but commun, qu'on établit conjointement en tenant compte des contextes de chacun, permet alors de se concentrer sur des objectifs réalistes.

Ainsi, face à l'incompréhension, à l'impossibilité, à l'impuissance ou au désaccord, il faut résister au réflexe de se fermer ou de juger. Il faut justement rester en relation, s'ouvrir et, ainsi, revenir au pouvoir du lien et au plaisir que les soins peuvent procurer de part et d'autre. C'est aussi cela l'art de la médecine. ■

Date de réception : le 27 juillet 2025

Date d'acceptation : le 17 août 2025

Le Dr Mathieu Isabel, M. Farin Shore et la Dr^e Marie-Pierre Codsí n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

- Clark B, Preto N. Exploring the concept of vulnerability in health care. *CMAJ* 2018 ; 190 (11) : E308-E309. DOI : 10.1503/cmaj.180242.
- Ferreira JBB, Santos LLD, Ribeiro LC. Vulnerability and primary health care: an integrative literature review. *J Prim Care Community Health* 2021 ; 12 : 21501327211049705. DOI : 10.1177/21501327211049705.
- Ennuyer B. La vulnérabilité en question ? *Ethics Med Public Health* 2017 ; 3 (3) 365-73. DOI : 10.1016/j.jemep.2017.06.002.



CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- La vulnérabilité découle de facteurs fragilisants, non d'un état intrinsèque à la personne.
- Le partenariat repose sur la coconstruction d'un but commun, dans une relation entre des personnes différentes, mais égales.
- La reconnaissance et l'énonciation des contraintes mutuelles entre le patient et le clinicien facilite la compréhension et la collaboration dans une relation authentique de réciprocité.

- Brodiez-Dolino A (en ligne). *Le concept de vulnérabilité*. Paris : La vie des idées ; 2016. Site Internet : <https://laviedesidees.fr/Le-concept-de-vulnerabilite> (Date de consultation : le 15 juin 2025).
- Soulet MH. La vulnérabilité : un problème social paradoxal. Dans : Châtel V, Roy S, rédacteurs. *Penser la vulnérabilité : visages de la fragilisation du social*. Québec : Presses de l'Université du Québec ; 2008. p. 65-92.
- Lévy-Vroelant C, Joubert M, Reinprecht C. *Agir sur les vulnérabilités sociales : les interventions de première ligne entre routines, expérimentation et travail à la marge*. Saint-Denis : Presses Universitaires de Vincennes ; 2015. 364 pages.
- Coyle L-A, Atkinson S. Vulnerability as practice in diagnosing multiple conditions. *Med Humanit* 2019 ; 45 (3) : 278-87. DOI : 10.1136/medhum-2017-011433.
- Roy S. De l'exclusion à la vulnérabilité. Dans : Châtel V, Roy S, rédacteurs. *Penser la vulnérabilité : visages de la fragilisation du social*. Québec : Presses de l'Université du Québec ; 2008. p. 13-36.
- Kuran CHA, Morsut C, Kruke BI et coll. Vulnerability and vulnerable groups from an intersectionality perspective. *Int J Disaster Risk Reduct* 2020 ; 50 : 101826. DOI : 10.1016/j.ijdr.2020.101826.
- Mayrhofer M. The concept of vulnerability and its relation to the concepts of inequality and discrimination—a review article. *The International Journal of Human Rights* 2025. DOI : 10.1080/13642987.2025.2488938.
- Zarowsky C, Haddad S, Nguyen VK. Beyond 'vulnerable groups': contexts and dynamics of vulnerability. *Glob Health Promot* 2013 ; 20 (1 suppl.) : 3-9. DOI : 10.1177/1757975912470062.
- Bourgeois P, Holmes SM, Sue K et coll. Structural vulnerability: operationalizing the concept to address health disparities in clinical care. *Acad Med* 2017 ; 92 (3) : 299-307. DOI : 10.1097/ACM.0000000000001294.
- Isabel M. Qui est vraiment « vulnérable » ? Une étude sur la vulnérabilité partagée entre des personnes en situation d'itinérance et leurs intervenant-es. *Revue du CREMIS* 2023 ; 14 (2) : 49-55.
- Massé R. La construction sociale de la vulnérabilité : regards anthropologiques sur les vulnérabilités négociées. Dans : Jousset D, Boles JM, Jouquan J, rédacteurs. *Penser l'humain vulnérable : de la philosophie au soin*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes ; 2017. p. 85-101.
- Dhume F. *Du travail social au travail ensemble. Le partenariat dans le champ des politiques sociales*. Rueil-Malmaison : Éditions ASH ; 2010. 208 pages.
- Malterud K, Fredriksen L, Gjerde MH. When doctors experience their vulnerability as beneficial for the patients: a focus-group study from general practice. *Scand J Prim Health Care* 2009 ; 27 (2) : 85-90. DOI : 10.1080/02813430802661811.