

Médecine et sciences humaines.

Sciences humaines en médecine: formation et
collaboration

Colloque de printemps de l'Académie suisse des sciences
humaines et sociales

Lausanne, 4 et 5 mai 2006

Cette publication a été réalisée avec l'aide de:
Diese Publikation entstand unter Mithilfe von:

Nadja Birbaumer
Gabriela Indermühle
Delphine Quadri
Martine Stoffel

© 2006 Schweizerische Akademie der Geistes- und
Sozialwissenschaften, Hirschengraben 11,
Postfach 8160, 3001 Bern
Tel. 031 313 14 40, Fax 031 313 14 50
sagw@sagw.ch
<http://www.sagw.ch>

ISBN 3-907835-54-9

Table des matières

Introduction

Anne-Claude Berthoud 5

Etat des lieux

L'enseignement des sciences humaines
et sociales en médecine: éléments pour
un panorama de la situation en France
Christian Bonah 9

Aspects institutionnels des sciences humaines en médecine

Comment faire de la place pour les sciences
humaines en médecine? Expérience genevoise
Charles Bader 21

Sciences humaines, fondamentales en médecine
Fred Bosman 29

Expériences de l'interdisciplinarité: enjeux épistémologiques

Production et usage des sciences
humaines en médecine
Vincent Barras 39

La médecine à l'épreuve du social
Ilario Rossi 47

Les sciences humaines au coeur de la relation clinique et thérapeutique

Face à la fragmentation des savoirs et des pratiques: l'apport de l'anthropologie clinique

Nicolas Duruz

57

Das Arzt-Patienten-Verhältnis im Wandel

Peter Stulz

65

Les sciences humaines et les enjeux contemporains de la santé

Understanding «access» to appropriate health care: An anthropological view from international health

Brigit Obrist

73

Perspectives et mise en oeuvre

Les sciences humaines au coeur de la relation clinique et thérapeutique

Lazare Benaroyo

83

Les sciences humaines et les enjeux contemporains de la santé

Raymond Massé

93

Biographies

Les auteurs

107

L'ASSH en bref

114

L'ASSM en bref

115

Introduction

Anne-Claude Berthoud

Le colloque de printemps «Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration», organisé conjointement par l'Académie suisse des sciences humaines (ASSH) et sociales et l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), s'inscrit dans la continuité directe du colloque d'automne 2004 «La médecine comme science culturelle – les sciences culturelles de la médecine», qui a posé un premier jalon vers un nouveau type de dialogue et de collaboration entre ces deux champs scientifiques. Deux champs scientifiques particulièrement sensibles et concernés par les mutations profondes qui touchent notre société et les nouvelles questions qui en émergent, et auxquelles nos deux académies voudraient ici apporter une contribution originale, sous le signe d'une nouvelle connivence au sein de la science, pour engager un nouveau type de partenariat avec la société et le monde de l'éducation, et de la formation universitaire en particulier. Une façon pour nous de rendre hommage au nouveau pacte signé le 6 juillet 2006, visant à mieux définir la place des Académies suisses des sciences au sein du champ de la science et de la société. Un pacte qui invite les institutions scientifiques à répondre à l'exigence ô combien paradoxale de devoir s'adapter à l'évolution du contexte tout en restant visionnaire. Des questions que les Académies doivent prendre à bras le corps, en se situant tout à la fois avant, dans et après le processus de recherche. «Avant» pour en saisir l'émergence, «dans» pour l'accompagner, «après» pour en favoriser la transmission.

Il n'est certainement pas un hasard que ce soit les Académies de médecine et des sciences de l'homme qui en ouvrent la voie. La médecine qui a institué la maladie comme *objet* de science et d'applications technologiques les plus sophistiquées et qui tente aujourd'hui d'en restaurer la dimension humaine, en considérant le malade comme *sujet* de la prise en charge thérapeutique, comme acteur social, avec les représentations qui y sont associées, comme interlocuteur dans une nouvelle forme de communication médecin-patient. Une façon de prêter à la

médecine ce qui fait l'essence même des sciences humaines et sociales: saisir l'humain dans sa relation à l'autre, sa parole et son histoire.

Une façon de réconcilier corps et esprit, aussi bien en termes de recherche, que de formation et de pratique impliquant de nouvelles façons de faire de la science, de nouvelles méthodes d'enseignement et de nouvelles stratégies thérapeutiques, en réinterrogeant les frontières disciplinaires et en inventant une médecine totalement traversée par les sciences humaines et sociales, aussi bien dans ses fondements, dans ses développements que dans ses applications.

Ce colloque a posé sans aucun doute une pierre importante dans cette médecine empreinte d'une nouvelle forme d'humanité.

Etat des lieux

L'enseignement des sciences humaines et sociales en médecine: éléments pour un panorama de la situation en France

Christian Bonah

Demander à une personne de présenter un bilan et un état des lieux pour un ensemble d'une quarantaine de facultés de médecine et de surcroît en quelques pages implique évidemment un certain degré de généralité et le risque d'une certaine subjectivité. Cette présentation essaie d'éviter ces écueils autant que possible mais il reste vrai que mes connaissances sont meilleures pour certaines facultés que pour d'autres et pour certaines disciplines que pour d'autres. En même temps, je revendique dans ce texte un point de vue qui relève d'une analyse personnelle de la situation de l'enseignement des sciences humaines et sociales (SHS) en France, quatorze ans après sa première introduction sous forme obligatoire en première année des études médicales. Je m'appuie ici sur mon expérience personnelle comme enseignant-chercheur dans le domaine. Une expérience façonnée par une intervention en première année depuis 1993, par la participation régulière aux nombreuses réunions nationales consacrées aux SHS en médecine depuis cette date et par une activité de recherche et de publication dans ce domaine.

Dans son cheminement, cette contribution se penche d'abord sur le bilan de l'enseignement obligatoire des SHS en médecine. Il s'agit ici de souligner à la fois les acquis et les faiblesses de la situation actuelle en France. Dans un deuxième temps, il me tient à cœur d'insister sur le point qui à mon sens est le plus problématique: les rapports entre enseignement et recherche qui relèvent de ce que j'ai nommé *une ignorance courtoise*. Enfin, une troisième partie s'intéressera à la question de l'enseignement des SHS en médecine au-delà de la première année de médecine.

Éléments pour un bilan de 14 ans d'enseignement

L'établissement d'un véritable bilan des enseignements de SHS en médecine obligatoires en première année de médecine nécessiterait un travail d'enquête sur le terrain. Un tel travail devrait décrire l'existant en matière d'enseignements de SHS dans une quarantaine de facultés de médecine en France, la perception et la réception de ces enseignements par les étudiants concernés, ainsi que les retombées de ces enseignements à distance, c'est-à-dire auprès des professionnels une fois qu'ils ont quitté les bancs de la faculté.

À défaut d'un tel travail de sociologie, nous sommes réduits ici à proposer quelques éléments d'un bilan plus partiel et partial s'appuyant sur les avis des étudiants et des collègues rencontrés et interrogés. Globalement, les résultats de ces interrogations établissent *deux visions* des SHS en médecine où s'opposent le désir des enseignants impliqués d'«humaniser» les études médicales à la réalité de ce que retiennent les étudiants de ces enseignements; deux visions qui distinguent les acquis des difficultés et qui retracent au fond la différence entre la promulgation d'un texte de loi et sa mise en pratique concrète. Schématiquement et de manière caricaturale, il y a d'un côté les «adeptes» des SHS soutenus par l'arrêté du 18 mars 1992 qui impose en première année de médecine un module à part entière de SHS et de l'autre côté les réponses d'étudiants en 6^e année (certes préoccupés par le concours national classant pour devenir interne) lors d'une enquête totalement non représentative: «Les SHS en médecine? C'est-à-dire ...? Ah, le module sur l'histoire de la sécurité sociale ... ». Et puis au-delà de la première année: «Les SHS? Ah oui, il y avait un module 'santé et communication' où on part faire du ski pendant une semaine et on a quelques cours sur la communication ...».

Détaillons ces deux visions un peu d'avantage. L'arrêté du 18 mars 1992 dans ses articles 8, 11, 12 et 14 impose pour la première fois un module à part entière de SHS en médecine intitulé dans un premier temps module de «culture générale».¹ Désormais l'un des six modules de la première année de médecine porte pour une durée de 60 à 90 heures sur «les techniques d'expression et de communication, la philosophie et l'histoire des sciences». Si l'arrêté ne crée pas à lui tout seul ni pour la première fois un enseignement de SHS en médecine, il pose un

cadre administratif clair au niveau national. Le contenu pédagogique de cet enseignement reste cependant assez flou.

Suite aux propositions de la Commission pédagogique nationale des études médicales, l'arrêté du 19 octobre 1993 fixe l'année suivante les grands axes pour un programme des SHS en médecine: «démographie, économie de la santé et organisation des systèmes de santé, psychologie, éthique médicale et déontologie» s'ajoutent à la philosophie et à l'histoire. Dans cette précision du contenu pédagogique apparaît une certaine demande «d'utilité publique» pour les enseignements de «culture générale». Par leurs contenus, les cours devront répondre pour les uns, «démographie, économie de la santé et organisation des systèmes de santé» aux impératifs économiques d'une maîtrise des dépenses médicales, eux mêmes réponse au déficit chronique de la Sécurité sociale. Les autres, «psychologie, éthique médicale et déontologie» répondent aux besoins d'une profession en crise dans ses relations avec le public.² Bien au-delà d'une simple précision des contenus, l'arrêté de 1993 cristallise *deux conceptions* pour les SHS en médecine: d'une part un enseignement qui souligne la fonction critique des sciences humaines et sociales, centré sur l'ouverture disciplinaire pour mieux comprendre la nature et les sociétés humaines et sur le développement de l'esprit critique des étudiants³; d'autre part les sciences humaines comme outils pratiques pour mieux gérer les difficultés et défis sociaux de la médecine au seuil du 21^e siècle. D'un côté une vision plus *idéaliste*, un regard extérieur et une interrogation critique; de l'autre une vision *pragmatiste* où les SHS deviennent une réponse socio-technique et à la limite une nouvelle «spécialité médicale».

L'arrêté du 21 avril 1994 atteste ce virage pragmatiste en transformant l'intitulé du module de «culture générale» en «module de sciences humaines et sociales». En même temps cet arrêté inscrit les SHS en médecine dans la durée et affirme leur poids au concours de la première année en portant de 10 à 20 % la note des SHS dans la somme des coefficients du PCEM 1 (ce qui double le poids du module dans le concours). Sous la forme d'un compromis entre les deux conceptions évoquées, l'arrêté du 2 mai 1995 fixe globalement le programme de ce module qui devrait désormais permettre aux étudiants: «1. D'acquérir les outils de base de la sociologie, de la psychologie sociale, de la démographie, du droit national, euro-

péen et international, de l'économie, de la communication et de l'information; 2. D'aborder les grandes questions d'éthique dans la société». Toutefois le législateur concède une large part d'autonomie aux facultés en attestant que «les UFR de médecine peuvent de plus proposer [...], des thèmes à étudier pendant l'année, notamment dans le domaine de l'anthropologie et de l'économie des systèmes de santé [...]». Ce compromis se termine par le rappel que «ces enseignements ont pour but de développer chez les étudiants une approche pluridisciplinaire des problèmes de la société et de susciter leur réflexion sur la base de leur future pratique dans un contexte élargi».

Au final, la relecture des textes administratifs et légaux des quatorze années parcourues permet d'affirmer d'abord que les arrêtés successifs et les enseignements mis en place ont permis d'inscrire durablement cette aventure «d'humaniser les études médicales» dans le cadre de la formation initiale. Le cadre légal des SHS en médecine pose leur caractère obligatoire, leur place dans le concours de la première année (un moment clé pour leur reconnaissance par les étudiants et le corps enseignant des facultés de médecine) et leur poids pour 1/5 de la note finale de ce concours. Malgré une certaine demande «d'utilité publique» qui apparaît au fil du temps pour ces enseignements, les SHS en médecine restent dans leur configuration actuelle dans beaucoup de facultés une ouverture vers le monde non médical et un creuset pour développer l'esprit critique des étudiants. Cet équilibre est possible grâce aux convictions des enseignants dans ce domaine et grâce à un déterminisme limité des programmes nationaux d'enseignement pour les SHS.

En pratique, il convient toutefois de tempérer un peu l'optimisme de ce qui précède. Premièrement, la situation actuelle des SHS en médecine n'est pas une création *ex nihilo* par les arrêtés de 1992/93. Une série d'expériences antérieures explique pourquoi et comment ces arrêtés ont pu prendre effet si rapidement. A la faculté de médecine Paris 13 (Bobigny) il existait par exemple une UFR expérimentale dès 1968 qui enseignait un module: «l'homme et son environnement». Ce module visait à préparer les futurs médecins à connaître non seulement le développement de l'homme et le fonctionnement de l'organisme humain à travers les disciplines dites fondamentales mais à le situer dans son environnement économique, social, culturel et psychologique.⁴ Le sujet «l'homme sain et

l'homme malade» était enseigné par un trio, un psychanalyste, un anthropologue et un sociologue. Ailleurs, dans certaines facultés il existait des cours optionnels d'histoire de la médecine (par exemple à Lyon, Montpellier, Strasbourg, Paris), des cours obligatoires de psychologie médicale (2^e année), des cours et stages en éthique médicale ainsi que les cours classiques de déontologie et de médecine légale, de santé publique, d'organisation des systèmes de santé et finalement d'économie sanitaire. Toutefois, ces enseignements étaient ou bien optionnels ou bien éclatés et éparpillés dans plusieurs disciplines médicales. Les arrêtés de 1992/93 les ont individualisés. Ainsi, ils ont identifié un «domaine SHS en médecine» et un groupe d'enseignants qui le constitue. Surtout, l'ensemble des enseignements SHS préexistant était exclusivement enseigné par des médecins avec ou sans formation complémentaire en SHS. Les arrêtés de 1992/93 ont ouvert les portes des facultés de médecine à des enseignants non médecins pour les SHS ce qui en constitue une richesse essentielle.

Deuxièmement, la réalisation de l'arrêté reste difficile en pratique puisqu'il s'agit pour l'essentiel d'une «réforme sans moyens». Sans création de postes, ni heures complémentaires à un niveau national, les facultés de médecine sont pour l'essentiel renvoyées à elles mêmes pour chercher des solutions administratives et financières pour mettre en place et pour pérenniser ces enseignements. Cette situation explique la forte hétérogénéité et le degré d'implication variable des différentes facultés françaises en faveur des enseignements des SHS en médecine. Malgré cette diversité importante, un certain nombre de disciplines et d'approches émergent sur le plan national après quatorze ans de pratique. Deux enquêtes élaborées en 1996 et 2004/6 cherchèrent à décrire la réalité des enseignements des SHS dans l'ensemble des facultés de médecine en France. Malheureusement, les deux enquêtes sont difficiles à comparer puisqu'elles ne posent pas les mêmes questions et ne possèdent pas la même structuration. La première enquête conduite en 1996 sous la direction de l'AUFEMO⁵ s'appuie sur une vision plus administrative, s'interrogeant sur les disciplines enseignées, le nombre d'heures de cours, les modalités de l'enseignement et des contrôles de connaissance. L'enquête montre qu'en 1996 trois disciplines sont largement représentées dans la quasi-totalité des facultés: l'histoire de la médecine, la

psychologie et l'éthique. Suivent dans un deuxième temps et de manière plus restreinte la sociologie, le droit, l'économie et enfin la communication. Huit ans plus tard une deuxième enquête, conduite sous la direction du professeur Michel Patris et de Caroline Stiassnie⁶, s'oriente d'avantage vers les thèmes et les sujets enseignés. Encore non publiée et indépendamment de sa grille de lecture différente, cette enquête suggère la persistance des grandes orientations esquissées dès 1996 à savoir la place importante de l'histoire désormais rejointe par la philosophie, de la psychologie et de l'éthique pour les SHS en première année de médecine.⁷

Pour conclure la partie sur la mise en pratique réelle des enseignements des SHS en médecine, il convient de reconnaître la grande hétérogénéité des enseignements selon les situations locales. L'implication des différentes facultés est variable oscillant entre la nécessité de satisfaire purement à une obligation légale d'une part et la recherche de véritables innovations pédagogiques d'autre part. Globalement on constate une faible volonté à répondre directement aux sollicitations ministérielles de privilégier des enseignements à forte «utilité publique» dans les contenus («démographie, économie de la santé et organisation des systèmes de santé, psychologie, éthique médicale et déontologie»). Il persiste largement un engagement pour stimuler parmi les jeunes étudiants de la première année une position critique de mise à distance et de mise en perspective de leur future pratique médicale.

Dans la perception des étudiants concernés, l'existence d'un enseignement d'«humanités médicales», obligatoire au niveau national dans le cadre du concours de la première année, est désormais un fait acquis et admis. Selon le témoignage d'étudiants strasbourgeois en 2004, l'enseignement est bien reçu et utile mais difficile dans le cadre du concours.⁸

Pour les enseignants, les difficultés essentielles résident dans la définition cohérente d'un programme d'ensemble des contenus à transmettre et surtout dans l'élaboration difficile d'une pédagogie adaptée pour un enseignement de masse de fait contradictoire avec les objectifs pédagogiques affichés des SHS en médecine. Cette incohérence pédagogique est encore accentuée par un manque en ressources humaines et par les modalités d'examen imposées dans le cadre du concours de la première année. L'arrêté du 2 mai 1995 impose une évaluation

du module «par des épreuves rédactionnelles» et l'arrêté du 30 septembre 1997 établit l'obligation d'une «double correction». Si ces modalités d'évaluation sont fortement souhaitables dans leur principe, elles imposent néanmoins des lourdes contraintes au corps enseignant et à l'administration pour corriger les copies de quelques 50 000 étudiants par an en France. Enfin, il reste difficile dans beaucoup de facultés d'élargir le corps des enseignants à des intervenants venant d'autres UFR et de disciplines non médicales.

Enseignement et recherche: une ignorance courtoise

Au fondement de l'université moderne se trouve l'idée que cette institution se consacre non seulement à la formation et la transmission du savoir, mais qu'elle doit également contribuer à la recherche et à la production des savoirs. Dans cette conception, enseignement et recherche s'enrichissent mutuellement avec le but déclaré d'enseigner aussi par la recherche. Le nom même des entités administratives à la base de l'université française traduit ce parti pris, UFR signifiant «Unité de formation et de recherche».

En France dans l'état actuel des choses, les SHS en médecine sont loin de cet idéal. Les lieux de la production des savoirs sont souvent éloignés des équipes d'enseignants. La plupart des chercheurs en histoire, philosophie, sociologie ou économie médicale et sanitaire n'interviennent absolument pas dans le cadre des enseignements des SHS en médecine. La majorité des publications se fait loin des unités d'enseignement. De même, quatorze ans d'enseignements en SHS ont laissé peu de traces sur le plan de la recherche. Il conviendrait évidemment de présenter ce constat pour chaque discipline individuelle. La situation pour l'histoire médicale sera développée ici à titre d'exemple. Contrairement à la situation dans d'autres pays européens, l'histoire médicale ne connaît qu'une très faible institutionnalisation en France. Marginale, elle se situe à l'intersection entre trois domaines établis: l'histoire générale, l'histoire des sciences et l'histoire sanitaire et hospitalière. Dans tout les cas, la majorité des chercheurs et des équipes de recherche se trouve dans des institutions parallèles à l'université comme l'Ecole des hautes études en sciences sociales (6eme

section), l'École des hautes études pratiques (4^e section), l'École nationale de santé publique à Rennes, le CNRS ou l'INSERM. Aucune de ces institutions n'est directement liée aux enseignements des SHS en médecine et les échanges, autres que sur une base individuelle, sont quasiment inexistantes. Ce découplage entre recherche et enseignement, cette *ignorance courtoise*, produit trois effets délétères. Premièrement, l'histoire médicale enseignée en médecine tient souvent insuffisamment compte des productions et des résultats les plus récents. Elle reste par exemple très empreinte d'une histoire du type «grands hommes et grandes découvertes» alors que celle-ci est aujourd'hui largement remise en question. Deuxièmement, à l'inverse du constat précédent, la recherche s'oriente peu vers des questions et des sujets qui relèvent d'une pertinence particulière pour l'enseignement des SHS en médecine: histoire de la relation médecin-malade, histoire de la profession médicale ou encore histoire des crises sanitaires par exemple. Les grandes orientations de la recherche en histoire médicale sont plus déterminées par les agendas propres des équipes de recherche, par les appels d'offre ministériels et par les préoccupations de chercheurs individuels. Enfin, le découplage entre enseignement et recherche se perpétue par l'absence de formations qui permettraient véritablement de poursuivre les enseignements initiaux avec la possibilité de s'orienter vers un travail de thèse de troisième cycle en SHS. Si la réorganisation récente de l'enseignement supérieur en France dans le cadre de la réforme LMD apporte des modifications significatives à cette situation, elle reste à être évaluée. Il y a là en tout cas une opportunité pour répondre au besoin réel d'intégration entre enseignement et recherche dans le domaine des SHS en médecine.

Enseigner les SHS en médecine au-delà de la 1^{ère} année

Pour terminer, je souhaite évoquer brièvement une expérience pédagogique qui se déroule actuellement à la faculté de médecine de Strasbourg. Dans le cadre des enseignements optionnels après la première année un module intitulé «Cinéma, littérature et médecine» cherche à établir avec les étudiants un atelier de *Medical Humanities* pour les années cliniques. Il s'agit ici d'envisager la culture médicale au miroir du cinéma et

de la littérature.⁹ Cet atelier cherche à accompagner les étudiants dans leur intégration progressive dans le monde médical d'une part, et à les sensibiliser à maintenir et à développer leur propre esprit critique par rapport à leurs pratiques et leur milieu professionnel futurs d'autre part. Dans cette proposition le cinéma est mobilisé comme un moyen indirect et différent pour percevoir le monde des patients et de la médecine. L'art sert ici de miroir comme Aristote en définissait la fonction. La proposition d'une réalité alternative ou d'un autre regard sur la même réalité pour penser cette réalité. Il crée une réalité fictive propice à la projection de soi, qui invite à une ouverture émotionnelle conçue comme un autre type d'apprentissage, différent de la voie rationnelle habituelle. Ensuite, une discussion suscitée par le film ou par la lecture en petit groupe fonctionne comme offre d'un lieu non menaçant, intégratif, pour l'élaboration des affects et comme favorisant une pensée critique. Enseignement, recherche pédagogique et recherche sur les films médicaux du début du 20^e siècle se conjuguent dans cette expérience, se stimulent et se construisent mutuellement. Une proposition pédagogique qui tend vers l'objectif pédagogique tel que Philippe Bagros, l'un des pionniers des SHS en médecine à Tours, l'a exprimé récemment:

«Éveiller c'est faire apparaître ce qui était déjà présent chez l'auditeur, à l'état de germe inconscient. C'est de la maïeutique. Nous aidons nos étudiants à accoucher de leur désir, sans quoi rien ne se fait. C'est surtout induire un mouvement qui va continuer à se développer, comme un récit intérieur de formation. Une histoire de vie qui va vers un projet et prend ainsi du sens. Il y a une herméneutique de l'évolution formative vers l'identité médicale adulte: l'*être médecin* à sa manière propre, élaborée sous les yeux d'enseignants élus comme témoins.»¹⁰ Savoir médical et être médecin, ce sont deux projets au cœur des enseignements des SHS en médecine.

Notes

- 1 Pour les textes précis des différents arrêtés voir les annexes du supplément de la *Chronique mensuelle* que l'AUFEMO a publié le 1er avril 1996. Ce supplément de 100 pages, préfacé par le père de la réforme de 1992, le conseiller Jean Rey, dresse la situation des SHS en médecine en 1996. Les textes des arrêtés se trouvent également sur le site du journal officiel de République française: www.legifrance.gouv.fr.
- 2 Bonah Christian (2005), «La médecine en crise: nouveautés et récurrences», in Bonah, Christian; Rasmussen, Anne; (éds.), *Actes du colloque: 10 ans d'enseignement de sciences humaines et sociales en médecine*, Faculté de Médecine de Strasbourg: Strasbourg, pp. 21-26.
- 3 Voir sur ce point: Rasmussen, Anne (2005), «En revenir aux sources: l'usage des images dans la formation médicale», in Bonah, Christian; Rasmussen, Anne; (éds.), *Actes du colloque: 10 ans d'enseignement de sciences humaines et sociales en médecine*, Faculté de Médecine de Strasbourg: Strasbourg, pp. 90-93.
- 4 Neuman, Dominique (2005), «Bobigny: 25 ans d'expérience en sciences humaines et sociales», in Bonah, Christian; Rasmussen, Anne; (éds.), *Actes du colloque: 10 ans d'enseignement de sciences humaines et sociales en médecine*, Faculté de Médecine de Strasbourg: Strasbourg, pp. 9-10.
- 5 L'AUFEMO ou administration universitaire francophone et européenne en médecine et odontologie, née en 1982, regroupe les responsables et directeurs administratifs des facultés de médecine et d'odontologie de la francophonie. Pour les résultats de l'enquête voir note 1.
- 6 Je tiens à remercier Mme Caroline Stiassnie et Monsieur le professeur Michel Patris qui ont accepté de mettre à ma disposition les données quantitatives et les résultats de leur enquête concernant l'enseignement des sciences humaines dans les facultés de médecine françaises entre 2004 et 2006.
- 7 Si cette enquête montre en 2004 une structuration de l'enseignement des SHS plus en fonction de thèmes et de sujets qu'en fonction de disciplines, ceci reflète l'évolution des enseignements en médecine en France vers des enseignements dits transversaux et intégrés d'une part et probablement le parti pris initial des enquêteurs d'autre part.
- 8 Sauder, Charlotte, Roth, Jean-Christophe, Lakkis, Zaher, Alembik, Julien, Le Maho, Anne-Laure, et Mutel, Thibault (2005) «Comment les enseignements de sciences humaines et sociales sont-ils perçus par les étudiants?», in Bonah, Christian; Rasmussen, Anne; (éds.), *Actes du colloque: 10 ans d'enseignement de sciences humaines et sociales en médecine*, Faculté de Médecine de Strasbourg: Strasbourg, pp. 15-17.
- 9 Voir pour plus de détails les contributions d'Etienne Lepicard «La culture médicale au miroir du cinéma. Un atelier de *medical humanities* pour les années cliniques» et de Christian Bonah, «Propositions pour une utilisation du septième art pour enseigner les relations entre science, médecine et société», in Bonah, Christian; Rasmussen, Anne; (éds.), *Actes du colloque: 10 ans d'enseignement de sciences humaines et sociales en médecine*, Faculté de Médecine de Strasbourg: Strasbourg, pp. 81-87.
- 10 Bagros, Philippe (2005) «L'enseignant en médecine, initiateur et témoin», in Bonah, Christian; Rasmussen, Anne; (éds.), *Actes du colloque: 10 ans d'enseignement de sciences humaines et sociales en médecine*, Faculté de Médecine de Strasbourg: Strasbourg, pp. 18-20.

Aspects institutionnels
des sciences humaines
en médecine

Comment faire de la place pour les sciences humaines en médecine? Expérience genevoise

Charles Bader

L'objectif de cette intervention est de définir les critères à prendre en compte lors de l'introduction des sciences humaines en médecine (SHM). Ces critères se fondent sur l'expérience acquise lors de l'introduction des SHM dans le cadre de la réforme des études de médecine à Genève.

Le programme des études de médecine à Genève a intégré les SHM progressivement dans son curriculum de la 2^e à la 5^e années depuis 1995. En 2004, les SHM ont été également introduites dans le nouveau programme de 1^{re} année.

En 1^{re} année, les objectifs sont d'explicitier l'intérêt des sciences humaines pour la pratique médicale au travers de situations cliniques et de vidéos, décrites par des praticiens qui les ont vécues, qui permettent de dévoiler la complexité et la richesse de la relation médecin-malade. On recourt également à la démarche historique pour illustrer le poids des représentations en matière de pratiques médicales au cours de l'histoire. Toujours en 1^{re} année, les étudiants abordent, dans le cadre de l'éthique ou du droit, les thèmes de l'équité face aux soins.

En 2^e année¹, les étudiants étudient les modèles corporels et les modèles médicaux face aux anciennes et nouvelles pestilences. Un documentaire vidéo sur Ebola est suivi par la lecture commentée de trois ou quatre sources d'archives et/ou textes littéraires concernant des épidémies de peste de l'Époque Moderne. Il s'agit de stimuler une appréciation du caractère relatif et transitoire des conceptions et des savoirs – individuels ou collectifs, professionnels ou laïcs – concernant le corps humain et ses fonctionnements normaux et pathologiques et d'attirer l'attention sur les rapports essentiels entre les modèles corporels et les pratiques médicales.

Les étudiants se penchent également sur la consultation médicale vue dans une perspective historique. Ils constatent que quelle que soit l'époque dans laquelle on vit ou la civilisation à laquelle on appartient, on est confronté à «la triade

hippocratique»: la maladie, le malade, le soignant. Ce séminaire vise à trouver ce qui est spécifique et nécessaire à une telle rencontre aujourd'hui, et à comprendre de quelle manière ce cadre est déterminant pour la pratique quotidienne de chacun.

En 3^e année² parallèlement à l'unité «Perception, émotion et comportement», consacrée à l'étude du système nerveux central, les SHM abordent le problème des épilepsies. Les étudiants en explorent certaines dimensions à travers un regard médical, historique, anthropologique et littéraire afin de dégager les répercussions de l'épilepsie pour le malade et son entourage, et de reformuler sur cette base la relation thérapeutique.

Les SHM tirent également profit de l'unité Perception, émotion et comportement pour aborder le thème de la Topographie de l'âme. Il s'agit de stimuler une réflexion sur les interactions entre savoirs médicaux et sciences humaines et sociales dans l'élaboration des concepts propres aux neurosciences. Les étudiants peuvent prendre conscience de la persistance de certaines structures de pensée qui façonnent, encore aujourd'hui, la neurologie et les neurosciences, comme le caractère localisé des fonctions cérébrales et l'utilisation de la métaphore cartographique.

Dans le cadre de l'unité «Infections» les étudiants abordent le thème: «Médecine, morale et racisme: la syphilis comme maladie de «l'autre» (XVe–XXe siècles)». C'est une réflexion sur le développement historique de la pensée médicale étiologique et diagnostique et sur l'élaboration des réponses aux nouvelles maladies, en particulier la syphilis. Les étudiants examinent comment la caractérisation des vénériens comme catégorie socialement dangereuse peut être partagée par les médecins et peut constituer une contrainte culturelle déterminante dans l'élaboration des explications «scientifiques» de la maladie. Ils entament une réflexion à propos de l'impact des préjugés raciaux sur les comportements et les pratiques des médecins (dans le passé, mais aussi en comparaison avec des événements plus récents).

4^e et 5^e année³

Dans le cadre de l'Apprentissage en Milieu Clinique (AMC) de Médecine Interne, les étudiants abordent le thème «Le médecin et le mourant». Des textes littéraires, tels que «La mort» d'*Ivan Ilitch* de *Léon Tolstoï* ou «Mourir» d'*Arthur Schnitzler*, qui ont exploré certaines répercussions liées à la

maladie grave et à l'approche de la mort, sont utilisés comme outils pour nourrir une réflexion sur des notions telles que l'espoir, l'impact de la maladie sur l'entourage, le malaise et parfois le silence des proches face à l'indicible, ainsi que la diversité de réactions des médecins face au malade mourant. Un second thème abordé lors de cet AMC est celui des «Frustrations dans la relation thérapeutique».

Notons que, en plus de ces enseignements, des cours optionnels en SHM sont offerts aux étudiants de 2^e et 3^e années. Un cours par année doit être sélectionné dans une liste incluant les thèmes: «Corps et âges: une histoire médicale et sociale de l'enfance (10^e et 20^e siècles)», «Philosophie de l'art et médecine», «Philosophie», «Littérature et médecine».

De même, en 5^e année, un mois d'options à choix est proposé avec les thèmes: «Art et médecine», «Communication médecin – société», «Littérature et médecine», «Médecine et diversité socio-culturelle», «Philosophie», «Discrimination», «Santé et droits humains», «Santé internationale et médecine tropicale», «Transplantation».

L'expérience genevoise nous conduit à proposer 11 recommandations pour l'introduction des SHM (ou, plus généralement, de tout autre nouveau sujet d'études):

1. Bien cerner tous les aspects contextuels
2. Rester pragmatique
3. Se souvenir que le programme de base est très chargé
4. Rester ouvert aux exigences politiques (p.ex. Sciences dures versus SHM)
5. Implanter les SHM tout au long du curriculum
6. Respecter ce que la base (= le personnel des Facultés) a fait
7. Si on ajoute un nouvel enseignement, il faut en supprimer un autre
8. Vérifier la coordination lorsqu'on supprime un élément du programme
9. Faire le deuil du mythe du «moule unique» pour former les médecins: utiliser et valoriser les options (ECTS)

10. Promouvoir la mise à jour continue
11. Prévoir un financement pour motiver l'effort facultaire

Bien cerner tous les aspects contextuels

Il est impensable de vouloir faire des réformes importantes sans prendre en compte le contexte, ce qui implique nécessairement de faire des compromis entre l'idéal et le réalisable. D'où nos deux premières recommandations pour l'introduction des SMH: 1) cerner le contexte et 2) rester pragmatique: soyons enthousiastes pour les SHM mais évitons les efforts inutiles ou mal ciblés.

Parmi les aspects contextuels, nous examinerons

- les exigences de la Loi sur les professions médicales (LPmed/MedBG), (début en 1997; en vigueur: au mieux en 2007!)
- les enjeux politiques concernant la gouvernance de la médecine universitaire
- les aspects cognitifs
- les réformes actuellement en cours en médecine

Contexte des exigences légales de la formation¹:

*Art. 7. Compétences sociales et développement de la personnalité.
Les programmes de formation doivent concourir au développement de la personnalité et des compétences sociales des étudiants afin qu'ils puissent faire face aux exigences professionnelles futures.*

Certes, il s'agit d'une justification à l'introduction des SHM, mais il faut remarquer que ce n'est qu'un objectif parmi de nombreux autres.

*Art. 6. Connaissances, aptitudes et capacités.
¹A la fin de leur formation universitaire, les personnes qui suivent une filière d'études doivent posséder les connaissances, les aptitudes et les capacités suivantes:
a. disposer des bases scientifiques nécessaires pour prendre*

- des mesures préventives, diagnostiques, thérapeutiques, palliatives et de réhabilitation;*
- b. comprendre les principes et les méthodes de la recherche scientifique;*
 - d. être capables de conseiller, de suivre et de soigner leurs patients en collaboration avec des membres d'autres professions;*
 - e. être capables d'analyser les informations médicales et les résultats de recherches, d'évaluer leurs conclusions de façon critique et de les appliquer dans leur activité professionnelle;*
 - g. connaître les bases légales régissant le système suisse de protection sociale et de la santé publique et savoir les appliquer dans leur activité professionnelle;*
 - h. être capables de déterminer si les prestations qu'ils fournissent sont efficaces, adéquates et économiques, et savoir se comporter en conséquence;*
 - i. comprendre les rapports entre l'économie, d'une part, ainsi que la santé publique et les structures de soins, d'autre part.*
- ²Elles doivent être capables d'appliquer ces connaissances, ces aptitudes et ces capacités dans leur activité professionnelle et de les perfectionner en permanence.*

L'article 8 vient encore compléter ce vaste programme

- Art. 8. Médecine humaine, médecine dentaire et chiropratique. Les personnes ayant terminé leurs études de médecine humaine, de médecine dentaire ou de chiropratique doivent:*
- a. connaître les structures et les mécanismes fonctionnels de base du corps humain nécessaires à l'exercice de leur profession, du niveau moléculaire à celui de l'organisme, dans toutes les phases d'évolution et à tous les stades compris entre la santé et la maladie.*

Ces considérations légales nous amènent tout naturellement au critère n°3 pour les SMH: ne pas perdre de vue que le programme médical de base est déjà très chargé!

Enjeux politiques

Il existe actuellement un débat sur la gouvernance des Facultés de médecine. Au document «Structures et organisation de

la médecine universitaire suisse: réflexions et propositions de réformes» (2003) du Groupe de travail présidé par Charles Kleiber répond le document de la CRUS (2004) «Concept de réforme de l'enseignement et de la recherche en médecine». Le premier propose la création de centres hospitalo-universitaires autonomes, sur le modèle des EPF (et, possiblement connectés aux Sciences de la Vie des EPF). Le second plaide pour une entière responsabilité aux Universités et aux Facultés de médecine de l'enseignement et de la gestion financière ainsi que pour la réforme de l'enseignement universitaire au sens de la déclaration de Bologne et pour la mise en place du système à deux niveaux (Bachelor-Master).

Dans ces conditions, faut-il plutôt s'orienter vers les Sciences dures ou vers les SHM dans l'esprit de réformes visant les compétences cliniques et relationnelles? Le pragmatisme suggère la recommandation 4: il faut rester ouvert aux considérations politiques et trouver un juste équilibre entre les deux pôles!

Contexte cognitif: L'étudiant, même génial, reste humain!

Lorsqu'on introduit un objectif d'apprentissage, il faut se souvenir d'un élément important: Le niveau de connaissances ou de gestes techniques appris mais non utilisés ou réactivés régulièrement diminue en 6 mois à un niveau proche de celui avant l'apprentissage! La recommandation 5 en découle immédiatement: si on veut des SHM qui laissent des traces, il faut les implanter tout au long du curriculum!

Contexte des Réformes actuellement en cours en médecine

Les Facultés de médecine Suisses ont fait des efforts soutenus depuis de nombreuses années. A Genève, des efforts pédagogiques sont en route depuis 1992, y compris pour les SHM! Actuellement, les Facultés réaménagent leur curriculum pour l'adapter aux exigences «Bologne» (entrée en vigueur à l'automne 2006). Le poids de la réforme introduite à Genève en 1995 et généralisée à l'ensemble des étudiants en 1997, rep-

présente 23'000 heures/an de contact direct (6000h /an avant la réforme des études) et plus de 1000 enseignants impliqués. L'introduction de Bologne, quant à lui, implique une révision de tout le curriculum.

En résumé, les Facultés ont fait des efforts considérables au cours des 10 dernières années. Même si c'est sans doute loin d'être parfait, il faut respecter ce qui a été accompli. Sans le concours des enseignants on ne peut pas faire progresser les réformes. D'où notre recommandation 6.

Dans un programme chargé, avec une durée des études de médecine qui reste fixée à 6 ans, on ne peut se permettre d'ajouter un objectif après l'autre. Notre recommandation 7 est que l'**ajout** d'un objectif nouveau (ici les SHM) implique la **suppression** d'un autre objectif. Inutile de dire que cela implique généralement des négociations.

Lorsqu'on supprime un objectif, il faut vérifier (recommandation 8) la coordination horizontale et la coordination verticale (ou longitudinale) du programme. Il faut par ailleurs s'assurer de la concordance avec le catalogue suisse de la formation médicale pré-grade, et de la coordination au niveau Suisse (CIMS - Comité Directeur des examens fédéraux).

Comment bien implanter les SHM en médecine?

Une possibilité est de proposer un programme longitudinal d'options, parmi lesquelles les étudiants doivent faire un choix, et qui incluent des thèmes de SHM. L'introduction d'options (valorisée par des ECTS) dans le programme des études de médecine permet de:

- réduire le temps d'exposition aux objectifs obligatoires
- diminuer le degré de profondeur exigé pour les objectifs obligatoires
- augmenter le temps dévolu aux cours optionnels
- laisser l'étudiant choisir, via les options, les domaines qu'il souhaite approfondir
- aller en profondeur, au besoin, dans les cours optionnels.

Le prix à payer (notre recommandation 9) est de faire le deuil du mythe du moule unique pour la formation de médecins.

Mise à jour continue du programme d'études

Il faut se rappeler et appliquer l'un des critères d'accréditation de la *World Federation for Medical Education*: la nécessité d'une mise à jour continue du curriculum pour l'adapter à l'évolution des connaissances (notre recommandation 10).

Financement des SHM?

Les Facultés de médecine ne peuvent et ne doivent pas devenir des mini-Facultés de sciences humaines. Il faut créer des ponts avec d'autres Facultés sous forme d'affiliations de personnes d'autres Facultés à temps partiel, de financement de décharges ou encore de «troc» de cours entre Facultés. Cela amène à notre recommandation 11, pour l'introduction des SHM: il faut prévoir un financement incitatif soit sur le budget facultaire, soit sur des fonds externes.

Notes

- 1 On trouvera plus de détails sur le site: http://edumed.unige.ch/apprentissage/dt/med_hum_hist_med/index.html que l'auteur reproduit souvent verbatim.
- 2 cf.
- 3 cf.

Les sciences humaines, fondamentales en médecine

Fred Bosman

La réforme du curriculum pré-gradué en médecine à Lausanne est en pleine phase d'application: la volée qui est entrée dans le nouveau curriculum est actuellement en troisième année. Pendant la phase de préparation de cette réforme, une des questions posées était de savoir s'il ne fallait pas prévoir une place plus importante pour les sciences humaines. Pour pouvoir y répondre, nous nous sommes d'abord appliqués à mieux définir le «quoi» et le «pourquoi» d'une telle démarche. Par rapport à ce «quoi», nous avons essayé de définir ce que les anglophones appellent «medical humanities» et avons retenu la formule suivante: un domaine interdisciplinaire de la médecine comprenant les sciences humaines (lettres, philosophie, éthique, histoire et religion), les sciences sociales (anthropologie, psychologie, sociologie) et les arts (littérature, théâtre, arts visuels, cinéma et musique) et leur application dans la pratique et l'enseignement de la médecine. L'importance de ces éléments dans la formation pré-graduée en médecine est très bien élaborée par Lyn Maxwell White lorsqu'elle dit «*Disciplines of the humanities such as philosophy, history, and literary studies offer models and methods for addressing dilemmas and acknowledging ambiguity and paradox. They can help us face the tension between the concerns of individuals and those of groups and promote civil and informed discussion of conflicts, placing current issues in historical perspective. They also give voice to feeling and artistic shape to experience, balancing passion and rationality and exploring issues of morality and value. The study of the humanities provides a venue in which the expression of differing interpretations and experiences can be recognized and areas of common interest explored*»¹. Une description encore plus opérationnelle de ce domaine est donnée par l'University College London² dans la liste des mots-clés caractérisant les sciences humaines en médecine (Tableau 1).

Tableau 1

University College London Medical Humanities Resource Database keywords		
Aging	Behavioral science	Cancer
Carers	Childbirth	Children
Communication	Skills complementary medicine	Death and dying
Destiny/fate	Disability	Doctors
Drama	Ethnicity and medicine	Film and medicine
Genetics	Grief and bereavement	Health care policy
History of medicine	Human rights	Languages
Law and medicine	Literature and medicine	Medical education
Medical ethics	Medicine and technology	Medicine and the arts
Medicine in art	Mental health	Nurses
Other	Palliative care	Philosophy of healthcare
Physician-patient relationship	Practical artwork	Professionalism
Religion and medicine	Science and the humanities	Social issues in medicine
The individual and society	War and medicine	Women and medicine

Cette liste met en évidence le lien étroit entre les sciences humaines et toute une panoplie de disciplines en médecine.

Les sciences humaines et le catalogue suisse des objectifs d'apprentissage (CSOA)

Bien que la description du périmètre ci-dessus clarifie l'importance des sciences humaines en médecine, on peut se poser la question suivante: quel rôle est accordé à ce domaine dans la définition des exigences pour l'examen final de médecine par le CSOA³? Il est évident que ce domaine se prête peu à la description sous forme d'objectifs précis par discipline de la deuxième partie du CSOA. Par contre, dans la partie générale, on trouve de multiples endroits où les sciences humaines interviennent dans la description des exigences. Dans le paragraphe «Aspects personnels» (du fonctionnement d'un médecin, p.22), on trouve sous relation médecin-malade, entre autres:

- ✓ *demonstrates an unbiased, understanding and reliable attitude towards patients, regardless of gender, race, phase of life, social and economic status, education, culture, sexual preferences and philosophy of life*
- ✓ *cope with his personal feelings, inhibitions, norms and values evoked by contact with a patient or with someone of his close vicinity, such as erotic feelings, irritation, aversion, shame, etc.*
- ✓ *cope with the patient's feelings towards him*
- ✓ *listens to the wishes and complaints of the patient, is receptive to the patient as far as needs, expectations, norms and values are concerned, and takes these into account in his investigation, advice and treatment*
- ✓ *has understanding for the patient's situation and his social background*
- ✓ *shows personal interest in the patient and his environment and is aware of possible consequences of disease for family members and further environment (including working environment) of the patient.*

Dans le paragraphe «Performance personnelle et interaction entre activité professionnelle et vie privée» (p.23), on trouve:

- ✓ *is able to judge the limits and possibilities of medicine in a given situation*
- ✓ *cope with personal or others mistakes and is not afraid to recognise his own mistakes towards patients and colleagues and is able to learn from them*
- ✓ *is prepared to engage himself and to feel joint responsibility for the physical, mental and social wellbeing of persons and for all forms of health care*
- ✓ *recognises personal feelings, norms and values in relation to existential questions on life, death, disease and health, and deals with medical ethical questions.*

Il est tout à fait clair que les éléments décrits ci-dessus touchent en premier lieu des questions d'attitude et de comportement, aspect de la pratique de la médecine et de l'activité professionnelle d'un médecin notoirement difficile à «enseigner». Ceci étant dit, de bonnes bases cognitives permettant une réflexion quant au **savoir-être**, sont d'une grande importance dans le curriculum.

Nous nous sommes posés la question: à quel moment dans le curriculum une telle formation en sciences humaines devrait idéalement avoir lieu? La réflexion au sein de notre Faculté a mené à une réponse double: une période limitée et entièrement dédiée aux sciences humaines au début du curriculum, en combinaison avec une approche longitudinale tout au long du curriculum. Or, nous avons développé un module «Sciences Humaines» en première année déjà, en partant du principe que cette année est principalement consacrée aux sciences fondamentales. Lorsqu'on définit ces dernières comme **l'acquisition et l'organisation des connaissances en elles-mêmes (sans rechercher d'applications pratiques)**, les sciences humaines en font partie, d'autant plus pour une discipline à facettes multiples telle que la médecine.

Les sciences humaines dans le nouveau curriculum à Lausanne

1. Le module «Sciences Humaines en Médecine»

Ce module est le dernier de la première année. Il comprend cinq semaines de cours, de séminaires et des travaux individuels, et se termine par une évaluation dont font partie un examen de type QCM et un mémoire. Pour l'obtention des crédits (selon le système ECTS) alloués à ce module, une note suffisante pour le QCM et une indication suffisante pour le mémoire sont requis. Les cours suivants en font partie:

- ✓ Aspects communautaires de la maladie; épidémie, systèmes de santé, prévention
- ✓ Introduction à la statistique médicale
- ✓ De la naissance à la mort: les grandes étapes du cycle de la vie
- ✓ Corps, sociétés plurielles et pluralisme médical
- ✓ La médecine et ses protagonistes: dimensions socio-historiques
- ✓ Interactions médicales et soignantes
- ✓ Etudes sociales et historiques des techniques médicales
- ✓ La santé et la maladie: introduction aux bases de l'éthique médicale

Les séminaires (rencontres interactives entre l'enseignant et les groupes d'étudiants, 20 au maximum) portent sur les sujets suivants:

- ✓ L'existence et ses ruptures dans la pratique médicale
- ✓ Le normal et le pathologique
- ✓ Corps et médecines
- ✓ Le métier du médecin
- ✓ Interactions médicales et soignantes
- ✓ Les dimensions sociales de la santé sexuelle et reproductive
- ✓ Réponses de la société aux problèmes de santé
- ✓ Genre et médecine: femmes et hommes dans le champs de la santé
- ✓ Médecine et culture (arts et littérature)
- ✓ L'expérience de la maladie du point de vue des patients
- ✓ Médecine, religions et spiritualité

Ce qui ressort clairement dans l'évaluation du cours, c'est l'intérêt des étudiants pour la diversité des sujets présentés. Il est très satisfaisant de constater que 95% des étudiants voient leur intérêt pour la médecine se confirmer grâce à ce module. Beaucoup d'étudiants relèvent l'intérêt de cette «autre approche», plus «humaine» de la médecine qui élargit leurs connaissances médicales et leur ouvre d'autres horizons. Près de 85% des étudiants souhaiteraient poursuivre l'enseignement des sciences humaines durant leurs études.

L'examen, par contre, est passablement critiqué, notamment la partie QCM qui est jugée particulièrement insatisfaisante pour cette matière, bien que sur le plan objectif cette partie de l'évaluation des étudiants (degré de difficulté, sélectivité de l'instrument et fiabilité), réponde en bonne partie aux critères prédéfinis.

2. L'approche longitudinale «Médecine et Santé Communautaire»

Dans le nouveau curriculum, les 6 modules consécutifs des 2^e, 3^e et 4^e années sont complétés par un module «longitudinal», qui consiste en une demi-journée par semaine dédiée à la médecine communautaire. Il est bien clair que la médecine

communautaire s'étend sur un domaine beaucoup plus vaste que celui des sciences humaines en médecine tout comme les liens entre les sciences humaines et la médecine ne se limitent pas aux seules disciplines regroupées sous cette médecine communautaire. Néanmoins, il nous a paru raisonnable de faire réapparaître avec une approche intégrée des éléments des sciences humaines dans ces modules longitudinaux. Notre expérience actuelle se limite au module Médecine et Santé Commu-nautaire en 2^e année mais nous entendons poursuivre la démarche également pour la 3^e et 4^e année.

Les objectifs généraux de ce module sont:

- ✓ donner à la perspective populationnelle de la médecine une place correspondant à l'impact de cet élément sur l'état de la santé
- ✓ enrichir les représentations des étudiants en matière de pratique médicale en les exposant précocement à la pratique de la médecine de premier recours
- ✓ décloisonner les enseignements cliniques et de santé publique, afin de mettre en évidence la complémentarité des approches individuelles et populationnelles
- ✓ mettre l'accent sur les déterminants non bio-médicaux de la santé et de la maladie «contexte dans lequel le patient évolue et sera pris en charge»
- ✓ intégrer une perspective épidémiologique, sociale, environnementale et politique à la formation clinique.

Dans la formation, une place importante est allouée au savoir-être relationnel. La relation thérapeutique, base essentielle de la pratique de la médecine, vise à promouvoir le respect du malade mais en même temps à accroître le respect et l'estime des médecins vis-à-vis d'eux-mêmes. Ainsi, on s'adresse aux aptitudes suivantes:

- ✓ la participation empathique: la compréhension de la souffrance du patient qui suppose une implication forte du médecin, ainsi que l'aptitude au respect
- ✓ la capacité à faire preuve de courage dans sa détermination à soigner, dans l'acceptation de ses limites, dans l'évaluation de ses propres ressources
- ✓ l'art de la prudence dans le jugement et dans l'action.

Conclusion

De bonnes intentions, de belles phrases et des rêves excitants quant au profil de nos futurs diplômés nous stimulent dans la mise en route de ce curriculum réformé. Quel en sera l'impact sur la qualité de notre «produit final»; est-ce que nos futurs jeunes diplômés feront de meilleurs médecins? Comment tester ces qualités humaines des médecins? Beaucoup de questions, peu de réponses⁴. Pour l'instant, le développement de ce curriculum se base sur une conviction profonde et non sur l'évidence scientifique. Nous espérons justement pouvoir tirer de cet exercice de réforme quelques leçons importantes, également par rapport à la place des sciences humaines dans le curriculum pré-gradué en médecine.

Notes

1. Maxwell White L. (1997). The Humanities. In: Handbook of the Undergraduate Curriculum: A Comprehensive Guide to Purposes, Structures, Practices, and Change Ed. Jerry G. Gaff, James L. Ratcliff, & Associates. (San Francisco: Jossey-Bass), 262-279.
2. <http://www.mhrd.ucl.ac.uk>.
3. Bürgi H. et al. (2002) Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training. Joint Conference of Swiss Medical Faculties (SMIFK).
4. Hamdy H, Prasad K, Anderson MB, Scherpbier A, Williams R, Zwierstra R, Cud-dihy H. BEME systematic review: predictive values of measurements obtained in medical schools and future performance in medical practice. *Med Teach*. 2006;28:103-16.

Expérience de l'interdisciplinarité: enjeux épistémologiques

Production et usage des sciences humaines en médecine

Vincent Barras

L'enthousiasme pour les «medical humanities» entendues au sens large du terme et l'essor institutionnel de ces disciplines dans nos facultés de médecine – le phénomène semble être pratiquement généralisé dans les différents pays d'Europe de l'ouest – est tout à la fois récent et, assurément, réjouissant. Il ne doit toutefois pas masquer les aspérités du dialogue entre des traditions épistémologiques et culturelles parfois très différentes, qu'éprouve tout/e praticien/ne des «medical humanities» dans l'environnement qui est le sien, soit essentiellement l'univers hospitalo-universitaire. J'aimerais esquisser ici quelques réflexions permettant d'envisager peut-être de façon plus distanciée les questions que l'on est amené à se poser dans la pratique quotidienne. Quel est en effet l'usage que compte faire d'un enseignement de ce type le/la futur/e médecin, les autorités académiques, les diverses instances de contrôle et de régulation des professions médicales? La question ne manque pas de se poser lorsque, à leur contact, le/la «medical humanist» (faut-il dire le/la «scientifique humain/e ou humaniste»?) constate combien se fait sentir la contrainte d'adopter les critères internes du domaine sur lequel il/elle devrait précisément être amené/e, du fait des exigences des sciences humaines, à porter un regard critique. A l'évidence, comme toute démarche qui entend promouvoir le décloisonnement des savoirs, une réflexion sur la présence des sciences humaines en médecine se doit de contenir un chapitre sur ses limites, ou, plus spécifiquement, sur les obstacles, de quelque ordre qu'ils soient, dressés sur le long chemin vers l'interdisciplinarité tant désirée.

L'histoire des conditions de possibilité d'un tel essor reste à faire. Si celui-ci est récent, celle-là est assurément ancienne, et emprunte à plusieurs sources, qui ne se rencontrent que récemment. J'en distinguerai au moins quatre, en excluant pour la clarté du propos des domaines du savoir comme le droit, la psychologie ou l'économie, dont l'inclusion – préconisée par certains – dans le champ des «medical humanities» exigerait une réflexion spécifique. Sans doute un des commencements

des «medical humanities» doit être situé au moment où la médecine s'est détachée de son histoire, entendons par là le moment où l'étude du passé n'a plus été ressentie comme une nécessité impérative du présent, le moment, autrement dit, où la dynamique de la médecine s'est tournée explicitement, et avec le sentiment d'une absolue nécessité, vers le futur. Même si l'idée de progrès ou d'innovation fut présente dès les premiers pas de la médecine occidentale en Grèce antique, il est certain que, jusqu'au XIXe siècle, tout médecin s'appuyait, pour la conscience qu'il acquérait de son art et pour sa pratique même, sur les maîtres du passé, avec lesquels il dialoguait pour ainsi dire en contemporain. Une idée de l'*histoire de la médecine*, entendue au sens disciplinaire où nous l'utilisons aujourd'hui, n'a pu naître que quand émergea le sentiment d'une certaine inutilité des connaissances en provenance des anciens. C'est ainsi qu'apparaît dans la deuxième moitié du XIXe siècle l'histoire de la médecine en tant que discipline à proprement parler, avec ses règles et méthodes, ses institutions (revues et publications spécialisées, chaires académiques, congrès), ses professionnels (initialement des médecins surtout, mais non exclusivement). Les contextes de ce développement seront différents d'un pays et d'une aire linguistique ou culturelle à l'autre. On verra l'importance prise par la philologie en Allemagne, l'histoire des idées en France, l'histoire sociale et institutionnelle en Grande-Bretagne ou aux Etats-Unis. En Suisse plus particulièrement, on rencontre d'une Faculté de médecine à l'autre des formes très variables, et dépendant largement des circonstances, opportunités et personnalités locales. Dans la plupart des cinq facultés de médecine créées (Zurich, Berne, Genève, Lausanne) ou entièrement réaménagées (Bâle) dans la deuxième moitié du XIXe siècle, on retrouve la mention de cours d'histoire de la médecine, mais il demeure difficile de savoir si ces derniers eurent effectivement lieu et exercèrent une quelconque influence sur le développement professionnel et personnel de leurs usagers. Quoi qu'il en soit, des enseignements plus ou moins systématisés d'histoire de la médecine ont lieu depuis la fin de la Deuxième guerre au moins. Ainsi, Zurich se dote d'un Institut et d'un Musée d'histoire de la médecine depuis le début des années 1950. De prestigieux historiens de la médecine, tels Henri Sigerist ou Erwin Ackerknecht, y travaillent, professionnalisant la discipline, et procu-

rant à cet enseignement un lustre particulier (d'innombrables thèses d'histoire de la médecine y sont défendues). Quelques décennies plus tard, Berne se dote d'un semblable Institut après que des médecins amateurs éclairés et souvent très compétents, mais continuant de pratiquer activement la médecine, eurent assurés un enseignement d'histoire à la Faculté de médecine. Bâle, malgré un passé historique très chargé en la matière, ne franchit pas le cap de l'ouverture d'un Institut spécialisé. Genève et Lausanne créent de tels Instituts (dotés toutefois d'un qualificatif supplémentaire : Institut d'histoire de la médecine *et de la santé*) au début des années 1990 seulement, bien que dans l'une et l'autre de ces Facultés, des enseignements aient été donnés depuis les années 1960 déjà (par Jean Starobinski à Genève ou Charles Lichtenthaler à Lausanne). Quoi qu'il en soit, le sort de l'histoire de la médecine au sein de la sphère médicale (la question se pose différemment lorsqu'on la considère au sein des disciplines historiques) sera globalement identique: elle s'impose au cours du siècle écoulé en tant que discipline académique dont on ne discute guère des critères d'utilité. Hormis quelques cas particuliers, il s'agit jusqu'à aujourd'hui d'une activité de recherche et d'enseignement (facultatif dans la grande majorité des cas), en grande majorité effectuée par des médecins à destination d'un public choisi de médecins ou futurs médecins, qui en goûtent comme d'une possibilité d'enrichissement personnel et de marque collective d'appartenance à une profession qui aime à souligner son enracinement dans la tradition humaniste.

Les trois autres lieux, d'instauration plus récente, où les «medical humanities» actuelles plongent quelques-unes de leurs racines les plus visibles mériteraient eux aussi une large enquête historique. De façon très résumée, on peut toutefois noter qu'ils ont en commun d'émerger au courant du XXe siècle, à la faveur d'influences très variées, mais dans un contexte qui est d'emblée relié à des préoccupations cliniques et institutionnelles. La *médecine psychosociale* tout d'abord, spécialité médicale hétérogène, elle-même au confluent de plusieurs courants (comme la médecine psychosomatique, la psychanalyse, les diverses écoles de psychothérapie «humaniste», ...), qui s'affirme depuis les années 1960 dans un contexte de crise de l'hôpital moderne, et passe à cet égard pour le précurseur historique direct des enseignements actuels de

sciences humaines dans nos facultés. Quoi qu'il en soit, cette spécialité (ou mieux, cette problématique) apparaît comme un complément nécessaire à l'éducation du futur médecin; elle se voit proposée surtout dans les premières années du curriculum d'études, et intégrée dès les années 1980 au programme des examens au niveau du premier ou du deuxième propédeutique (examens éliminatoires ayant lieu à la fin de la première, respectivement de la deuxième année). Cet enseignement, systématiquement dispensé par des médecins (spécialistes en psychiatrie pour la plupart) prélude en quelque sorte, sur le plan institutionnel, au «réveil», ou «tournant» éthique marqué depuis les années 1990 par l'ouverture des premières unités et chaires d'*éthique médicale et bioéthique*. On s'accorde généralement à reconnaître l'acte de naissance (ou du moins l'une des naissances, celle de ses formes moderne et «post-moderne») de la bioéthique après la fin de la Deuxième guerre mondiale, qui s'impose en suivant des rythmes et des formulations institutionnelles diverses au sein des différentes institutions hospitalières et universitaires en Europe, sans parler de ses déclinaisons extrêmement variées sur l'ensemble du domaine sanitaire. En Suisse, à la différence par exemple du mouvement amorcé en Allemagne, les unités académiques en la matière sont à ce jour (mais le processus n'est pas terminé) créées indépendamment des Instituts d'histoire de la médecine préexistants. À ce jour, les enseignements d'éthique médicale et bioéthique (où trouve parfois également place un enseignement spécifique de «medical humanities» entendues au sens plus spécifique du terme – non pas comme les disciplines de sciences humaines et sociales concernées par le domaine de la médecine, mais un ensemble de savoirs et savoirs-être considéré comme pertinent pour accorder au futur médecin les compétences culturelles et humanistes en complément de son savoir-faire technique) s'intègrent peu à peu, et de façon notablement plus marquée que ceux d'histoire de la médecine, dans les cursus des futurs praticiens. Plus généralement, la réussite relative actuelle de l'éthique médicale et bioéthique sur le plan institutionnel tend parfois à subsumer, selon les cas et les situations, l'ensemble des diverses sciences humaines en médecine. Car d'autres disciplines venues en ligne droite des sciences sociales comme l'ethno-anthropologie et la sociologie ne bénéficient pas (encore) de tels développements. Elles investissent au courant

du XXe siècle le champ de la médecine et de la santé comme un de leurs terrains, et du coup revendiquent comme une de leurs sous-spécialités, *l'anthropologie et la sociologie médicale*, voire *l'anthropologie et la sociologie de la santé*. Depuis, ces domaines spécialisés évoluent souvent à distance des institutions médicales, sous la forme d'enseignements et de recherches menées dans les Ecoles de soins infirmiers, ou dans les Facultés de sciences humaines. Leurs contributions, bien que très marquantes parfois (on pense par exemple à tout l'apport de la réflexion sur la psychiatrie transculturelle), apparaissent du coup de façon dispersée, ou isolée, dans les curriculums d'enseignement des Facultés de médecine. L'intégration de ces disciplines, si elle a lieu, se fait généralement de façon latérale, par l'intégration de sociologues ou d'anthropologues à des fins cliniques ou de recherche dans certains services hospitalo-universitaires (psychiatrie, policliniques, départements de médecine sociale et préventive). Il faudrait encore mentionner une tradition épistémologique et philosophique qui fait également entendre sa voix, à plus grande distance toutefois des centres d'enseignement et de pratique médicale.

On le pressent, ce panorama des commencements conceptuels et institutionnels des «medical humanities», même brossé à très gros et rapides traits, suggère d'une part que la situation actuelle est marquée fondamentalement par une grande hétérogénéité pouvant s'avérer comme une faiblesse conceptuelle ou épistémologique, et d'autre part qu'elle est susceptible d'importantes variations, et donc d'autant de développements particuliers, en fonction du contexte national, culturel et social au sein duquel ces derniers ont lieu. Mais il existe assurément un trait qui rassemble ces différentes histoires et ces différents courants: celui du contexte d'utilité dans lequel ils se déploient depuis bientôt plus de vingt ans, une utilité liée à l'attente, voir à la préoccupation critique dont fait montre la société contemporaine envers la médecine et les médecins. Car loin de vouloir rester confinés dans la sphère de pures considérations théoriques, ces différents courants sont tous, peu ou prou, aspirés dans une perspective d'application utilitaire: la médecine, dans le tourbillon des exigences de la pratique, tend à recycler sans attendre les savoirs empruntés ailleurs (ce trait explique en partie la tendance que l'on observe dans les curriculums de «medical humanities» des différentes facultés en Europe occi-

dentale à l'inclusion de multiples autres disciplines elles aussi très hétérogènes, qui vont des sciences économiques, au droit, aux sciences de la communication, à la démographie, voire aux statistiques).

Ainsi, la problématique des «medical humanities», telle qu'est s'est organisée au cours du siècle précédent, instaure entre la médecine et les sciences humaines un rapport dissymétrique. Lorsque nous parlons de «medical humanities», il s'agit bien de ce que les sciences humaines peuvent apporter en médecine, et non l'inverse, de ce que la médecine pourrait apporter aux sciences humaines (or, il n'est pas interdit de penser à la possibilité, pour le meilleur ou pour le pire, d'un renversement du rapport, comme le montre l'exemple de la «neuro-éthique», qui voudrait élaborer une réflexion, ou des règles, de morale et d'éthique – tâche qui relève traditionnellement du domaine de la philosophie ou de la théologie – à partir de certains concepts des neurosciences). Les conséquences de cette dissymétrie dans l'échange interdisciplinaire ne sont pas négligeables, sur le plan épistémologique et des contenus de savoir, mais aussi sur les modalités pratiques, sociales et institutionnelles, de l'échange. Qui donc, pour prendre un exemple trivial, détient l'autorité lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un enseignement de «medical humanities»? La Faculté de médecine, en fonction de l'impératif absolu de la pertinence pratique dans le cadre de la formation de ses étudiants, ou la Faculté des Lettres et des sciences humaines et sociales, suivant les exigences théoriques incompressibles de la discipline? Si ce «conflit des Facultés» réactualisé est largement tempéré dans la pratique par la bonne volonté commune des divers acteurs, il reste non résolu en son principe, et est susceptible d'entraîner toute sortes de malentendus, difficultés et impasses aux différents niveaux sur lesquels se déploient les «medical humanities» (un exemple, tout aussi trivial, serait celui de la mesure des *impact factors* d'un/e chercheur/se dans le domaine, mesurés à l'aune des standards valant pour la recherche biomédicale courante).

Assurément, la dynamique esquissée ci-dessus évoque quelques réflexions déjà anciennes sur les difficultés des échanges entre des disciplines qui, davantage que de simples divergences de méthodologie, peuvent aussi entraîner des constructions du monde (ou, aussi bien, produire des langages)

incommensurables. Dans *The Two Cultures*, publié en 1959, un ouvrage qui connut un grand retentissement en son temps, le physicien et romancier C.P. Snow s'inquiétait de la profonde incompréhension qu'il voyait s'instaurer au sein du monde académique entre les «littéraires» et les «scientifiques». Dans son sillon, on a cru pouvoir dresser le constat, de façon peut-être nostalgique, de ce qu'il soit devenu impossible d'être un «savant cultivé», et de ce qu'il faille se contenter de rester un «instruit inculte» (les scientifiques) ou un «cultivé ignorant» (les littéraires, ou les poètes). L'émergence actuelle des «medical humanities», leur montée en puissance (certes toute relative), constitue-t-elle un nouveau signe de l'espoir de réinstaurer cette figure du «savant cultivé», de réconcilier dans le médecin contemporain les qualités humanistes traditionnelles et l'aspiration scientifique (et son cortège d'exigences: analyse, réduction, quantification, délimitation, ...) caractérisant depuis plus d'un siècle la dynamique de la médecine? Ou bien faudrait-il procéder à un constat de ce qu'il y a d'irréductible dans la séparation des sphères, «prendre acte, comme le ferait un médecin, de ce qu'il est des blessures qui ne se referment jamais quelque désir qu'on en ait»¹? Prendre acte donc que l'adaptation des disciplines «humanistes» dans la sphère de la médecine et de ses applications passerait par une reconnaissance de l'hétérogénéité et de l'asymétrie des dimensions des mondes et des langages en présence. Bref, se dire que les «medical humanities» sont une entreprise qui commence, sans qu'on puisse en prévoir le terme.

Note

- 1 L'expression, ainsi que divers éléments de ce dernier paragraphe, sont empruntés à Françoise Balibar, qui propose une analyse d'un grand expert de ces transferts culturels, Jean Starobinski, dans «Les vagues d'Eddington et le cheval de Newton», *Critique* 687-688, 2004 (n° spécial consacré à J. Starobinski), pp.631-641.

La médecine à l'épreuve du social

Ilario Rossi

A la lumière des découvertes thérapeutiques et pharmaceutiques qui se succèdent et des stratégies cliniques qui les accompagnent, tout semble aujourd'hui concourir à une intensification de l'idéologie du progrès médical ainsi que de son corollaire, la médicalisation de nos sociétés. Inscrit dans la rigueur croissante du raisonnement médical soumis à l'influence d'une science perçue à la fois comme modèle et comme guide, ce processus s'est défini à travers les certitudes de la bio-médecine et de l'épidémiologie et a permis progressivement de construire un savoir positif et institué sur le corps de l'être humain et sur sa condition (Rossi, 2005). De fait, le concept de santé, marqué pendant longtemps par une vision strictement biologique et par l'idée d'un fonctionnement optimal du corps, s'ouvre désormais à des considérations d'ordre systémique, qui mettent en jeu soma, profil génétique, psyché, émotions, environnement social, culturel, économique, écologique, habitudes et comportements de vie ou encore accès aux soins. La médecine est cependant appelée, aujourd'hui tout particulièrement, à se confronter à un contexte social et culturel en forte évolution. Il suffit pour s'en convaincre de constater tout d'abord l'inversion du processus séculaire de concentration des compétences relatives à la santé dans les mains du monde médical, avec l'importance accrue de l'économie, du politique ou du droit, notamment. Ou encore les changements épidémiologiques en cours, qui conduisent à une modification des savoirs, des pratiques et des finalités médicales et bouleversent la quête de sens et d'efficacité thérapeutique des individus. Sans oublier, en ce sens, l'émergence, sans cesse renouvelée, d'un pluralisme médical.

Dès lors, les compétences médicales, caractérisées par la rigueur d'un travail relationnel et clinique, se voient dans la nécessité de s'élargir progressivement afin d'intégrer dans leurs stratégies d'intervention les dynamiques des mutations sociales. Preuve en est le projet «La médecine en Suisse demain. Buts et missions de la médecine au début du 21e siècle»¹, qui vise à relier la science médicale – incluant de plus

en plus dans son champ les multiples aspects de la vie humaine que sont les pensées, les sentiments, les contacts interpersonnels, les relations intimes, la morphologie et le fonctionnement moléculaire des organes – aux missions qu'elle s'attribue, comme celle de préserver l'intégrité physique et de restaurer la capacité fonctionnelle – somatique, psychique et sociale – des patients qu'elle prend en charge.

Contexte

A une ouverture interne correspond donc un défi externe; dans ce contexte, le médecin du XXI^e siècle ne peut plus faire l'économie d'une alliance avec les sciences sociales et humaines. Formant le socle de cette convergence, se dessine l'idéal partagé d'un *logos* unifié sur l'être humain, qui s'ouvre, bien entendu, vers la multiplicité. Pourtant, les référentiels épistémologiques, méthodologiques, théoriques et discursifs diffèrent dans leurs productions et leurs finalités. Le risque existe d'une intrusion sans compétence ni respect des uns dans le champ des autres, d'un déni de sa complexité, d'une ignorance de ses principaux paradigmes; une vigilance extrême est ainsi indispensable pour juguler les excès des interprétations possibles. Un fort besoin de développer une plate-forme cognitive et opérationnelle se fait néanmoins sentir, dans laquelle les résultats des démarches propres aux sciences sociales et humaines puissent s'intégrer dans un tableau cohérent et organique avec les conclusions des recherches conduites par les sciences médicales. Cette convergence, nécessaire en soi, ne suffit cependant pas si elle ne s'insère pas dans un horizon épistémologique, à l'intérieur d'une perspective éthique qui permette d'analyser en termes moraux et politiques, les institutions, les savoirs et les pratiques sociales. Cet horizon, doit prendre en considération les apports importants des sciences sociales et humaines à la construction de la médecine contemporaine, mais aussi le rôle critique et constructif qu'elles ont à jouer dans le cadre de la santé d'une société (Saillant, Genest, 2006).

Un exemple particulièrement représentatif de ce propos peut être trouvé dans les questions des liens qui se nouent entre société civile, trajectoires biographiques et expression du pathologique. Plus spécialement en ce qui concerne le change-

ment subi par le panorama épidémiologique, illustré en grande partie de nos jours par des troubles psychosomatiques, des troubles d'adaptation, des troubles gériatriques, par la dépression, la souffrance psychique, ou encore les maladies dégénératives ou les maladies chroniques. Ces maladies dites «de civilisations» (Lopez, 1996), ou encore du «pouvoir» (Farmer, 2003), sont la conséquence d'un rapport tendu, voire conflictuel, entre individu et société.

Ainsi, ces pathologies inscrivent dans le corps ce que l'on pourrait définir comme une «souffrance sociale», concept qui renvoie aux contradictions sociales qui traversent l'identité des êtres humains dans une position donnée (Kleinmann, 1997). Cette souffrance surgit au moment où le désir du sujet ne peut plus se réaliser socialement, lorsque l'individu ne parvient pas à être ce qu'il voudrait être. C'est le cas lorsqu'il est contraint d'occuper une place qui l'invalide, le disqualifie, l'instrumentalise ou encore le déconsidère. Ces contradictions engendrent une tension qui est intériorisée à partir du moment où l'individu n'a pas les moyens de *sortir* de cette position (De Gaulejac, 1996). Il est donc confronté à un conflit interne dont la genèse est externe, ce qui provoque une fragilité mentale et souvent somatique qui ne peuvent être atténuées que par un changement de sa situation. La souffrance sociale englobe ainsi les deux variables concomitantes du psychique et du social; il désigne une manière particulière de souffrir par le social, «d'être affecté dans son être psychique par son être en société, que cette expérience douloureuse procède d'une «misère de condition» ou d'une «misère de position»» (Bourdieu, 1993). Elle est ainsi le produit d'une violence, au sens étymologique du terme «une force dirigée», qui empêche de vivre ses droits civils, politiques et sociaux, que ce soit à travers un statut, un travail, une structure familiale ou communautaire ou encore des politiques d'État.

Cette souffrance prend tout son sens au sein d'une société dans laquelle l'individu s'affirme de façon toujours plus marquante comme seul dépositaire de ses repères et seul gestionnaire pour construire et légitimer son existence. La responsabilité accrue qu'il assume dans le déroulement de son parcours existentiel entraîne, outre l'autonomie et le sentiment de liberté, l'impératif de la réussite et de l'adaptation (Touraine, 2005).

Ce qui est loin d'aller de soi. Surtout à l'époque actuelle, où le processus de mondialisation et ses facteurs constitutifs – migrations généralisées, globalisation économique, innovations technologiques ou encore émergence d'une société du risque – donnent lieu à des mutations importantes, aussi bien au niveau individuel que collectif.

Problématique

Essayons d'en saisir les dynamiques. Avec les migrations généralisées on a désormais affaire à ce que l'on pourrait qualifier de nouvelle réalité planétaire: l'internationalisation des flux migratoires prend des proportions jamais atteintes jusque-là, impliquant un nombre de plus en plus considérable de personnes en quête d'une amélioration de leur sort et d'un lieu où s'établir. La gestion politique de ce phénomène rend la situation de ces exilés fragile, influant indubitablement sur leur état de santé (Weiss R., 2003). Mais ce qui est réellement en jeu, c'est la relation à l'autre, à l'altérité constitutive et irréductible que tout sujet doit désormais reconnaître et aménager dans sa propre construction identitaire. Chaque individu se voit ainsi contraint d'œuvrer à son élaboration de soi dans un contexte de pluralité, caractérisé aussi bien par la résistance à l'uniformisation qu'à l'exacerbation des particularismes.

La globalisation économique quant à elle n'est pas seulement une mondialisation de la production et des échanges. Elle est surtout créatrice d'une séparation complète entre l'économie et les autres champs, en particulier social et politique, qui ne peuvent plus la contrôler. L'ampleur des modifications, marquées par des clivages économiques et sociaux toujours plus accusés – notamment impératif de performance, compétition professionnelle, rupture du contrat social, désagrégation des réseaux collectifs de solidarité, exclusion et marginalisation – et une mobilité et une précarité croissantes, confirment les hiatus profonds qui peuvent s'instaurer entre valeurs individuelles et orientation du marché. Face aux innovations d'une économie arrimée aux lois du marché, les motivations et les implications diffèrent, les conflits d'intérêt augmentent; une nouvelle culture se dessine, l'agir comme choix de finalités est substitué par le faire comme production de résultats.

Dans une société où nous dépendons non seulement des techniques de production, mais aussi des techniques de consommation et de communication, nous cherchons à sauver notre existence individuelle et singulière. Deux exemples évoquant les influences de la technologie sur la condition humaine permettent d'illustrer ces propos. Le premier invite à réfléchir aux déséquilibres engendrés par les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC): zapping mental, déstructuration des espaces de travail, pression du temps réel, sollicitations permanentes, confusion entre temps privé et temps professionnel. Le deuxième évoque les technologies médicales, qui contribuent, quant à elles, à exercer une profonde influence sur l'idée que l'homme se fait de lui-même (Barona Vilar, 2005). Par elles, la vie sociale d'un individu devient non seulement parfaitement prévisible, mais surtout maîtrisable par la biologie de ses constituants; de fait, nous sommes appelés à mettre à disposition de la science médicale cette base physique «que nous sommes par nature», ce qui déplace la frontière entre cette base naturelle dont nous ne pouvons pas disposer à notre gré et le «règne de la liberté» (Habermas, 2002). La technique, outil et moyen indispensables à la promotion d'une qualité de vie de l'être humain, devient désormais le milieu dans lequel il est appelé à évoluer.

Désormais, la notion de «risque» occupe une place centrale dans nos sociétés contemporaines, justifiant et légitimant le concept de «société du risque» (Beck, 1999). Le corollaire immédiat de la prolifération de risques multiples – écologiques, politiques, sociaux, relationnels, sanitaires... – est bien entendu l'augmentation des besoins de sécurité, de précaution, voire de prévention. En ce sens, le risque en tant que notion ne tire pas son succès de sa capacité à aborder l'incertitude, mais plutôt de sa capacité à anticiper l'avenir, à l'intégrer entièrement au présent. C'est ainsi que cette notion produit de l'inactuel, c'est-à-dire qu'elle actualise tous les futurs possibles et leur donne une valeur présente, en nous dépossédant du présent.

Enjeux

Un des grands enjeux contemporains réside donc dans la nécessité de la réappropriation de soi dans un changement de

paradigme social et culturel. Cette volonté de l'individu d'être acteur de sa propre existence est ce qui le constitue comme sujet; nous consacrons ainsi à la recherche de nous-mêmes une importance centrale (Touraine, 2005). Mais dans ce domaine, pas de démocratie, les ressources et les potentialités, les références et les finalités diffèrent. La souffrance sociale naît aussi de ces discriminations. Dès lors, comment garder une rigueur scientifique et éthique face à la complexité de ces transformations? Comment articuler une pluralité de savoirs et de points de vue pour comprendre la complexité sociale et promouvoir des stratégies de santé structurées? Comment conjuguer théories et pratiques en vue de planifier, réguler, évaluer les actions dans le domaine de la santé?

Dans un tel contexte, une éducation du regard s'avère nécessaire; ces facteurs font système, nous devons apprendre à les penser ensemble en les reliant à ce qui constitue le lieu de convergence de leur expression: le politique, c'est-à-dire la capacité d'agir collectivement sur le cours des choses. La collaboration entre sciences médicales et sciences humaines ne saurait donc faire l'impasse d'une réflexion prenant en compte que la santé est un bien qui n'est désiré que socialement, pour la simple raison qu'elle ne peut être produite, pour l'essentiel, que socialement. Bien que ces approches académiques se rejoignent de plus en plus du point de vue de leurs analyses, elles sont opposées dans la hiérarchie des décisions politiques. A cet égard, un changement est souhaitable, d'une part pour éviter qu'émergent une société malade de son progrès et une médecine elle-même victime de souffrance sociale, et d'autre part pour construire des nouvelles articulations entre médecine et politiques de santé et promouvoir une culture humaniste de la santé. Car les questions auxquelles nous sommes confrontés touchent dès maintenant à ce que nous sommes et non plus à ce que nous pouvons faire.

Bibliographie

- Barona, Vilar J. (2005) *Salud, tecnología y saber medico*, Madrid: Editorial Universitaria Areces.
- Beck, U. (1999) *World Risk society. Toward a new modernity*, Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. (1993) *La misère du monde*, Paris: Seuil.
- De Gaulejac, V. (1996) *Les sources de la honte*, Paris: Sociologie clinique.
- Farmer, P. (2003) *Pathologies of Power. Health, Human Rights and the New War on the Poor*, Berkeley: University of California Press.
- Habermas, J. (2002) *L'avenir de la nature humaine. Vers un eugénisme libéral?* Paris: Gallimard.
- Lopez, A., Mathers, C., Ezzati, M., Jamison, D. and Murray, J. (1996) *Global Burden of Disease and Risk Factors*, DCP: WBP.
- Kleinmann, A., Das, V. and Lock, M. (1997) *Social Suffering*, Berkeley: University of California Press.
- Rossi, I. (2005) Médicalisation de la vie, enjeux de société, in *Eloge de l'altérité* (Collectif), Fribourg: Ed. de l'Hèbe, pp.: 19-31.
- Saillant, F. et Genest, S. (2005) *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Québec: PUL, Economica, Anthropos.
- Touraine, A. (2005) *Un nouveau paradigme. Pour comprendre le monde d'aujourd'hui*, Paris: Fayard.

Note

- 1 Rapport publié en 2005 par un groupe d'experts de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), de la Fédération des médecins suisses (FMH) et des cinq Facultés de médecine dans l'idée d'initier un processus de réflexion sur l'ordre de priorité à accorder aux différents buts de la médecine.

Les sciences humaines au coeur de
la relation clinique et thérapeutique

Face à la fragmentation des savoirs et des pratiques: l'apport de l'anthropologie clinique

Nicolas Duruz

Dans notre société caractérisée par l'«individualisme démocratique», on assiste à un développement effréné de savoirs et de pratiques, qui menace le lien social. Le monde de la science n'y échappe pas: construction de disciplines hyperspécialisées, revendiquant un territoire et une reconnaissance toujours plus difficiles à obtenir.

L'anthropologie clinique se veut – au plus près de son étymologie – une pensée sur la pratique des soins auprès de l'homme en souffrance. Sa visée: d'une part, réinscrire une clinique des fonctions de l'organisme dans une clinique du sujet humain incarné dans son monde quotidien et, d'autre part, proposer une méthode (la réduction phénoménologique) dans le but de dégager la vision de l'homme toujours très partielle que véhicule tout modèle scientifique.

L'anthropologie clinique peut-elle ainsi contribuer à l'échange entre praticiens habitant des mondes séparés?

L'anthropologie clinique, dont on précisera ci-dessous l'origine et ses principaux représentants, signifie au plus près de son étymologie: une pensée sur la pratique des soins auprès de l'homme en souffrance. On pourrait dire que sa visée essentielle est d'empêcher que la médecine, en tant que science humaine, soit réduite à une médecine simplement vétérinaire, qui cherche à se le cacher en se couvrant un peu hypocritement d'un manteau d'humanisme. Il y va de la question de savoir si l'homme est placé au cœur d'une pratique médicale ou à sa périphérie. Notre thèse est qu'aujourd'hui la médecine, soumise à la fragmentation de ses savoirs et de ses pratiques cliniques, a tendance à se laisser enfermer dans la seconde alternative.

Une inquiétante pluralité

La médecine n'est évidemment pas la seule discipline qui subit ce morcellement. En effet, on assiste dans notre société contemporaine à une diversification grandissante et généralisée des pensées et des pratiques sociales, dont on peut se demander ce qui va bien l'arrêter. Pensons par exemple aux diverses possibilités données aujourd'hui de vivre en famille, d'avoir une vie sexuelle, de procréer, ou encore, à l'augmentation des différents champs du savoir ou des corps de métier (par exemple, un ambulancier n'est ni un brancardier, ni un secouriste, encore moins un infirmier!). Marcel Gauchet (1985), un sociologue du politique, a bien montré comment nous vivons aujourd'hui dans une société caractérisée par «l'individualisme démocratique» en fonction du principe de la «souveraineté» des individus, base de l'organisation démocratique. Celle-ci s'en ressent à tous les niveaux: liberté et droits individuels, économie libérale, culte de la vedette, héroïsation possible de l'existence de tout un chacun, recherche éperdue d'un épanouissement personnel, égocentrisme dans les processus de communication, etc. Dans le domaine des sciences, ce processus d'atomisation s'exprime entre autres par une fragmentation des savoirs et des pratiques, qui prennent la forme d'hyperspécialisations technicisantes et donnent souvent lieu à des disqualifications mutuelles entre ces savoirs et ces pratiques. On est tellement «dans son monde» qu'on ne parvient plus à s'intéresser à celui des autres, et quand on y est confronté, celui-ci est alors perçu comme une menace à l'égard du sien propre.

Parmi les très nombreuses conséquences d'une telle fragmentation, la plus importante est sans doute l'oubli de l'homme, tel qu'il se donne à être rencontré dans son expérience concrète et singulière, en deçà des abstractions scientifiques et des manipulations techniques. Est-il possible que cet homme-là, dans l'épaisseur de son existence, soit présent au cœur des discours de la médecine, de manière à ce qu'elle redevienne ce qu'elle était à ses origines, une science authentiquement humaine (cf. Gadamer, 1993)? C'est là le défi de l'anthropologie clinique.

Qu'est-ce que l'anthropologie clinique?

Il est impossible dans les limites de ce bref article de retracer l'histoire de cette science de la clinique de l'homme, que représente l'anthropologie clinique¹. Nous nous contenterons de présenter brièvement deux figures marquantes de ce courant de pensée: Viktor von Weizsäcker et Ludwig Binswanger. Ils ont en commun d'être deux médecins-philosophes, marqués par la pensée phénoménologique, telle que Husserl et Heidegger l'ont développée². Pour rappel et très brièvement, la phénoménologie peut être définie comme la science de l'expérience vécue de l'homme en lien avec son monde de vie, expérience qu'il s'agit moins d'expliquer que de comprendre, essentiellement grâce à une description la plus soutenue possible, à l'abri des *a priori* inhérents aux modèles.

Viktor von Weizsäcker (1886-1957) est un médecin interniste, neurologue et philosophe allemand, ayant travaillé essentiellement à Heidelberg. Son œuvre est très importante, aux intitulés les plus significatifs: *Ueber das Wesen des Arzttums*, *Der Begriff der allgemeinen Medizin*, *Grundfragen medizinischer Anthropologie*. Une des idées forces de von Weizsäcker est celle de la nécessité de réintroduire le sujet dans la biologie, qui est une science du vivant avant d'être une science des éléments physico-chimiques. Insister sur le sujet-vivant, c'est pour von Weizsäcker ne pas se contenter de s'intéresser à des fonctions qui sont finalement toujours étudiées de manière isolée – d'où une saisie abstraite de l'homme. Pour lui, toute modification de fonction présuppose une réorganisation du vivant dans son entièreté, en son devenir même et selon sa temporalisation propre. Il parle à ce sujet de la nature *pathique* du vivant, voulant signifier par là que tout vivant dispose d'un pouvoir-être, source de ses transformations possibles et dont la souffrance est l'expression subjective de son processus d'évolution. La réalité de la crise retrouve alors toute son épaisseur humaine, ressaisie dans sa dimension biographique. Dans cette perspective, on comprend pourquoi von Weizsäcker conteste l'idée d'une médecine qui serait essentiellement l'application d'une théorie acquise sur un autre terrain que celui de la réalité clinique, là précisément où l'individu souffrant est saisi en perpétuelle instance de transformation (cf. Célis, 1994).

Le second auteur qui mérite toute notre attention est le psychiatre suisse Ludwig Binswanger (1881-1966). Dans plusieurs de ses écrits, comme par exemple: *Zur philosophischen Anthropologie* ou *Der Mensch in der Psychiatrie*, Binswanger défend l'idée que la saisie d'un trouble psychique relève de deux approches complémentaires qui doivent être utilisées en dialectique: le niveau de l'histoire intérieure de la vie» (*Innere Lebensgeschichte*) et le niveau de ses «fonctions vitales». Ce deuxième niveau renvoie à ce que nous appellerions aujourd'hui l'être bio-psycho-social, ce composite de plusieurs fonctions étudiées séparément par différentes disciplines (biologie moléculaire, physiologie, neurosciences, psychologie, sociologie, etc), mais qui ont toutes tendance à s'ignorer, voire à se méconnaître. La possibilité de les articuler les unes aux autres est le fait d'un regard émergeant, celui que propose l'anthropologie phénoménologique, invitant à saisir ce composite dans une visée holistique: l'homme en train d'advenir à lui-même, en travail d'humanisation. C'est l'être-là (*Dasein*) tel que Heidegger l'a développé dans *L'Être et le Temps*, l'homme dont le projet d'existence conjoint, dans une présence actuelle à son passé et à son avenir, l'expérience de son corps vécu, celle de sa conscience réflexive, comme celle de son ancrage dans un espace socio-politique et culturel. En termes modernes, on pourrait dire que l'apport des sciences dites régionales, parce que s'intéressant à des fonctions de l'homme et obéissant à une logique toujours réductrice, dont l'*evidence-based medicine* serait un peu le modèle, se trouve comme «réanimé» par une approche obéissant, elle, à ce que certains nomment actuellement la *narrative-based medicine*. Ici donc aussi, la saisie de la dynamique subjective et intersubjective des comportements de l'homme est centrale et empêche de les appréhender au seul niveau d'une ingénierie trop objectivante. La dialectique doit être tenue dans les deux sens, pour éviter aussi bien une approche trop «spiritualiste» de l'homme souffrant, qui priverait les soignants d'outils suffisamment concrets et précis (savoir et technique) en vue d'opérer sur la réalité vivante, qu'une approche trop mécaniste et déssubjectivée, où la possibilité de la rencontre d'un être vivant, en souffrance d'humanisation, n'est plus maintenue suffisamment ouverte. Ce serait oublier par-là même la recommandation de Kierkegaard, le père de

l'existentialisme: «Car il convient de s'intéresser à ce que signifie d'être un homme».

L'apport de l'anthropologie clinique

En référence à la pensée de ces deux médecins-philosophes, d'orientation phénoménologique, on pourrait dire que le clinicien se doit de toujours garder à l'esprit que le *diagnostic* qu'il formule et le *traitement* qu'il conduit ne sont que des moments d'objectivation et de clarification scientifiques dans un processus plus englobant et directement humain, où sont engagées l'expérience de la souffrance du patient et celle de sa rencontre avec le soignant. Une phénoménologie de la souffrance et de la rencontre humaine est à développer – certains auteurs s'y sont essayés –, qui les promouvrait comme des catégories centrales d'une anthropologie clinique. En termes stricts, dans le prolongement de la pensée heideggerienne, on pourrait parler de deux existentiels-clés de l'anthropologie clinique:

Diagnostic < Souffrance

Traitement < Rencontre

Tableau 1: Deux existentiels centraux de l'anthropologie clinique

De ce point de vue, on comprend que la réalité de la crise devient quelque chose d'essentiel dans l'approche du malade. Elle fait partie de sa vie et, plus qu'un accident, elle implique son histoire en train de se faire. La crise est ce moment où le patient est en rupture d'équilibre, un moment d'évolution critique duquel il est censé «sortir» changé, jamais identique à ce qu'il était avant qu'il ne tombe malade. Comme soignant, il importe de vivre la maladie de son patient comme un moment de crise, qui lui rend ainsi toute sa dignité, puisqu'être malade revient à être-autrement-homme. La mise en perspective du traitement comme rencontre interhumaine met tout particulièrement en évidence pour sa part la dimension biographique du soin. Les protocoles de traitement peuvent subsister mais ils n'appellent pas un surcroît d'humanité pour compenser leur anonymat, voire leur inhumanité, puisqu'ils sont vécus certes

comme une «affaire» (Binswanger), mais nécessairement chargée d'émotions et de sentiments, liés aux souvenirs et aux projets mobilisés par la maladie.

Un autre apport de la pensée phénoménologique clinique, davantage méthodologique celui-là, est l'invitation faite aux soignants, bien souvent enfermés dans leur spécialisation, à surmonter les *a priori* et frontières qui délimitent leur territoire. En philosophie, Husserl a proposé la réduction phénoménologique, qui pourrait être définie le plus simplement ainsi: opération de la pensée qui vise à suspendre, à mettre entre parenthèses, l'attitude «naturelle» que nous avons envers nos savoirs, en vue de renouer avec le «monde de la vie» de l'homme, en deçà de ses thématisations. Cette attitude naturelle nous fait oublier que c'est à travers un regard spécifique, orienté par des *a priori*, que le vivant nous apparaît sous tel ou tel aspect. Collés à nos modèles, sans les mettre en doute, nous avons tendance à «naturaliser» nos connaissances, alors quelles sont toujours une thématisation bien qu'indispensable, d'une réalité antéprédicative. Cette réalité renvoie précisément au monde de la vie, à la quotidienneté de l'existence que connaît tout être humain, à partir de laquelle il vit sa vie, organise comme tout un chacun son existence en faisant des projets. Nos différentes sciences sont construites sur des visions morcelées et fonctionnelles de l'homme (l'homme cardiaque, l'homme respiratoire, l'homme digestif, l'homme neuronal, etc.) qui ne permettent plus de rejoindre l'expérience de l'homme dans l'épaisseur de sa quotidienneté existentielle.

En insistant sur l'expérience originnaire de l'homme incarné au monde et sur une mise en scène narrative de son existence à partir de sa capacité d'éprouver, de penser et de parler, l'anthropologie clinique réagit contre une certaine technicisation de nos existences et contre une fragmentation de nos savoirs qui rendent cet homme très abstrait, appréhendé en ses différentes fonctions. Dans sa visée la plus simple, l'anthropologie clinique veut favoriser, au-delà d'une clinique des fonctions, une clinique qui concerne l'homme dans son expérience holistique, tout à la fois subjective et intersubjective. Une clinique qui, comme l'indique l'étymologie du terme, se passe au chevet du malade. En bref, une clinique qui permet de rencontrer l'autre là où il est et où il souffre de se trouver, souffrant de ne pouvoir s'y retrouver!

Bibliographie

- Célis, R. (1994), «Prolégomènes à une phénoménologie de la relation clinique. Introduction à l'œuvre de Viktor von Weizsäcker.», in *L'interdisciplinare e i processi di cura*, ed. G. Martignoni, F. Merlini, Bellinzona: Alice.
- Gadamer, H. G. (1993), *Philosophie de la santé*, trad. franç., Ed. Grasset: Paris, 1998.
- Gauchet, M. (1985), *Le désenchantement du monde. Une histoire politique de la religion*. Paris: Gallimard.

Notes

- 1 On lira à ce sujet «Sur l'anthropologie clinique. Clarification historique et conceptuelle» par H. Mesot, dans la revue *Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences*, 2007 (à paraître).
- 2 D'inspiration phénoménologique, l'anthropologie clinique se nourrit également des apports de l'anthropologie sociale et culturelle, dont nous ne parlons pas ici.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis im Wandel

Peter Stulz

Die heutige Medizin ist einseitig naturwissenschaftlich orientiert. Ohne Zweifel – die modernen Errungenschaften vor allem in der Medizintechnik haben bahnbrechende Fortschritte in Diagnose und Therapie von Erkrankungen gebracht. Parallel zu dieser Entwicklung wird eine zunehmende *Entmenschlichung der vertechnisierten Medizin* mit ihrem Machbarkeitswahn spürbar manifest. Eine Neubesinnung der Heilkunde drängt sich auf und verlangt mehr denn je nach geistes- und sozialwissenschaftlichen Reflexionen. Am Beispiel des *Arzt-Patientenverhältnisses*, welches mit dem gesellschaftlichen Modernisierungsprozess im heutigen Informationszeitalter einen grundlegenden Wandel erfährt, soll der Bedarf nach human-wissenschaftlichen Methoden aufgezeigt werden.

I. Vom Paternalismus zum «Patient empowerment» – Vom Ethos der Fürsorge zur Ethik der Autonomie

Im traditionellen Verständnis war das Arzt-Patienten-Verhältnis «monologisch» bestimmt: Gemäss der hippokratischen Tradition entscheidet ausschliesslich *der Arzt*, welche Mittel, Massnahmen und Behandlungsarten anzuwenden und durchzuführen sind. Der Patient selber spielt dabei eine rein passive Rolle und wird gewissermassen zum «Objekt» ärztlichen Handelns. Man prägte für dieses asymmetrische Arzt-Patienten-Verhältnis den Terminus *Paternalismus*.

Gegenläufig zur Praxis dieser paternalistisch-hippokratischen Fürsorge-Ethik («*salus aegroti suprema lex est*»), die noch bis in die 70-iger Jahre des 20. Jahrhunderts ausgeübt wurde, ist ein gesellschaftlicher Modernisierungs- und Liberalisierungsprozess zu beobachten. Mit dem zunehmenden Emanzipationsstreben der Moderne und dem damit verbundenen Anspruch auf Mündigkeit und Selbstbestimmung wird die autoritative Macht des Arztes zurückgedrängt zugunsten eines

Konzeptes der *Patientenautonomie*. Dieses stellt den *Willen des Patienten* in den Mittelpunkt, nicht mehr das ärztlich zu bestimmende Wohl. In traditioneller Terminologie heisst dies: Nicht mehr die «*salus aegroti*», sondern die «*voluntas aegroti suprema lex est*».

Die *Patientenautonomie* wird neu in den ethischen Verhaltenskodex aufgenommen und zur vorrangigen Handlungsmaxime einer modernen medizinischen Versorgung erklärt. Danach erfolgt die Einwilligung des Patienten zu jeder ärztlichen Massnahme erst **nach** adäquater Information und Aufklärung. Die medizinische Ethik neuerer Prägung hat damit das Anliegen der modernen Gesellschaft – Autonomie und Selbstbestimmung – aufgegriffen und das Prinzip des «*informed consent*» eingeführt. Danach wird die letzte Entscheidungs*verantwortung* den Patientinnen und Patienten zugesprochen.

Neue Modelle wurden entwickelt. Im Modell des «*shared decision making*» – der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient – wird der Patient zunehmend Partner des Arztes. Um eine «*shared decision*» zu erreichen, müssen sich der Patient und der Arzt Wissen und Wertvorstellung gegenseitig mitteilen. Ein wichtiger Teil der ärztlichen Kunst besteht darin, dem Patienten beim «*shared decision making*» zu helfen, seine Wertvorstellungen, Präferenzen, Wünsche und Lebensperspektiven zu konkretisieren. D.h.: Der Arzt muss auf die Vorstellungen, Bedenken, Erwartungen, Gefühle und Ängste des Patienten eingehen. Der Arzt als Experte des Wissens respektiert den Patienten als Experte für seine Präferenzen. Eine Therapieentscheidung wird zwischen beiden «*Experten*» in gegenseitigem Einvernehmen gesucht, die Verantwortung wird geteilt.

Das Modell des «*informed consent*» sowie des «*shared decision making*» setzt einen mündigen, emanzipierten, autonomen Patienten voraus. Mit dem modernen Begriff der *Patientenkompetenz* bzw. des *patient empowerment* kommt eine neue eigene Dimension hinzu. In der Frühphase der angesprochenen Patientenkultur standen im wesentlichen die Beziehungen des Patienten zu *Andern* im Vordergrund: Sein Verhältnis zum Arzt, zur Rechtssprechung, zur Politik, zu den Krankenkassen. Bei der *Patientenkompetenz* hingegen steht das Verhältnis des Patienten zu *sich selbst* im Mittelpunkt. Sie umfasst die Fähigkeiten: Sich den Herausforderungen der Krankheit zu stellen; sich auf eigene und fremde Ressourcen der Krankheitsbewältigung

zu besinnen und diese zu nutzen; dabei persönliche Bedürfnisse mit zu berücksichtigen; eigene Zielvorstellungen zu verfolgen und Autonomie in jeder Entscheidung zu wahren.

Der Begriff *Patientenkompetenz* ist zwar neu, das diesem Begriff zu Grunde liegende Konzept vom Patienten als Ko-Produzenten von Genesung jedoch keineswegs. Es ist so alt wie die Medizin als Wissenschaft überhaupt. In seinen «*Epidemien*» schreibt beispielsweise *Hippokrates*: «*Die Heilkunst umfasst dreierlei: Die Erkrankung, den Kranken, den Arzt. Der Arzt ist der Diener der Heilkunst. Der Kranke muss zusammen mit dem Arzt sich gegen die Krankheit wehren*». Und weiter in den *Aphorismen*: «*Der Arzt muss nicht nur bereit sein, selbst eine Pflicht zu tun, er muss auch die Mitwirkung des Kranken, der Hilfen und der Umstände sichern*».

Von der Antike nun zurück in die heutige Zeit des modernen Patienten mit der selbstbewussten Ich-Orientierung. Bei allen Beziehungsmodellen zwischen Patient und Arzt ist eine Vokabel gemeinsam und zentral, diejenige der *Information*. Damit stellt sich die Frage: Wo gewinnt der heutige Patient der modernen Informationsgesellschaft in einer unübersichtlichen, ja erdrückenden Flut an Informationsquellen und Angeboten seine Orientierung? Früher hatte noch der Arzt das absolute Informations-/Orientierungsmonopol. Immer mehr wird sein Expertenstatus durch die neuen Informations- und Kommunikationsinstrumente spürbar minimiert, ja zunehmend sogar ersetzt.

II. Der Arzt als Infotainer

Das Internet als das klassische Instrument einer postmodernen Informationsgesellschaft ist in alle Bereiche vorgedrungen. Nach «e-Banking», «e-Commerce» und «e-Business» taucht nun immer häufiger der Begriff «e-Health» auf. In den USA gibt es mehr als 50 000 Webseiten mit Gesundheitsinhalten und über 300 Millionen Internet-Healthcare-Nutzer. Alles ist nun verknüpft, verfügbar gemacht, allzeit abrufbar in jeder nur denkbaren Kombination. Ein jeder kann sich immer und überall einschalten, partizipieren, mitmischen. Alltägliche Besorgungen bis hin zur online-Beschaffung von Medikamenten und jeglicher Art der Bedürfnisbefriedigung werden elektronisch abgewickelt im kybernetischen Raum unzählbarer Daten

und Dateien. Wir bewegen uns in einem virtuellen Raum, der überflutet wird von sinnvollen, aber auch sinnlosen Daten zum beliebigen Abrufen, Reproduzieren, Konjugieren und ungefilterten Neueinspeisen.

Die Liste der *medizinischen* Anwendungsmöglichkeiten ist unerschöpflich. Es werden diagnose-spezifische Informationen bis zu Behandlungsinformationen angeboten; Newsletters bieten laufend aktualisierte Informationen an. Online-Kontakte mit Medizinalpersonen verschiedener Herkunft sind im Leistungskatalog enthalten. Für chronisch Kranke und «neu diagnostizierte» Patienten sind spezielle Foren und Chat-Rooms eingerichtet. e-Health soll sogar Grundlagen für eine neue Arzt-Patienten-Beziehung ohne hierarchisches Informationsgefälle («knowledge sharing») schaffen. Dies begünstige die Entwicklung einer professionellen Partnerschaft mit kompetenten, selbstverantwortlichen, eben «ermächtigten» Patienten. Als ortsunabhängige und zeitlich unbegrenzt zugängliche Unterstützungsquelle bietet das Internet Online-Angebote besonders für Patienten an, die zu wenig Zeit hätten, oder zu weit weg seien. Viele Patienten bevorzugen deshalb die schnelle, bequeme und – nicht zu vernachlässigen – die billige *elektronische Kommunikation*. Der informierte, kompetente Patient wird auf diese Weise immer mehr zum Konsumenten, der seine Bedürfnisse im Shoppingcenter der Medizin einkauft. Der Arzt wird zum Consultant, zum Berater, zum Bindeglied zwischen dem Internet und einem virtuellen Patienten, zum «Lifetime-Health-Coach». Er wird in Diskussionsforen mit dem globalen kompatiblen Patienten zum «Mit-Chatter» und zum «*Health-Infotainer*».

In diesem Informationsdschungel stellen sich dem Arzt anspruchsvolle Aufgaben. Er muss sich der Informationsfülle stellen, vor allem auch dem Internet. Jedes Internetwissen des Patienten sowie auch jede Information durch die Presse, das Fernsehen oder durch Packungsbeilagen zu Medikamenten ist nur sinnvoll, wenn sie als Grundlage für ein eingehendes Beratungsgespräch mit einer Fachperson dient. Dieser Experte ist meistens der Arzt bzw. die Ärztin. Der Weg zum mündigen Patienten kann nur beschritten werden, wenn die unverbindliche, anonyme, distanzierte, sehr oft kommerziell motivierte *Medieninformation* durch eine engagierte, *dialoggewandte Privatkommunikation* ergänzt, nötigenfalls korrigiert wird.

III. Plädoyer für den Einbezug der Geistes- und Sozialwissenschaften in die medizinische Ausbildung

Dem Patienten fehlt meist das Grundwissen, die Relevanz und die Validität, die Information richtig einzuschätzen. Hier muss der Arzt klären, gewichten, korrigieren. Er muss dem Patienten helfen, gewisse Missbräuche moderner Informationspraktiken zu durchschauen: Zum Beispiel die gierige Affinität zum Allerneusten, oft unausgegoren, kommerzielle Privatinteressen z.B. der Industrie, die Gefahren der «Online-Apotheken», die Anpreisung fragwürdiger Lifestyle- und Verjüngungsmassnahmen, die Ausblendung von Therapierisiken, die Hochstilisierung oder gar Neuerfindung von Krankheitsbildern, die unkritische Darstellung medizinischer Allmacht.

Zur Beratung des Patienten ist ein nüchterner, manchmal ein ernüchternder Dialog notwendig – bisweilen mit erzieherischer Komponente. In diesem Gespräch soll naturwissenschaftliches *Verfügungswissen* durch philosophisches *Orientierungswissen* ergänzt – und wo möglich in die richtige, massvolle Bahn gelenkt werden.

Solche Beratung erfordert Zeit, die der heutige Praktiker gemäss Taxpunktwerten messen muss, und die Fähigkeit zuzuhören, erfordert auch das Talent, den Dialog durch Zuspruch, durch klare Weisung und Tröstung der individuellen Eigenart und der psycho-sozialen Situation des Ratsuchenden anzupassen.

Diesen komplexen Aufgaben sind nicht alle Ärzte gewachsen, dies aufgrund ihrer Persönlichkeit, ihrer humanistisch, kommunikativ und sozial ungenügenden Ausbildung sowie des Zeitmangels und administrativer Überforderung. Gerade dieser defizitäre Teilaspekt der heutigen Medizin und vieler ihrer Akteure verpflichtet uns zu Reformen des Medizinstudiums. Das heutige Medizinstudium ist dominant naturwissenschaftlich geprägt. Naturwissenschaften helfen wohl, Krankheiten bis ins Detail zu erklären, jedoch nicht, den kranken Menschen, den heutigen Patienten mit all seinen Bedürfnissen zu verstehen. Ich glaube, es ist sehr wichtig, gerade junge, angehende Medizinerinnen und Mediziner bereits im Medizinstudium zu lehren, bzw. ihnen darzulegen, dass die wesentlichen Entscheidungen für die Ratsuchenden im *Vertrauensverhältnis zwischen dem einen Arzt und dem einen Patienten* stattfinden, in

einer Begegnung unter vier Augen. Deshalb ist die Einführung sozial- und geisteswissenschaftlicher Elemente bzw. humanwissenschaftlicher Methoden ins Medizinstudium mehr als nur ein Desideratum, ja eine unabdingbare *Conditio*.

Es gehört zu den grossen Herausforderungen der modernen Medizin, ihr dominierendes naturwissenschaftlich-technisches/technologisches Paradigma mit einem philosophisch-geisteswissenschaftlich-ästhetischen zu einem harmonischen, komplementären Miteinander zu vereinen. Diese Synthese erreichen wir nur mit Hilfe eines philosophisch-reflexiven Denkens, nämlich dann, «wenn der handelnde Arzt mit seinem Arzt-Sein denkend unter ewigen Normen im Strom des Lebens Philosoph ist» (Jaspers).

Les sciences humaines et les enjeux contemporains de la santé

Understanding «access» to appropriate health care: An anthropological view from international health

Brigit Obrist

In the field of public health, the need for dialogue and collaboration between medicine, the social sciences and the humanities has become increasingly recognized. We have to engage in social learning across epistemological and disciplinary boundaries in order to meet the challenges of the 21st century brought about by mega-trends like globalization and the health transition. While epidemiology, psychology and sociology have long shared a positivist view of science, the humanities and their approaches grounded in phenomenology and critical theory have only recently become acknowledged as valuable contributions to public health in their own right.

The key question is therefore not whether and what medicine should learn from the humanities or vice versa, but how we can join forces in creating a better understanding, come up with better explanations and develop better solutions for urgent problems of our contemporary societies.

One of the best ways to achieve this goal is to identify focal points of joint interest. “Access to appropriate health care” provides such a focal point. From a medical perspective, its relevance lies in the fact that the most sophisticated preventive and curative medicine has little impact if those who need it do not use it in appropriate ways. From the perspective of the humanities, a concern for appropriate access raises fundamental questions about cultural values, norms and goals as well as social relations, institutions and power. A combination of these perspectives will not only lead to a more comprehensive understanding of the tensions that are created in attempting to achieve access according to different standards. It will also help to identify entry points for addressing and mitigating if not solving these tensions.

This paper outlines the added value of an inter- and trans-disciplinary dialogue and collaboration. It highlights meanings of access from the perspectives of health systems research, the

social sciences and the humanities, respectively. The implications of combining these three perspectives are discussed for research, training and services.

Access from a health systems' perspective

In health policy and health service research, the concept of access encompasses entry into and utilization of health care services (Gulliford et al. 2002). Access is a multi-dimensional concept, and various frameworks have been developed to study it. A widely known framework defines access “as a concept representing the degree of ‘fit’ between the clients and the system” (Penchansky and Thomas 1981). This approach identifies a set of specific areas of “fit” or dimensions of access: Availability, affordability, accessibility, accommodation, and acceptability. Health care utilization and patient satisfaction are operational measures for all five dimensions of access.

Over the past decades, this model has been modified. Some researchers have pointed out that facilitating access is concerned with helping people to command appropriate health care resources in order to preserve or improve their health (Gulliford et al. 2002). From this perspective, access has at least three dimensions. A first dimension is whether people “have access” (availability). A second dimension is whether people actually “gain access” and draws attention to barriers to service utilization: Personal barriers (acceptability) may influence every step in gaining access beginning with the recognition of the need for services and are subject to social and cultural influences as well as environmental constraints. Organizational barriers (accommodation) may result from lack of or inefficient use of existing capacity or a failure to design services around the needs of patients. A third dimension is whether the services available are relevant and effective so that the population can gain access to satisfactory health outcomes. High levels of utilization do not result in better health if the services are of poor quality. On this dimension, access could be measured using quality of care indicators.

Access from a social science perspective

Behavioral models of the social sciences look beyond the set of specific areas of “fit” defined by the health systems’ perspective. They are similar in methodology in that they also use a determinants’ model. The best known behavioral model was first presented in the 1960s (Andersen 1995). It suggests that people’s use of health services is a function of 1) their predisposition to use services, 2) factors which enable or impede use, and 3) their need for care.

Predisposing characteristics include demographic factors such as age and sex as proxy indicators for biological imperatives. Other characteristics refer to social structure and determine, for instance, the status of a person or his or her ability to cope with problems and raising resources to deal with problems. Common measures include education, occupation and ethnicity. The third set of predispositions refers to attitudes, values and knowledge people have about health and health services that may influence their perception of need and use of health services.

Enabling factors have to be present on personal, family, community and health system levels for health service use to take place. Health facilities and personnel need to be available where people live and work. People must have the means and know-how to get to those services and make best use of them. Income, source of care, travel and waiting times are some important measures for enabling resources.

Perceived and evaluated needs are a primary determinant of health care use. Any comprehensive effort to model health service use must consider how people view their own state of health, how they experience symptoms of illness, pain and worries and whether they judge their problems to be of sufficient importance and magnitude to seek professional help in a health care facility. Evaluated needs represent professional judgment about people’s health status and their need for medical care.

More recently, behavioral approaches to access also include the health care system (including health policies and the organization of health services), the external environment (physical, political and economic aspects) and personal health practices (diet, exercise and self care) (Andersen 1995).

Conceptualizing access in the humanities

Research on “access” in the humanities differs from the previous approaches in terms of its basic orientation, analytical focus and methodology: It is guided by a lifeworld orientation¹ and concentrates on the health seeking process, that is on the sick person’s experience from the moment when he or she recognizes a symptom to the moment when he or she feels healed or has learnt to live with his or her condition. To study the health seeking process, sociologists developed pathway models describing the process from the perception of symptoms to the use of different care types (Suchmann 1965, Chrisman 1977). Anthropologists later modified and refined these models with a focus on the social construction of meaning in particular illness episodes (Kleinman 1980, Good 1994).

Although many of these studies provide a deeper understanding of why, when and how individual persons as social actors seek access to preventive and curative health services, the concept of access itself has not been elaborated. A closely related and more commonly used term is “patterns of resort” implying that sick people may resort to many sources of help, either in parallel or sequence, during the course of an illness. Indeed, many people resort to sources of help outside the biomedical health system.

Paying closer attention to the range of providers that may make up a local health care system raises a number of difficult questions about values, norms and goals as well as about social relations, institutions and power. Who defines the meanings of “appropriate health care”? Should improvements of access be investigated with reference to the biomedical health system, to people’s lifeworlds or to a “fit” between both? If health systems should be more sensitive to the needs and resources of the people, what aspects of their lifeworlds should be considered? Who has the authority and power to define what is relevant and how access should be regulated? As these questions indicate, the definition and regulation of access to appropriate health care can be fraught with tensions. The potential driving force for improving access lies not in the individual but social actors representing institutions and structures and thus become stakeholders with vested interests. A comprehensive analysis of access thus involves a

critical assessment of policies and institutions governing health care practice.

Conclusions

Understanding and improving access is not an easy task. Access is a complex topic, has many dimensions and can be approached from different perspectives, using different methodologies. Over the past decades, health research based on statistical and positivist evidence has become the gold standard, also in public health and in research on access to health care. At the same time, evidence from qualitative and interpretive approaches has gained increased recognition in its own right. What we need are frameworks that are broad enough to accommodate both methodologies.

Current health systems' perspectives on access often incorporate concerns about people's perceptions and needs under the category "acceptability". Non-uptake of preventive services, delays in patients presenting with serious conditions requiring treatment or "inappropriate" demands on general practitioners are seen as problems of acceptability. However, these processes are also influenced by other predisposing and enabling factors, and may be the result of different standards of relevance. The search for a true fit between the patient and the health care system has to take questions concerning the negotiation of relevance into account.

In recent years, policies have shifted from attempting to change patients' behaviors to acknowledging patients' needs and responding to their demands. In Britain, additional pathways to access have been developed to address patients' concerns about less serious conditions, for instance community pharmacies, telephone advice lines, web pages or walk-in clinics (Gulliford et al. 2002). In low-income countries, creative solutions to improve access can be identified and implemented in collaboration with experts in other fields, for instance by setting up franchised community pharmacies, community health funds or support grants for particularly vulnerable groups.

In order to sensitize medical students and health practitioners to patients' needs and concerns and to strengthen their expertise in responding to these demands, training in the theory

and practice of qualitative health research should be included in the curricula of medical schools and continuous education programs. Such training should stimulate critical reflection on key topics like access, not only to create a better understanding but also to improve skills in communication and negotiation of standards defining relevance and appropriate care.

Bibliography

- Andersen, Ronald M. (1995), "Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?" In: *Journal of Health and Social Behavior* 36.1:1-10.
- Chrisman, Noel J. (1977), "The health seeking process: An approach to the natural history of illness," in: *Culture, Medicine and Psychiatry* 1: 351-377.
- Good, Byron J. (1994), *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Gulliford, Martin; Figueroa-Munoz, Jose; Morgan, Myfanwy; Hughes, David; Gibson, Barry; Beech, Roger; and Hudson, Meryl (2002), "What does 'access to health care' mean?" In: *Journal of Health Service Research and Policy* 7.3:186-188.
- Habermas, Jürgen (1981), *Theorie des kommunikativen Handelns*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Husserl, Edmund (1936), „Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie“, *Philosophia* 1:77-176.
- Kleinman, Arthur. (1980), *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*, Berkeley: University of California Press.
- Penchansky, Roy and Thomas, William (1981), "The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction", in *Medical Care* 19.2:127-140.
- Schütz, Alfred (1932), *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie*, Wien: Springer.
- Suchmann, E. A. (1965) "Stages in health seeking behavior and medical care", in: *Journal of Human Health Behavior* 6:114-122.

Note

- 1 Following Edmund Husserl (1936), and Alfred Schütz (1932) and Jürgen Habermas (1981) this theoretical stance assumes that human beings construct their lifeworld in interactions with others under particular material and non-material living conditions. The aim of the researcher is to achieve the best possible reconstruction of the lifeworld from the point of view of the persons under study.

Perspectives et mise en oeuvre

Les sciences humaines au cœur de la relation clinique et thérapeutique

Lazare Benaroyo

Le corps humain, écrit Maurice Merleau-Ponty, est un entrelacs de nature et d'existence¹. Dans l'état de bien-être, il est vécu comme allant de soi, comme une évidence. Lorsque l'entrelacs se délie, l'existence ne va plus de soi, l'état de mal-être est ressenti, et la quête médicale commence.

Comment la médecine va-t-elle répondre à cette demande? Elle va d'une part adopter une attitude scientifique, pour expliquer la cause du dysfonctionnement du corps, «chose parmi les choses», et maîtriser le cours de la maladie; elle va d'autre part adopter une attitude personnelle pour comprendre la signification de la brisure de l'être-au-monde qui a rompu l'harmonie de l'existence jusqu'alors insouciant de la personne malade.²

Cependant, adopter de front ces deux approches ne va pas de soi, dans la mesure où elles font appel à des formes de connaissances et à des méthodes différentes.³ En cherchant à concilier l'universel et le particulier, l'objectif et le subjectif, l'infini et le fini,⁴ le médecin est ainsi quotidiennement confronté à des paradoxes difficiles à surmonter, ceci d'autant plus que sa formation médicale ne l'y a pas préparé.⁵

Face à ce constat, de nombreuses écoles de médecine ont introduit depuis une vingtaine d'années un enseignement de sciences humaines dans leur curriculum en vue de sensibiliser l'étudiant à l'idée que la prise en charge d'un malade suppose l'intégration des diverses formes d'interprétation de l'expérience humaine de la maladie – incluant l'interprétation de l'approche biomédicale elle-même. Cet enseignement se propose de réaliser cet objectif par le biais d'une sensibilisation aux sciences humaines et sociales, telles par exemple l'histoire, la littérature, la psychologie, la philosophie, l'éthique, l'anthropologie, la sociologie, la théologie et le droit.⁶

La méthode pédagogique proposée privilégie l'intégration interdisciplinaire de ces diverses matières dans l'enseignement de la médecine. Cette tâche ambitieuse a été jalonnée de mul-

tiples difficultés qui suscitent encore de nombreux débats au sein des écoles de médecine.⁷ Comment en effet définir quelles branches des sciences humaines et sociales sont à même de relever ce défi et à quelles méthodes chacune d'entre elles devraient faire appel pour sensibiliser l'étudiant à l'apprentissage de l'art intégré de l'interprétation dans la pratique du soin? Comment faire face aux diverses ambiguïtés qui jalonnent ce parcours?

Dans cet article, nous souhaitons contribuer à ce débat en défendant la thèse suivante: pour prendre pleinement corps, l'intégration des sciences humaines en médecine devrait s'enraciner dans une réflexion qui cherche à redéfinir le sens de la relation clinique et thérapeutique. Cette réflexion devrait porter sur la relation clinique comme lieu où le sens de l'acte médical est donné où science et conscience sont entrelacées dans la visée thérapeutique. A la fois attention au corps vécu et au corps objectivé, la clinique, espace d'incarnation des sciences humaines, devrait être repensée comme le lieu où s'expriment dans le même mouvement la sollicitude pour autrui et la bienfaisance médicale, le sens et la technique, la compréhension et l'explication. C'est précisément en ce lieu que les diverses approches des sciences humaines devraient s'incarner pour enrichir une conception de la clinique et de la thérapeutique qui transcende le registre purement technique.⁸

Qu'est-ce que la clinique? Telle est donc la réflexion préalable qu'il nous semble important de mener pour poser les premiers jalons de notre parcours.

La clinique comme sagesse pratique

L'activité clinique est généralement comprise, en son sens étymologique, comme l'ensemble des pratiques diagnostique, thérapeutique et pronostique accomplies par le médecin ou l'équipe médicale au chevet du patient. S'appuyant depuis le 18^e siècle sur le modèle épistémologique des sciences naturelles et expérimentales, le diagnostic et la thérapeutique modernes consistent, comme l'a remarquablement bien relevé Michel Foucault⁹, en l'application de connaissances théoriques, notamment physiopathologiques et épidémiologiques, à une réalité morbide définie par des symptômes inscrits dans

le corps et accessibles à la vue, au toucher, à l'audition et à la parole, une accessibilité que les moyens techniques prolongent aujourd'hui à l'infini. S'il est vrai que la pratique médicale contemporaine comporte une part de plus en plus importante d'application technique, qui en garantit l'efficacité, elle ne saurait toutefois se réduire à cela. Comme de nombreux travaux de philosophie de la médecine l'ont mis en évidence tout au long du 20^e siècle¹⁰, la pratique ne peut en effet être considérée comme la simple application des éléments cognitifs de sciences théoriques: elle se différencie du savoir scientifique par le fait qu'elle implique toujours une prise de décision responsable qui opère un choix entre des possibilités de réalisation de divers biens intrinsèquement reconnus comme tels par ses acteurs. De ce point de vue, la pratique médicale peut être conçue comme un champ autonome de l'action humaine comportant sa propre logique, sa propre finalité, ses méthodes, ses règles et son langage: si la finalité de la science médicale est d'établir la vérité scientifique, la finalité de la pratique de la médecine est, dans son orientation thérapeutique, de restaurer la santé d'un individu singulier souffrant dans son corps et dans son être-au-monde.¹¹

Face à la singularité propre à toute prise en charge médicale, le médecin ne peut donc réduire l'individu malade à une simple entité nosologique; il se doit d'explorer les multiples contingences qui caractérisent la situation de détresse de la personne souffrante qui l'interpelle, pour aboutir à un jugement circonstancié, adapté à sa singularité¹².

La visée humaniste de la relation de soin peut ainsi être conçue comme un souci de trouver la voie qui aide un individu malade à accéder à un nouvel état d'équilibre où il devrait pouvoir retrouver toutes ses potentialités. L'activité clinique est en somme une activité de «repossibilisation»: elle ne se contente donc pas de prévoir pour le patient un retour à la norme physiologique, mais se concentre également sur les capacités de guérison du malade.

Si, comme nous venons de l'affirmer, la tâche du médecin consiste bien à «repossibiliser» l'existence de son patient, nous comprenons aussitôt que la mise en œuvre du jugement médical circonstancié ne peut être mise au compte des seules interventions diagnostique et thérapeutique. Ce souci du patient singulier ne peut manquer de rendre le clinicien attentif à la manière dont la maladie affecte l'identité du malade qu'il prend en charge.

Du point de vue de ce dernier, la maladie est un évènement qui s'inscrit dans son histoire dont elle perturbe la continuité: la maladie est une crise qui en faisant courir un danger à l'équilibre psychophysique, somme le malade, dans les affections graves tout au moins, de transformer son cadre de vie et s'adapter à sa nouvelle condition. Etre malade est, au-delà de sa détermination physiopathologique, un mode temporel d'existence de l'être humain. La souffrance situe l'individu dans une sorte d'interminable présent ancré dans un passé qui ne s'ouvre pas sur des horizons futurs. Dans ce contexte, la souffrance est presque toujours une crise du sens. Tout ce dans quoi le patient avait investi peut être soudainement menacé de perte ou de désintégration¹³.

A l'aune de cette phénoménologie de l'expérience morbide, l'activité clinique se mue alors en une sollicitude orientée vers un travail d'interprétation – une herméneutique – des signes et symptômes, porteur d'une reconstruction du sens, de telle sorte que la question de savoir ce que le patient peut devenir ou s'il existe encore pour lui des futurs possibles fait partie intégrante du travail de guérison. L'anamnèse peut être ici d'un grand secours: elle permet de poursuivre la tâche reconstructive.

Puisque chaque malade présente un profil particulier qui peut être appréhendé dans le cadre d'une démarche herméneutique, il ne saurait être question de lui appliquer des décisions normées de façon arbitraire et générale. Mais il s'agit de délibérer en tenant compte des circonstances contingentes pour se décider à choisir le meilleur bien possible pour chaque individu singulier. L'élection de ce bien repose sur la faculté du médecin de délibérer et d'opérer des *choix* qui orientent ses actions sur les voies du soulagement de la souffrance et du rétablissement du malade.

Cette activité délibérative nous semble pouvoir être assignée aujourd'hui à la sagesse pratique, également dénommée dans la filiation de la tradition philosophique aristotélicienne, *phronesis*, c'est-à-dire l'aptitude du soignant à trouver la «norme idoine» dans une situation singulière. A l'image du *phronimos*, l'homme sage et prudent, en l'occurrence le clinicien, sait que «la solution n'est pas prescrite, mais qu'elle est risquée, inconfortable, singulière, difficile». Le clinicien doit «en quelque sorte inventer ce qu'il faut faire, ce qui s'imposera comme un devoir singulier, résultat d'un débat, parfois difficile

et toujours risqué, dont les éléments n'apparaissent pas dans une clarté qu'assurerait la maîtrise rationnelle de la situation; c'est dans l'inconfort qui résulte de l'écart existant entre le respect de la norme et le respect dû aux personnes, que la décision est à prendre»¹⁴.

L'exercice de cette vertu repose sur les conditions suivantes¹⁵, qui posent les jalons du jugement de prudence:

- 1) la délibération (*euboulia*), qui fixe les objectifs concrets à atteindre;
- 2) la circonspection, qui «considère les alternatives, les modes de réalisation, les conséquences possibles, et reconnaît les circonstances favorables (*kairos*)»;
- 3) l'intelligence clairvoyante (*sunesis*) «qui, dans la communication, se forme un jugement sur ce qui est moralement juste»;
- 4) le "coup d'oeil" (*deinotes*), «qui saisit les occasions et utilise les circonstances qui accompagnent la poursuite d'un but»

En contexte clinique, cette démarche délibérative comporte trois moments:

- 1) l'exploration des contingences (exploration de la complexité de la situation)
- 2) l'élection du meilleur possible (l'élaboration d'un jugement éthique)
- 3) l'exécution d'une action en vue du bien concret (l'acte singularisé)

Dans la médecine clinique moderne, la délibération fait habituellement face aux inévitables conflits qui surgissent dans une situation de soins complexe, où plusieurs intervenants sont nécessairement impliqués, et où règnent d'habitude des incertitudes portant sur 1) la nature du mal-être du patient, 2) la nature ambivalente du corps, 3) la nature ambivalente des concepts de santé, de maladie et de souffrance.

Les sources de conflits sont multiples: 1) la diversité des visées concrètes de la vie bonne du patient et des différents intervenants de la situation de soin, de même que la multipli-

cité de ces visions chez le patient lors des diverses périodes de sa vie; 2) la diversité des normes et des règles sociales et institutionnelles; 3) la variété des éthiques au sein des multiples communautés auxquelles peuvent appartenir le patient et les soignants.

Pour pouvoir emprunter les chemins de la prudence tels que nous les avons balisés, la sagesse pratique médicale moderne doit déployer, face à ces diverses sources de conflit, son potentiel délibératif en explorant dans le cadre d'une démarche interdisciplinaire les diverses sphères de l'agir humain – la sphère interpersonnelle, la sphère professionnelle, les sphères institutionnelle et sociale – avant de pouvoir procéder à l'élection du meilleur possible avec circonspection et clairvoyance. Parcourant ces trois sphères, la prudence médicale moderne se déploie selon les quatre moments suivants¹⁶:

- 1) Le moment de l'éveil éthique à la souffrance où le patient est perçu comme une présence (et non une catégorie, une représentation ou un personnage)
- 2) Le moment de la médiation sociale, le pacte de soin basé sur la confiance qui vise à surmonter la dissymétrie initiale de la rencontre entre le malade et son médecin
- 3) Le moment de la mise en œuvre des moyens techniques appropriés
- 4) Le moment de la restauration personnalisée de l'autonomie du patient, où l'affection de son pouvoir-être est rétablie selon des modalités éthiques mises au point en commun dans le cadre du pacte de soin basé sur la confiance

C'est à l'occasion de ce déploiement, que la science et le sens du soin s'entrelacent pour donner vie à un projet de soin prenant son ancrage au cœur d'une relation de confiance. Dès lors, l'écoute attentive par le soignant – ou l'ensemble d'une équipe de soins – de la narration du malade (c'est-à-dire de la manière dont celui-ci se constitue comme sujet de sa propre histoire) accompagnée d'une écoute du langage du corps (lors de gestes techniques par exemple), sont autant d'éléments per-

mettant de percevoir comment l'identité du patient est affectée par la maladie.

Face à cette perception de la souffrance, la tâche de la sage-praticienne consiste à se frayer la voie vers une écoute attentive du récit du patient en vue d'explorer, sur fonds de confiance et d'humanité, les contenus existentiels de ses expériences, et plus particulièrement la structure temporelle et existentielle de la mise en intrigue de sa souffrance. Cela permettra au soignant de situer la souffrance dans la continuité de la trame historique passée et par là même en opérant la généalogie. Sur cette base, la sage-praticienne pourra évaluer de quelle manière articuler les dimensions expérientielles de la souffrance avec les données diagnostiques et thérapeutiques issues de l'analyse biomédicale, en vue de structurer ce projet de soin dans un registre narratif qui permette au patient de rétablir un flux temporel orienté vers le futur – facilitant ainsi une reprise de confiance que celui-ci pourrait avoir en lui-même, dans la vie et dans le monde du soin qui l'entoure.

Conclusion et perspectives

Dans la mesure où la clinique est conçue comme un art de la «repossibilisation», il apparaît que la démarche délibérative qui le nourrit fait appel à des aptitudes interprétatives, réflexives et critiques qui se déploient au cœur de la relation de soin. C'est en ce lieu que l'art intégré de l'interprétation – qui transcende par le biais d'une démarche herméneutique l'apparente tension entre science et humanisme – s'incarne pour donner sens à un projet de soin singulier.

Il nous semble dès lors essentiel d'enraciner l'intégration de l'enseignement des sciences humaines en médecine, dès les premières années d'études, dans la relation clinique et thérapeutique, conçue au sens large comme relation de soin. C'est par ce biais que nous semblons pouvoir être réalisés les objectifs pédagogiques suivants, actuellement considérés comme prioritaires¹⁷:

- 1) aider l'étudiant à percevoir et à appréhender les diverses dimensions de la souffrance et de la maladie, tant chez le patient que chez son entourage,

- 2) sensibiliser le futur médecin aux dimensions historique et culturelle de la santé, de la maladie et du soin,
- 3) permettre à l'étudiant de réfléchir sur le sens et les limites de sa pratique,
- 4) développer chez le futur médecin les compétences communicationnelles, incluant les dimensions éthiques qui y sont associées,
- 5) sensibiliser l'étudiant à la perception de ses propres valeurs et à la manière dont il les met en oeuvre dans l'acte de soin.

Le défi que doit relever un enseignement intégré de sciences humaines en médecine nous semble dès lors être celui d'aborder de front, à l'occasion de situations et de relations cliniques concrètes, les paradoxes inhérents à la pratique de la médecine, ceci dans le cadre d'un enseignement interdisciplinaire qui sensibilise l'étudiant aux divers registres interprétatifs du soin. C'est en affrontant patiemment ce défi que l'enseignement intégré des sciences humaines en médecine nous semble pouvoir se déployer à sa juste mesure.

Notes

- 1 Merleau-Ponty, M. (1964) *Le visible et l'invisible*, Paris: Gallimard, pp. 178-182.
- 2 Toombs, KS. (1992) *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*, Dordrecht: Kluwer Academic Press; voir également Toulmin, S. (1993) «Knowledge and Art in the Practice of Medicine: Clinical Judgment and Historical Reconstruction», in: Delkeskamp-Hayes C., Gardell-Cutter MA. (eds), *Science, Technology, and the Art of Medicine. European-American Dialogues*, Dordrecht: Kluwer Academic Press, pp. 231-249.
- 3 Schwartz, MA. and Wiggins, O. (1988) «Scientific and Humanistic Medicine: A Theory of Clinical Methods», in: White KL (ed.), *The Task of Medicine. Dialogue at Wickenburg*, California: The Henry J. Kaiser Foundation, Melon Park, pp. 137-171.
- 4 Baron, RJ. (1985) «An introduction to Medical Phenomenology: I Can't Hear You While I'm Listening», in: *Annals of Internal Medicine*, 103, pp. 606-611.
- 5 General Medical Council Education Committee (1993), *Tomorrow's Doctors. Recommendations on undergraduate education*. London:General Medical Council.
- 6 Evans, M. (2002) «Reflections on the humanities in medical education», in: *Medical Education* 36, pp. 508-513.
- 7 Voir par exemple le numéro thématique de la revue *Academic Medicine* 78 Nr. 10, octobre 2003, dont le titre est le suivant: «The Humanities and Medicine: Report of 41 U.S., Canadian, and International Programs» édité par Lisa R. Dittrich et Anne L. Farmakidis. Voir également: Evans, M. (2002) «Reflections on the huma-

- nities in medical education», in: *Medical Education* 36, pp. 508-513.
- 8 Schwartz, MA. and Wiggins, O. (1985) «Science, Humanism, and the Nature of Medical Practice: A Phenomenological View», in: *Perspectives in Biology and Medicine* 28, pp.331-361.
 - 9 Foucault, M. (1963) *Naissance de la clinique*, Paris: Presses Universitaires de France.
 - 10 Voir par exemple Gadamer, HG. (1990) «What is Practice? the Conditions of Social Reason», in: *Reason in the Age of Science*, Cambridge, Mass.: The MIT Press, pp. 69-87.
 - 11 Ten Have, H. and Spicker, SF (1990) «Introduction.» in: *The Growth of Medical Knowledge*. Ten Have H., Kimsma GK., Spicker SF., (eds) Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, pp. 1-11.
 - 12 Benaroyo, L. (2006) *Ethique et responsabilité en médecine*, Genève: Médecine et Hygiène.
 - 13 *Op.cit.*, pp. 60-83.
 - 14 *Op.cit.*, pp. 85-96.
 - 15 Froschner, M. (1993) «Prudence», in : Höffe O., (éd), *Petit dictionnaire d'éthique*, Paris: Cerf, pp. 270-272.
 - 16 Benaroyo, L. (2006) *Ethique et responsabilité en médecine*, Genève: Médecine et Hygiène, pp. 96-98.
 - 17 Evans, M. (2002) «Reflections on the humanities in medical education», in: *Medical Education* 36: p. 511; voir également Kirklin, D. (2003) «The Center for Medical Humanities, Royal Free and University College Medical School», London, England, in: *Academic Medicine* 78, p. 1050.

Les sciences humaines et les enjeux contemporains de la santé

Raymond Massé

Les approches classiques en anthropologie de la santé: contribuer à l'amélioration des interventions sanitaires, curatives et préventives

Les contributions des sciences humaines et sociales à la médecine ont fait l'objet de plusieurs publications au cours des dernières décennies. Premièrement, un certain consensus se dégage, du côté des sciences humaines: il s'agit pour elles de documenter les savoirs populaires et les représentations collectives de la maladie, des soins et des soignants. En fait, l'anthropologie médicale a toujours été préoccupée par les grands questionnements de l'anthropologie sociale et culturelle: quel est le travail de la culture sur les expériences humaines; de quelles façons les cultures se représentent-elles le monde naturel et ses interfaces avec le surnaturel; quelle est la source de la diversité des représentations du monde, des valeurs, des savoirs et des pratiques sociales? La maladie n'a jamais constitué un univers fermé, indépendant des autres champs de la culture. Toutefois, la maladie est un événement clef qui met en œuvre tout le potentiel de création de sens et d'interprétation symbolique dont est capable une culture donnée. Deuxièmement, l'anthropologie de la santé travaille à l'amélioration des interventions sanitaires en s'intéressant aux expériences de vie et à la subjectivité des individus. Elle cherche à donner une voix aux malades pour faire en sorte que, d'objets visés par les interventions professionnelles et techniques, les malades soient désormais abordés comme des sujets de l'action dont les attitudes et les comportements envers les soins, les technologies, les médicaments ou les politiques de santé sont influencés par les valeurs propres à leur culture. Dans cette foulée, une attention est accordée aux médecines traditionnelles et aux itinéraires de soins complexes suivis par les malades.

La production de concepts opératoires et de modèles théoriques dans les années 1970 et 1980 a consacré l'anthropologie

de la santé comme véritable sous-discipline de l'anthropologie et lui a donné une crédibilité grandissante auprès des responsables des programmes sanitaires internationaux. Les études fondées sur des concepts tels ceux d'idiomes de détresse, de modèles populaires explicatifs de la maladie, de réseaux sémantiques de la maladie, d'itinéraires de recherche d'aide, de cheminement thérapeutique, de pluralisme médical, de groupe de gestion de la thérapie, et plus récemment de souffrance sociale et de violence structurelle ont démontré la pertinence de ce champ de recherche pour la compréhension du travail opéré par la culture sur l'une des dimensions fondamentales du vécu humain.

Plusieurs travaux ont cherché à faire un bilan des contributions de cette anthropologie interprétativiste ou constructiviste dédiée à la construction socioculturelle de la maladie et des soins. Les contributions constructives de l'anthropologie à l'épidémiologie par exemple (Massé, 1995), ont encore été mises en évidence récemment dans le très bel ouvrage de James A. Trostle (2005) consacré à «Epidemiology and Culture». Un ouvrage publié aux Presses de l'Université Laval (Saillant et Genest, 2006) il y a quelques mois et consacré aux recherches en anthropologie médicale contemporaine dans divers pays du monde (dont un texte de Ilario Rossi sur la Suisse), montre que ces préoccupations pour les rapports culture et santé sont toujours bien vivantes, et ce à travers divers objets de recherche. Le sous-titre de cet ouvrage indique toutefois très bien la polarisation des approches entre les «ancrages locaux et les défis globaux». Bref, cette anthropologie médicale que je qualifierais de «constructive», et dédiée à la fois à l'analyse ethnographique descriptive des savoirs et des pratiques, et au soutien aux interventions curatives et préventives sur le terrain, dans les pays du Sud et du Nord, est toujours vivante, créative et surtout pertinente.

Ce type d'anthropologie classique est toutefois remis en question par plusieurs des ténors de l'anthropologie médicale contemporaine tant en France qu'au Canada et aux États-Unis. Les reproches qu'on lui adresse sont de se désengager de la critique politique des impacts des rapports sociaux inégalitaires (de genre, de classe, Nord-Sud, ethnique, etc.) et des rapports de pouvoir; de se cantonner dans une vision culturaliste des rapports à la santé en mettant de côté les dimensions économiques et politiques; d'isoler les savoirs et les pratiques reliés à la santé

et à la maladie des autres dimensions de la vie sociale. L'un des principaux enjeux contemporains pour l'anthropologie de la santé sera, je crois, de réconcilier ces deux approches, classique et critique. Ma position personnelle est que, si l'anthropologie souhaite conserver sa spécificité aux côtés de la sociologie de la santé, de l'économique politique de la santé, de la philosophie de la santé, de la géographie de la santé, elle doit miser sur ses habilités à concilier analyse microsociale et macrosociale et analyse des déterminants culturels et politiques et économiques de la santé. Toutefois, les enjeux contemporains sont aussi liés à de nouveaux objets de recherche. Je m'attarderai ici à trois de ces nouveaux domaines soit ceux des nouvelles technologies biomédicales; de la génétique et génomique; de l'analyse critique des politiques de santé.

Les enjeux des nouvelles biotechnologies

Depuis les années 1970 tout particulièrement, une foule de nouvelles technologies médicales ont transformé l'expérience de la naissance, de la maladie et de la mort. Ces technologies ont créé de nouvelles images du corps et ont modifié la façon dont nous pensons l'identité humaine et les limites de la vie. L'anthropologie médicale a fait de la ramification des dimensions culturelles de ces biotechnologies un nouveau champ de recherche exploré par plusieurs ouvrages dont celui de Paul Brodwin «Biotechnologies and Culture; Bodies, anxieties and ethics» (2000). Des exemples de champs d'application de telles technologies sont ceux des mères porteuses, des transplantations d'organes, des dépistages génétiques, des images digitalisées de l'intérieur du corps, de la culture de tissus humains, de l'amniocentèse. Ces technologies ont alimenté plusieurs fantasmes (sur l'allongement de la vie par exemple) et ont générés de multiples enjeux politiques, ne serait-ce qu'en termes de pressions sur les budgets de santé nationaux. Elles font l'objet de représentations socioculturelles, incarnant de multiples anxiétés et motivant de multiples actions politiques mettant face à face divers groupes d'intérêt (selon le genre, l'âge, les classes sociales). Pour l'anthropologie, ces biotechnologies ne réfèrent pas seulement aux équipements matériels et aux techniques impliquées; ce qui est d'intérêt ce sont les conditions et

les environnements dans lesquelles elles sont pratiqués, les ritualisations de leur application, les représentations sociales que s'en font les consommateurs et les jugements qu'ils portent sur elles.

Comme le propose Brodwin, (2000:3), l'anthropologie médicale doit aller au-delà des simples dénonciations abstraites, spéculatives et décontextualisées des «impacts» de ces nouvelles technologies pour mettre en œuvre un «empirisme anthropologique critique». Il faut voir de près de quelles façons les professionnels de la santé et les malades vivent avec ces technologies dans le quotidien, quels sont les impacts sur leurs pratiques, leurs attentes, leurs images de soi en tant qu'individu ou en tant que professionnels. Les recherches sur les mères porteuses par exemple, donnent lieu à de nouveaux sites d'observations (les cliniques de fertilité) et transforment le sens de certains autres (ex: les *baby showers*). La maternité devient-elle un projet public ou demeure-t-elle un projet privé? Quel est le nouveau statut du foetus: enfant ou commodité? Qu'en est-il de la maternité naturelle?

Ces biotechnologies, rappelle Brodwin, deviennent des instruments du processus de médicalisation de la souffrance, confirment le pouvoir du savoir expert, renforcent le processus d'individualisation (et de dépolitisation) des problèmes de santé. Toutefois, il n'en faut pas moins éviter le piège de la polarisation entre la technophilie et la technophobie. La technophobie tend à voir dans les biotechnologies de simples instruments de renforcement de l'aliénation des malades, de domination du biopouvoir, et de destruction du sujet humain (Brodwin, 2000:5). La technophilie alimente un discours presque jovialiste faisant miroiter des quasi miracles pour les malades. En fait, ces biotechnologies alimentent de multiples projets idéologiques très opposés. Dans le débat sur les motivations des femmes pour recourir ou non à l'amniocentèse, Rayna Rapp a observé la convergence à la fois: a) d'un discours machiste des hommes sur le droit des femmes à y avoir recours sans leur consentement; b) d'un discours critique des noirs américains sur le pouvoir de la biomédecine (à laquelle ils ne s'associent que très peu); c) d'un discours des religieux fondamentalistes américains contre l'avortement.

Dans le cas des tests génétiques prédictifs cherchant les marqueurs génétiques, tels ceux pour la Chorea de Huntington, ces dépistages risquent de marginaliser ceux qui seront

dépistés positifs, mais ils peuvent aussi produire de nouvelles formes d'identité personnelles et collectives. Une analyse du point de vue de l'intérieur de la «communauté» américaine des personnes atteintes de cette maladie et de leur famille faite par Alice Wexler (2000) illustre l'importance d'une anthropologie qui donne la parole aux malades et qui sache décoder les constructions socioculturelles qui en sont faites. Dans le cas de cette maladie, le test génétique est un test diagnostique et non un test prédictif, différence majeure qui n'est pas toujours faite dans les recherches, note Wexler (2000:198), mais qui influence profondément les représentations populaires des tests et de la maladie elle-même. Wexler montre que «En dépit de la menace eugénique et l'absence de traitements efficaces, plusieurs personnes à risque souhaitent tout de même être testées pour «échapper à l'incertitude». Soit entre 10 à 15% des gens concernés auraient, à la fin des années 1990, accepté de passer le test disponible depuis 1986. L'argument invoqué est celui de la lutte contre l'incertitude; incertitude, bien sûr, d'être atteint soi-même, mais aussi incertitude face à la possibilité de transmettre ou d'avoir déjà transmis la maladie. Dans les groupes d'entraide de malades, un nombre croissant de participants sont des individus qui furent testés positifs. Qu'est-ce qui se cache derrière ce souhait? Les pressions culturelles sont importantes en faveur du test; les conseillers génétiques considèrent les refus comme une sorte de déni et ils construisent le besoin de savoir comme une pulsion psychologique fondamentale. Les compagnies privées qui vendent ces tests, basent leur publicité sur le fait que «passer le test apporte des bénéfices psychologiques importants : cela rend les gens moins dépressifs, moins anxieux et plus riches d'espoir, que les résultats soient positifs ou négatifs» rapporte Wexler (2000:199). Un résultat positif au test confère, selon elle, au dépisté une transparence, comme si les autres pouvaient voir à l'intérieur du corps, jusqu'au gène lui-même. Les membres de ces groupes d'entraide acquièrent une nouvelle identité; ce sont ceux qui ont dit oui; ceux qui ont joué le jeu de la transparence, ceux qui se sont confrontés au risque de se savoir testés positifs. «Ils deviennent visible d'une façon différente des autres» (Wexler, 2000:198). Les autres les surveillent pour détecter l'apparition des premiers symptômes de la maladie (mouvements incontrôlés, problèmes cognitifs, changements de personnalité, émotions incontrôlées).

De plus, les gens lient la décision d'accepter le test aux traits moraux valorisés dans la société américaine: le courage, la recherche de la vérité, et (ironiquement) la pulsion pour contrôler le futur. Alors que refuser le test est associé, dans le discours des entreprises et des conseillers génétiques, à un déni, à un refus de voir la vérité, à la lâcheté et au choix de préférer l'ignorance. Une brochure soutient que sans le test de dépistage, les gens à risque sont confinés à une liste d'attente, condamnés à attendre et à anticiper les symptômes précurseurs, symptômes qui risquent de ne jamais venir. Les termes de l'identité ainsi circulent de plus en plus autour du statut génétique et de puissantes représentations culturelles infiltrent la façon dont les gens évaluent les enjeux des tests prédictifs» (Brodwin, 2000:16). Le problème est qu'après le test, une certaine dose d'incertitude demeure, la grande question étant: à quel âge la maladie se déclarera-t-elle? Quels seront les premiers symptômes? Comment réagiront ceux de mon entourage? Bref, on passerait selon les personnes qui ont déjà fait l'expérience du dépistage, d'une incertitude (celle d'avoir la maladie) à une autre (celle de savoir où, quand, comment elle se déclarera). Bref, les résultats apportent un «savoir toxique». (Wexler, 2000:204).

Tout comme dans le cas des tests de dépistage prénataux étudiés par une épidémiologue et biostatisticienne canadienne, Abby Lipman, les discours sur la paix de l'esprit et la quiétude associés aux tests ne posent pas la question de la façon dont est construit ce besoin d'être rassuré; quels sont les groupes d'intérêt en présence? Qui construit ce besoin de savoir, et cette culpabilisation de ne pas vouloir savoir? Il s'agit d'un besoin d'échapper à un besoin créé par des institutions biomédicales et selon des valeurs culturelles dominantes. Pourquoi l'incertitude serait-elle intolérable, injustifiable? Ici, c'est tout l'appareillage conceptuel et théorique développé par l'anthropologie médicale classique qui est convié et mis au défi par cette nouvelle biotechnologie.

Les contributions de l'anthropologie dans le débat sur les enjeux liés au dépistage génétique sont fondamentales. Une première réfère au fait que, en tant qu'acteurs directement impliqués dans les interventions, les populations ciblées ont acquis une expérience de terrain de première main les habilitant à analyser finement, avec sensibilité, les tenants et aboutissants

des interventions, les bénéfices directs ou non anticipés, les conséquences, les conditions qui peuvent expliquer les succès ou les échecs de telle intervention. Ils deviennent en quelque sorte des «experts terrains». Un exemple en est donné par Ellen Hiller et coll., dans le cadre d'une étude portant sur la consultation populaire dans les programmes de dépistage génétiques périnataux aux Etats-Unis. Cette étude montre que, une fois informés par les experts sur les bénéfices et l'efficacité relative d'une série de tests de dépistage génétique, le public en général, et les familles d'enfants affectés en particulier, ont une connaissance intime et unique de leurs besoins. Ce savoir pratique peut aider à identifier les failles dans le suivi des individus à risque et représente un complément pertinent aux savoirs techniques des experts qui se questionnent sur l'acceptabilité éthique de tels tests. D'ailleurs, la santé publique s'est progressivement ouverte à l'application de méthodologies qualitatives plus sensibles au discours des bénéficiaires et mettant à contribution les observations et les jugements des citoyens participants.

Anthropologie médicale critique de la génétique

Ces exemples liés aux applications des biotechnologies montrent de quelles façons une anthropologie sensible au vécu et aux représentations socioculturelle de la médecine génétique est centrale en anthropologie médicale. Une approche interprétativiste critique est fondamentale pour l'anthropologie. Mais il y a aussi place pour une critique macrosociétale, pour une économie politique de la génétique. Les preuves demeurent flagrantes: pour les milliards de pauvres qui peuplent la planète actuellement, la pauvreté demeure la principale cause de mortalité et de morbidité évitables. Tant éthiciens qu'anthropologues doivent rappeler les bénéfices immenses et immédiats que peuvent apporter la vaccination et la mise en place de mesure préventives simples et très peu coûteuses.

Gilles Bibeau, dans un livre percutant intitulé «Le Québec transgénique; Science, marché, humanité» (2004) fait une analyse décapante des promesses, relayées par les médias de masse, que laisse miroiter la recherche en génomique et en protéogénomique. Il montre de quelles façons se construit un véritable marché des illusions, qui sert finalement à justifier des

investissements de plusieurs centaines de millions de dollars (en fonds publics, sans compter les fonds privés), seulement au Canada, dans des techniques de pointe. Pourtant, ces biotechnologies détournent l'attention du ministère de la santé des déterminants socioéconomiques de la santé pourtant eux déjà bien connus. Bibeau dénonce le manque de transparence des États canadiens et québécois quant à l'importance des investissements publics dans ce domaine que dans les compagnies de biotechnologie. Qu'en est-il du supposé recul de l'État dans le financement des entreprises? Qu'en est-il des politiques de soutien des multinationales du médicament à travers les politiques sur les brevets? Bibeau milite en faveur du développement d'une véritable éthique critique qui s'opposerait à la «mainmise des firmes privées sur les tissus, cellules et gènes réduits à n'être que des produits négociables sur le marché». La recherche en génomique soulève donc divers enjeux dont ceux liés à la dénonciation de l'emprise de l'entreprise privée sur la recherche universitaire limitant la liberté de recherche et biaisant les possibilités de publication allant à l'encontre des grands intérêts privés dans les dossiers du stockage et de la commercialisation des produits corporels ou du marché du dépistage génétique.

Enjeux éthiques et politiques de la santé publique

J'ai montré (2003) de quelles façons l'anthropologie de la santé était interpellée par les enjeux éthiques liés aux interventions de prévention et de promotion de la santé dans les sociétés occidentales. Les programmes de vaccination obligatoire des enfants, le respect de la confidentialité des informations personnelles dans le cas du sida, de l'hépatite C et autres maladies graves, les usages abusifs du principe de précaution pour justifier des interventions qui empiètent sur les droits individuels, les messages culpabilisants sur les comportements à risque et les messages moralisateurs sur la promotion de saines habitudes de vie, ne constituent que quelques exemples d'une santé publique de plus en plus invasive. En particulier se pose la question de l'identification des principes éthiques ou des valeurs phares qui devront être retenues pour juger de l'acceptabilité de telle ou telle intervention réglementaire. J'ai proposé que

ces valeurs phares ne soient pas simplement celles qui sont définies par les philosophes et les éthiciens dans des manuels de bioéthique mais qu'une éthique de la santé publique puisse reposer sur une «moralité séculière» partagée par la population d'une société donnée. En ce sens, la participation citoyenne est incontournable (Massé, 2005). Toutefois, les questions qui interpellent les anthropologues sont alors: comment identifier et hiérarchiser ces valeurs phares supposément partagées par les membres d'une socioculture donnée? Ne risque-t-on pas de tomber dans les ornières d'une éthique empiriste? Comment garantir les droits fondamentaux si les valeurs populaires ne s'y conforment pas (ex: droits de minorités, des immigrants, des personnes souffrant de désordres mentaux, des handicapés, etc.)? Un autre défi émerge ici. Les anthropologues doivent cesser de simplement invoquer, telle un mantra, le principe du respect des valeurs populaires, pour passer à une phase constructive visant à identifier en pratique ces valeurs et à véritablement réfléchir sur les risques associés au respect mécanique des valeurs populaires. Les risques ne sont pas que du seul côté de la domination des savoirs experts et des valeurs des élites médicales.

Un autre lieu d'enjeu contemporain pour l'anthropologie de la santé est celui des politiques de santé elles-mêmes. C'est du moins le point de vue proposé par Castro et Singer (2005) dédiés aux «Unhealthy health policy». L'accent est déporté vers les impacts négatifs des politiques de santé, nationale et internationale, qui loin de lutter contre les effets de ces inégalités, s'en feraient les courroies de transmission et de reproduction. Le rôle des anthropologues ne serait plus seulement de contribuer à rendre les politiques plus efficaces (en informant les planificateurs sur les déterminants sociaux et culturels locaux du recours aux soins). Leur mandat devrait être de procéder à une critique des impacts négatifs, prévus ou imprévus, des politiques sur la vie et le bien-être des populations ciblées et de transcender une anthropologie «dans» les politiques en faveur d'une anthropologie critique «des» politiques.

Conclusion

Même s'il s'agit d'une orientation tout à fait pertinente et constructive en anthropologie médicale, l'approche faisant des

maladies des «pathologies du pouvoir» ne peut à elle seule résumer la raison d'être de la discipline. Un enjeu pour les sciences sociales est de rappeler l'importance d'un souci pour le microsocial, les savoirs locaux, la culture comme processus interprétatif et l'expérience quotidienne vécue de la maladie par les personnes. Je rejoins Margaret Lock qui soutient que l'anthropologie de la santé «entre dans une nouvelle ère, une ère qui continuera d'exiger l'adoption d'une approche interprétative critique, l'utilisation de techniques de recherches ethnographiques et de techniques connexes de recherches de preuves empiriques, la remise en question des concepts et des prétentions à la vérité du monde des biosciences et de celles formulées par les politiciens et les décideurs. Mais il y aura aussi une volonté de s'engager activement avec l'Autre, que cela signifie les activistes politiques, les scientifiques engagés, d'autres scientifiques sociaux, les décideurs, les ONG ou les médias» (Lock, 2006:460-461).

La médecine a-t-elle besoin des sciences sociales? Cela semble évident autant en ce qui concerne l'analyse microsociale des savoirs et des représentations qui influencent les rapports des citoyens avec la maladie, les soignants et les biotechnologies qu'en ce qui concerne une vigilance face aux dérives de nos politiques de santé. Tout en étant consciente des enjeux, la médecine n'est pas outillée ni conceptuellement ni théoriquement pour relever ces défis. La réalité est clairement à l'effet que, prise dans les tourbillons de l'intervention directe, elle est dans les faits à la remorque des sciences sociales dans la critique de l'évolution moderne des systèmes de santé. Les sciences sociales n'en devraient pas moins occuper une certaine place dans la formation médicale; non pas pour sauver la médecine, mais pour apporter un complément de formation à des futurs cliniciens. Et cette formation devrait être assumée par des scientifiques sociaux de carrière. Mais la question n'est pas de savoir qui a besoin de qui. Tant les sciences sociales que la médecine sont au service de la population et des malades et non au service de potentielles querelles de clochers disciplinaires.

Bibliographie

- Bibeau, G., 2004. «Le Québec transgénique. Science, marché, humanité». Éditions Boréal, Montréal.
- Brodwin P. 2000. «Biotechnology and Culture. Bodies, Anxieties, Ethics», Indiana University Press, Indianapolis.
- Castro A., et Singer M. (eds.) 2004. «Unhealthy Health Policy. A Critical Anthropological Examination». Altamira Press, Walnut Creek, New York, Toronto, Oxford. 387 p. Index.
- Hiller E.H., Landenburger G., Natowicz M.R. 1997. «Public participation in medical policy-making and the status of consumer autonomy: The example of newborn-screening programs in the United States. *American Journal of Public Health*, vol. 87(8):1280-1288.
- Lock M. 2006. Anthropologie médicale: pistes d'avenir. In Saillant et Genest, (dirs.), «Anthropologie médicale», pp:439-467, Les Presses de l'Université Laval. Québec.
- Massé, R. 1995. «Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé». Gaétan Morin éditeur, Boucherville, Canada.
- Massé R. 2003. Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs, normativités. Les Presses de l'Université Laval, Québec.
- Massé, R., 2005, «Les fondements éthiques et anthropologiques d'une participation du public en santé publique», *Éthique publique*, vol. 7(2): 107-124.
- Saillant F. et Genest S. (dirs.), 2006. «Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux», Les Presses de l'Université Laval, Québec.
- Trostle, J.A. 2005. «Epidemiology and Culture». Cambridge University Press, Cambridge.
- Wexler, A.R., 2000. *Chorea/graphign Chorea: The dancing body of Huntington's Disease*. In P. Brodwin (ed.), «Biotechnology and Culture», pp: 193-208, Indiana University Press, Indianapolis.

Biographies

Les auteurs

Charles Bader

Actuellement, Professeur ordinaire au Département des Neurosciences cliniques et Dermatologie, médecin-chef de l'Unité de Myologie du Service de Neurologie et vice-doyen de la Faculté de médecine de Genève. Etudes de médecine à l'Université de Genève, Diplôme 1972. Thèse de doctorat en 1975. De 1972 à 1975, assistant, Département de Physiologie, Genève (Prof. F. Baumann). Entre 1975 et 1977, Research fellow, Department of Neurobiology, Harvard Medical School, Boston, MA, USA (Prof. T.N. Wiesel), puis de 1977 à 1978 Research Instructor. De 1978 à 1988, maître-assistant, Chef des Travaux, puis Maître d'Enseignement et de Recherche, Département de Physiologie, Genève. Dès 1988, Professeur adjoint au Département des Neurosciences cliniques et Dermatologie (Prof. Pierre Montandon), et dès 1997, Professeur ordinaire. Dès 1995, Président de la Commission de l'Enseignement de la Faculté de médecine de Genève. Dès 1999, vice-doyen de la Faculté de médecine de Genève (Enseignement) et membre du Comité directeur des examens fédéraux des professions médicales. Dès 2004, Président de la Commission interfacultés médicale suisse (CIMS / SMIFK). Membre de la CIMS depuis 1989. Ses activités de recherche se sont exercées dans le domaine des neurosciences. Elles ont porté principalement sur: la physiologie des organes et des récepteurs sensoriels, le développement des neurones à partir de précurseurs, propriétés des cellules souches myogènes, les cellules satellites du muscle squelettique. Il est l'auteur d'un grand nombre d'articles sur ce domaine spécifique.

Vincent Barras

Études de médecine, de lettres (grec, linguistique), d'histoire et de philosophie des sciences aux Universités de Genève et Paris I Panthéon-Sorbonne. Activité de médecin praticien, puis d'historien de la médecine. Professeur ordinaire (dès 2001) à la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne et direc-

teur de l'Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique, Université de Lausanne. Enseignement à l'École Supérieure des Beaux-Arts et à la Haute École des Arts Appliqués de Genève. Recherches dans les domaines de l'histoire de la médecine antique, de l'histoire et anthropologie du corps dans la civilisation occidentale, de l'histoire de la psychiatrie et des neurosciences (XVIII^e–XXI^e siècles), de l'histoire des rapports médecine–société (histoire du patient, droit et médecine, professionnalisation du médecin, littérature et médecine).

Lazare Benaroyo

Etudes de médecine à l'Université de Lausanne, puis d'histoire et de philosophie des sciences et de la médecine aux Universités de Zürich, Harvard et Johns Hopkins (USA) ainsi que d'éthique médicale et clinique à l'Université de Georgetown (USA) et à la Vrije Universiteit d'Amsterdam. Obtient son doctorat en médecine (MD) à l'Université de Bâle en 1986 et son doctorat en philosophie de la médecine (PhD) à la Vrije Universiteit d'Amsterdam en 2004. Activité de médecin clinicien, puis d'enseignant et de chercheur en éthique et philosophie de la médecine à l'Université de Lausanne. Depuis 2001, professeur assistant à la Faculté de Biologie et de Médecine de l'Université de Lausanne. Recherches dans le champ de l'éthique médicale, notamment étude des fondements de la responsabilité éthique en médecine, des enjeux méthodologiques en éthique clinique et de la pédagogie de l'éthique médicale, ainsi que dans le champ de la philosophie des sciences, notamment étude des méthodes de l'interdisciplinarité dans les sciences de l'homme et de la nature. Vient de publier *Éthique et responsabilité en médecine* (2006) aux éditions Médecine et Hygiène à Genève.

Anne-Claude Berthoud

Anne-Claude Berthoud est née en 1951. Elle est professeure ordinaire de linguistique à l'Université de Lausanne depuis 1998. Après des études à l'Université de Neuchâtel (licence

en linguistique en 1977) et à Paris (Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales et Université de Paris VII) et une thèse en linguistique à l'Université de Neuchâtel en 1982, Anne-Claude Berthoud a enseigné à l'Université de Lausanne dès 1982 en qualité de professeure extraordinaire. Elle a également été chargée de cours à l'Université de Fribourg, professeure invitée à l'Université de Neuchâtel et professeure suppléante à l'Université de Genève.

Elle a été nommée à la présidence de l'Académie suisse des sciences humaines et sociales (ASSH) en juin 2004, académie dont elle a été membre de son Bureau depuis 1997 et vice-présidente depuis 1998.

Ses recherches portent sur l'interaction verbale, l'acquisition des langues, le plurilinguisme, la politique linguistique et la construction discursive des connaissances. De 1994 à 1996, elle a présidé la Société suisse de linguistique. Elle a également contribué à définir la politique scientifique suisse en qualité de membre du Conseil de la recherche du Fonds national suisse de la recherche scientifique, division IV (programmes nationaux) de 1993 à 2000. Elle est actuellement vice-présidente du Conseil de Fondation du Fonds National Suisse (FNS).

Sur la scène internationale, Anne-Claude Berthoud siège au Conseil d'administration du Conseil européen pour les langues (CEL/ELC) depuis 1999 et en exerce depuis 2001 la vice-présidence. Au sein de l'Université de Lausanne, elle a été notamment présidente de la Commission d'enseignement jusqu'en 2003 et est vice-présidente du Sénat de 2002 à juin 2004. Elle est actuellement présidente de la Commission de politique linguistique de l'université.

Christian Bonah

Christian Bonah est médecin et historien, professeur en histoire des sciences à l'université Louis Pasteur (ULP), Strasbourg I. Par ailleurs, il est membre de l'Institut universitaire de France (IUF) depuis 2005. Au sein de l'Institut de recherches interdisciplinaires sur les sciences et la technologie (EA 3424), il travaille dans le domaine de l'histoire sociale des sciences médicales et de la santé. Il enseigne les sciences humaines et sociales à la faculté de médecine de Strasbourg depuis 1993

au niveau des premier, deuxième et troisième cycle des études médicales. Il intervient également dans le cadre du Master *Etudes sociales des sciences et de la technologie* et du Master Interuniversitaire d’Ethique à l’ULP. Parmi ses publications: *Les sciences physiologiques en Europe. Analyses comparées du XIXe siècle* (Vrin, 1995), sa thèse d’histoire consacrée à la formation médicale en France et en Allemagne au XIXe siècle, sous le titre *Instruire, guérir, servir* (Presses Universitaires de Strasbourg, 2000). Il mène actuellement des recherches sur l’histoire de la vaccination par le BCG et sur les procès médicaux au XXe siècle (a dirigé, avec Étienne Lepicard et Volker Roelcke, *La médecine expérimentale au tribunal: implications éthiques de quelques procès médicaux du XXe siècle européen* (Éditions des Archives Contemporaines, 2003). Il co-dirige un programme international de recherche sur les agents thérapeutiques au XXe siècle et a publié avec Anne Rasmussen *Histoire et médicament* (Editions Glyphe, 2005). Il engage actuellement un projet de recherche d’histoire comparée sur l’innovation et la gestion des risques dans le domaine des sciences de la vie et de la santé en France et en Allemagne, 1871-1960. Enfin, il a dirigé avec Anne Rasmussen la publication des actes du colloque *Sciences humaines et sociales: Bilan et perspectives de 10 ans d’enseignement* (Faculté de Médecine de Strasbourg, 2005).

Fred Bosman

Fred Bosman a étudié la médecine à Leiden NL, où il a obtenu son diplôme de médecin en 1971. Dans cette même Université, il a obtenu en 1976, un PhD en cytogénétique et son titre de médecin spécialiste en pathologie. Après avoir occupé des postes de professeur de pathologie et de chef de service à Maastricht NL (expérience qui lui a permis de s’investir et de montrer son profond intérêt pour l’enseignement et en particulier l’évolution de la pédagogie médicale) et à Rotterdam NL, il a repris le poste de Directeur de l’Institut universitaire de Pathologie de Lausanne en 1995, position qu’il occupe encore actuellement. De 2000 à 2005, il a accepté la charge de vice-doyen de l’enseignement. C’est dans le cadre de cette fonction qu’il a lancé et dirigé un vaste programme de réforme en profondeur du curriculum de médecine à l’Université de

Lausanne. Depuis janvier 2006, il est également Directeur du Centre du Cancer de Lausanne.

Nicolas Duruz

Psychologue, spécialiste en psychothérapie FSP, d'orientation systémique et analytique, Professeur dans le domaine de la psychologie clinique à l'Université de Lausanne (cours: Introduction à la psychopathologie; L'entretien psychologique; L'intervention systémique, Enseignement au DESS en psychosociologie clinique), et Co-directeur de l'Institut Universitaire de Psychothérapie au Département de psychiatrie – CHUV à Lausanne. Responsable, dans cet institut, de l'Unité d'Enseignement du Centre d'Etude de la Famille. Etudes de philosophie et de théologie à Fribourg, puis de psychologie avec doctorat en 1978 sur le narcissisme à l'Université Catholique de Louvain. Séjour aux USA pendant plus de deux ans dans le cadre d'une bourse de relève pour l'enseignement (New York University, Cornell University). Maître assistant UNIL 1982; professeur extraordinaire 1986; actuellement, professeur ordinaire à l'Institut de Psychologie, UNIL (poste créé dans le cadre de la collaboration entre les Facultés des sciences sociales et politiques et de Biologie et Médecine) 1999. Ancien chargé de cours et professeur invité au Département de psychologie de l'Université de Fribourg (1982-2001). Ses principaux intérêts de recherche sont: la psychothérapie comparée, les re-présentations sociales des troubles psychiques et de la pratique psychologique, et la consultation conjugale. Il est l'auteur de plusieurs articles scientifiques et quatre ouvrages (*Narcisse en quête de soi*, Mardaga, 1985; *Psychothérapie ou psychothérapies? Prolégomènes à une analyse comparative*, Delachaux et Niestlé, 1994; *L'entretien psychologique*, UNIL, 1996. *Traité de psychothérapie comparée* (sous la direction), Médecine & Hygiène, 2002).

Raymond Massé

Raymond Massé, anthropologue de formation, enseigne l'anthropologie de la santé à l'Université Laval (Québec) depuis 1994. Il est professeur titulaire au département d'anthropologie

dont il assume la direction depuis 2002. De 1983 à 1994, il fut chercheur à la Direction de la santé publique de Montréal. De 1998 à 2002, il a coordonné le Groupe Éthique et santé publique du Réseau Éthique clinique du Fonds de la recherche en santé du Québec. Il a publié entre autres *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé* aux Éditions Gaëtan Morin en 1995 et *Éthique et santé publique* aux Presses de l'Université Laval en 2003, de même que plusieurs dizaines d'articles portant sur l'anthropologie de la santé et de l'éthique. Ses principaux champs de recherche actuellement sont l'éthique de la santé publique et l'anthropologie des moralités (ethnoéthique) dans le contexte des Antilles françaises et anglaises contemporaines. Il coordonne actuellement un projet de recherche portant sur la construction socioculturelle de la conception populaire de la responsabilité en contexte antillais.

Brigit Obrist

Is a Senior Lecturer in anthropology at the University of Basel, Switzerland, and holds joint positions at the Institute of Social Anthropology at the University of Basel and at the Swiss Tropical Institute. She conducted field research in Papua New Guinea, Switzerland, Indonesia and Tanzania and currently directs various projects such as „Staying Healthy in Migration“ (Federal Office of Health), „ACCESS to Effective Malaria Treatment“ (Novartis Foundation) and „From Vulnerability to Resilience“ (NCCR North-South – Research Partnerships for Mitigating Syndromes of Global Change).

Ilario Rossi

Ilario Rossi est docteur en anthropologie et sociologie et professeur associé à la Faculté des Sciences Sociales et Politiques de l'Université de Lausanne. Il est également rattaché depuis 1992 à la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne. Actif dans le domaine de l'anthropologie médicale et de l'anthropologie de la santé, ses domaines de recherche et de formation convergent vers les relations entre processus de

mondialisation et systèmes de santé. Ses publications traitent notamment des sociétés amérindiennes et des recours sanitaires de base, du pluralisme médical au Nord et au Sud, des systèmes et politiques de santé helvétiques, de santé et migration et des relations entre société, santé et médecine.

Peter Stulz

Studium der Medizin in Basel, 1974 Promotion an der Universität Basel (Dissertation: *Das Zellorganell-Muster des Leberläppchens der Ratte. Eine ultra-strukturell-morphometrische Analyse*, Prof. HP. Rohr), 1981 – 1985 Oberarzt für Herz- und Thoraxchirurgie, Kantonsspital Basel, 1985 – 1986 Oberarzt der chirurgischen Klinik, Kantonsspital Luzern, 1986 Venia docendi für Chirurgie (Habilitationsschrift: *Beitrag der Chirurgie zur Behandlung der infektiösen Endokarditis*; Probevortrag: *Die künstliche Herzklappe: Welche, wann, wo?*), 1987 – 1994 Leitender Arzt und Stellvertreter des Chefarztes der Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie, Chirurgisches Departement, Kantonsspital Basel, 1995 – 1997 Ordinarius und Chefarzt der Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie, Chirurgisches Departement, Kantonsspital Basel, ab 1998 Chefarzt der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefässchirurgie des Kantonsspitals Luzern. Autor folgender Publikationen : Landau, A., Stulz, P.: (Hrsg) *Musik und Medizin: Zwei Künste im Dialog*. Chronos Verlag 2003; Stulz, P.: (Hg) *Theologie und Medizin: Ein interdisziplinärer Dialog über Schmerz und Leiden, Heil und Heilung*. Chronos Verlag 2004; Stulz, P., Nager, F., Schulz, P.: (Hrsg) *Literatur und Medizin*. Chronos Verlag 2005; Stulz, P., Rudolph, E., Kaegi, D.: (Hrsg) *Philosophie und Medizin: Zwei entfernte Verwandte?* Chronos Verlag 2006.

L'Académie suisse des sciences humaines et sociales: une institution au coeur d'un vaste réseau

L'Académie suisse des sciences humaines et sociales (ASSH) est une association faitière qui regroupe 54 sociétés savantes. De la littérature à la théologie, en passant par les sciences de la communication ou les sciences politiques, les sociétés membres représentent un large éventail de disciplines. En tout, ce ne sont pas moins de 30'000 personnes qui, en tant que membres d'une société savante, sont rattachées à l'ASSH. De quoi alimenter le plus vaste réseau en sciences humaines et sociales de Suisse.

Promotion de la recherche, collaboration internationale et encouragement de la relève: tels étaient les objectifs de l'ASSH, lors de sa fondation en 1946. Ils ont gardé toute leur importance, mais avec le temps, le spectre des activités s'est élargi. L'ASSH est une institution d'encouragement à la recherche reconnue par la Confédération; son engagement en faveur des sciences humaines et sociales se définit selon trois grands axes:

communiquer

L'ASSH organise régulièrement des rencontres publiques et des tables rondes sur des thèmes d'actualité. Elle met ainsi en évidence la contribution de ses disciplines à l'analyse de phénomènes emblématiques de notre société et permet le dialogue avec les milieux politiques et économiques.

Coordonner

L'ASSH fonctionne comme plate-forme pour la mise sur pied de projets communs et la diffusion de travaux à l'intérieur de la communauté des chercheurs. A une époque où les disciplines ont souvent tendance à s'atomiser, ce rôle «rassembleur» est essentiel à la cohésion des disciplines qu'elle représente.

Encourager

L'ASSH consacre une grande partie de son budget à l'encouragement des activités qui font vivre les sciences humaines et sociales en Suisse et se pourfend d'une politique de soutien axée sur la relève et la présence des femmes dans le milieu académique.

Contacts

Académie suisse des sciences
humaines et sociales
Hirschengraben 11
CP 8160
3011 Berne
Tél. ++41 31 313 14 40
Fax: ++41 31 313 14 50
E-mail: sagw@sagw.ch
www.sagw.ch

L'Académie Suisse des Sciences Médicales

L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a été fondée en 1943 par les cinq facultés de médecine, les deux facultés de médecine vétérinaire ainsi que la Fédération des médecins suisses, la FMH. La principale tâche de la fondation indépendante, avec siège à Bâle, consistait alors – à une époque où la Suisse était isolée en raison de la guerre – à promouvoir la recherche et la relève.

Aujourd'hui, avec ses deux programmes majeurs, «Médecine et société» et «La science médicale et la pratique», l'ASSM se fixe les priorités suivantes:

- la clarification de problèmes éthiques liés au développement de la médecine et de ses conséquences sur la société;
- une réflexion approfondie sur l'avenir de la médecine;
- un engagement dans la politique des hautes écoles, de la science et de la formation combiné avec une activité d'expert et de conseiller à l'attention des politiciens et des autorités;
- la promotion de la relève scientifique, en particulier dans la recherche clinique;
- le soutien d'une qualité de recherche élevée en biomédecine et en recherche clinique;
- la communication entre la médecine scientifique et la pratique.

