Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

66 | 2006
66

Rencontre des Enseignants de SHS des Facultés de Médecine Françaises

Rubens Fitoussi

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/296>

DOI : 10.4000/amades.296

ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2006

ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Rubens Fitoussi, « Rencontre des Enseignants de SHS des Facultés de Médecine Françaises », *Bulletin Amades* [En ligne], 66 | 2006, mis en ligne le 03 février 2009, consulté le 15 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/296>

Ce document a été généré automatiquement le 15 septembre 2020.

© Tous droits réservés

Rencontre des Enseignants de SHS des Facultés de Médecine Françaises

Rubens Fitoussi

RÉFÉRENCE

Rencontre des Enseignants de SHS des Facultés de Médecine Françaises, Lyon, 8, 9 et 10 février 2006

- 1 Organisée par le “Service Commun de Formation en SHS” de l’Université Cl. Bernard (médecine) conjointement avec les Facultés lyonnaises de Philosophie d’Anthropologie et Sociologie, cette “Rencontre” illustre l’importance des Sciences Humaines et Sociales dans les enseignements médicaux.
- 2 L’enseignement de SHS dans les études médicales, institué par décret en 1995, devait y pallier un “déficit majeur”. Il est principalement limité au PCEM1 et à quelques certificats optionnels en fin d’études. Tel quel, il soulève des questions : sa pertinence en première année ou encore le fait que peu d’étudiants choisissent les options ultérieures. Il semble également qu’il ne contribue pas à attirer en médecine plus de bacheliers littéraires.
- 3 La première partie de cette rencontre a été consacrée à cet enseignement dans la formation médicale initiale : nécessité, expériences, critiques. La seconde a été dédiée à des travaux de différentes disciplines (philosophie, anthropologie et sociologie) autour de thèmes plus généraux, “Représenter, Classer, Nommer”, étroitement liés à la problématique de cet enseignement.

Sur la formation médicale

- 4 Deux conférences ont introduit des ateliers plus ciblés.

- 5 Dans “*Enseigner la relation médecin-malade*”, le Pr Brémont a montré l’évolution de cette relation dans le cadre particulier du traitement du cancer du sein. Comme alternative aux deux modèles médecin-décideur/ malade-décideur, il propose le modèle de la “décision partagée”. Une enquête menée auprès de 200 malades montre que 98% d’entre elles sont satisfaites de l’interaction que ce modèle implique.
- 6 La contribution du Pr Matillon, “*Evolution de l’enseignement : pour quelles compétences techniques et humaines*”, a été centrée sur la question des compétences, devenue aujourd’hui fondamentale au cœur de toute formation. Ce terme, qui engage tout à la fois connaissances, savoir-faire, comportements, expérience demande réflexion, d’autant qu’il implique une notion d’évaluation.
- 7 Les ateliers qui ont suivi ont eu pour objet d’une part de justifier un enseignement de SHS dans un cursus médical initial (présentation d’outils propres à la sociologie et à l’anthropologie, et mise en valeur de la notion fondamentale de l’*observation participante*), d’autre part d’évaluer l’existant (où il apparaît que la correction est parfois contestée par les étudiants ; où se pose la question de généraliser un tel enseignement aux autres années ; où il apparaît aussi que cet enseignement est assuré, pour l’instant, à 70% par la faculté de médecine).

Représenter, classer, nommer

- 8 Cette rencontre a été l’occasion de présenter et croiser des approches médicales, philosophiques, anthropologiques et sociologiques de notions ou catégories (représentations, classifications) qui sont à l’œuvre, de façon plus ou moins explicite, dans la pratique médicale, dont les futurs médecins ont à concevoir l’incidence sur leur métier.
- 9 Dans “*Réflexions sur la psychopathologie*”, F. Laplantine montre comment différentes disciplines et leurs évolutions sont à l’œuvre dans la construction de quatre “modèles” : la psychiatrie classique, paradigme biomédical qui privilégie l’affect et la description des signes sur la parole et l’écoute et élimine l’historicité ; l’ethnographie classique, d’inspiration positiviste comme la médecine, qui est une expérience du voir, avec élimination de l’historicité et neutralisation de la subjectivité ; la sociologie, qui, elle, se fonde sur une tradition non pas du regard mais de l’écoute ; et la psychanalyse pour laquelle il ne s’agit pas d’examiner mais d’écouter “dans une neutralité bienveillante”. Puis il développe le fait que la réflexion anthropologique n’est pas de faire un diagnostic mais de faire des liens entre médical et social, à travers le politique. Il explicite enfin des critères de la souffrance sociale d’après une étude de la vulnérabilité dans le monde du travail.
- 10 **Classer** est une composante essentielle de (inhérente à ?) toute activité humaine. Catégoriser, organiser, hiérarchiser... Si l’on ne peut y échapper, comment ne pas se laisser enfermer, scléroser, abuser par les classifications ou certaines de leurs conséquences sociales comme, par exemple, les disciplines et les frontières plus ou moins strictes qu’elles imposent ?
- 11 Dans “*Des disciplines aux cloisonnements, comment sortir des frontières ?*” G. Herreros évoque quelques-unes de ces questions, en particulier en référence au travail de Ph. Descola (*Par-delà nature et culture*). Puis il analyse les effets (et les difficultés qui en résultent) de cloisonnements et de hiérarchies dans l’univers de l’hôpital, observés lors

d'une expérience récente de sociologie d'intervention au sujet de la "qualité" de l'hôpital et de la mise en place de pôles de soins.

- 12 C. Perrotin s'attache à traiter "*Les questions d'éthique posées par le travail de classification*". On classe pour comprendre, mettre de l'ordre et nommer. Classer est un travail (qui classe quoi et qui classe qui) délicat dont les résultats (classes, catégories, groupes) en médecine, par exemple, vont impliquer des personnes dans une relation médecin/malade très spécifique. Les mots qui désignent les classes ne sont pas neutres, en particulier ceux qui doivent à la fois désigner un savoir biomédical et être assumés par les patients qui les reçoivent.
- 13 La classification fait donc partie de la méthodologie scientifique mais présente un danger potentiel de réduction si l'originalité de chaque cas est laissée de côté.
- 14 Une autre logique de classification a permis à J.-P. Baud de développer des rapports entre droit et médecine dans "*Catégoriser les sujets et les choses*".
- 15 L. Obadia illustre encore la problématique des classifications par les résultats d'une étude sur le pluralisme médical au Népal dans "*Les classifications médicales à l'épreuve. Les nosologies, leurs variations et leurs combinaisons en situation de pluralisme*".
- 16 "*La médecine peut-elle se pratiquer sans la nosologie ?*" demande F. Dubas. La notion de diagnostic nosologique est probabiliste et, d'après l'auteur, peu pertinent en médecine générale. Pour le médecin spécialiste, la pression nosologique est plus importante. Malgré la nécessité d'un diagnostic, la judiciarisation de la médecine, la nécessité des examens complémentaires pour un diagnostic précoce, malgré la pression obsessionnelle des médecins, le pourquoi de la nosologie reste posé.
- 17 Dans sa communication, "*Les problèmes épistémologiques des classifications*", D. Parrochia s'intéresse à la notion même de classification. Il en donne une définition, et en précise les buts qui sont essentiellement de simplifier la recherche en réduisant le nombre d'objets à prendre en compte, et de pouvoir ainsi valider une hypothèse ou faire des prédictions. Il distingue deux types principaux : les classifications empiriques ou phénoménales et les classifications physico-mathématiques. Il en présente et discute les critères sur lesquels les unes et les autres sont construites, et développe les propriétés fondamentales des classifications physico-mathématiques : stabilité, prédictibilité et extensivité potentielle.
- 18 **Divers regards anthropologiques** sur la santé ont été présentés lors de cette rencontre
- 19 Le médicament n'est pas neutre ! C'est un objet étrange entre science et commerce, dont la fabrication engage de nombreux travailleurs ("*Le remède : de l'esquisse à l'esquive*", P. Maire). Il peut servir de base au renouvellement d'un discours racisant et justifier une classification "ethno-raciale", comme ce nouveau médicament pour insuffisance cardiaque dont les résultats pouvaient sembler meilleurs sur les patients afro-américains ("*La classification "ethno-raciale" en médecine aux Etats-Unis : quelles implications pour la recherche française ?*", O. Richomme).
- 20 L'indice de masse corporelle ou indice de Quetelet, établi en 1835, est encore utilisé dans de nombreux domaines pour évaluer l'importance du surpoids chez un patient. Dans "*L'IMC fait-il le poids ?*", A. Guïoux et E. Lasserre s'interrogent : comment traiter des personnes pour une potentialité sans qu'elles en soient traumatisées ?
- 21 La représentation par l'image de la pratique médicale a considérablement évolué, depuis le XVII^e siècle, à travers le dessin, la peinture puis le cinéma et la télévision.

C'est ce qu'a étudié et commenté J.-M. Comelles, par un choix d'images et de tableaux durant cette période (*"Images et représentations de la pratique médicale. Du tableau de genre aux soap-opéras"*).

- 22 Michelle Cros, dans *"Maladie, sida et araignée en Lobiri : un nom qui tombe juste"*, a rendu compte d'une observation dans l'approche transculturelle de la maladie, qui souligne l'importance de la dénomination et du facteur linguistique, en particulier comme source de confusion dans la communication et la traduction : en Lobiri (Burkina Faso) un même terme désigne le sida et l'araignée.
- 23 **L'interdisciplinarité** qui est en filigrane dans nombre des communications évoquées est apparue de manière peut-être encore plus immédiate dans les interventions de Jean-Marie Legay et de Claudie Haxaire, et comme sujet dans celle de A.-F. Schmid.
- 24 Pour Jean-Marie Legay, *"Un regard épistémologique sur la biométrie"*, le développement de l'écologie fait émerger la notion de population, qui elle-même contribue à l'essor de la biométrie avec la naissance et le développement de la modélisation et des modèles.
- 25 Claudie Haxaire présente les résultats d'une enquête de terrain auprès de médecins généralistes qui montre *"l'irruption de l'entité "souffrance psychique" en médecine générale"*. Il s'agit de l'émergence d'un phénomène nouveau, qui ne se réduit à aucune maladie classée par la nosologie. Le diagnostic est posé par défaut. Les symptômes physiques ne s'expriment que par le langage. Il s'agit d'une souffrance psychosociale, conséquence et témoignage de la précarité, qui devient une priorité de santé publique.
- 26 *"Y a-t-il une connaissance interdisciplinaire ?"* Telle est la question posée par A.-F. Schmid, et qui n'est pas tranchée ! La tradition épistémologique ne fait pas de place à l'interdisciplinarité, elle est plutôt à la recherche de critères et de faits à partir de l'idée que la science est bâtie sur des théories. Quel rôle la modélisation peut-elle jouer dans ce contexte ? La technologie qui se développe dans toutes les disciplines pourrait-elle conduire à une science générique des frontières de l'interdisciplinarité ?

En conclusion

- 27 On ne peut qu'être convaincu de la nécessité d'un enseignement de sciences humaines à de futurs médecins, tout en étant conscient de la difficulté.
- 28 Quelques questions restent problématiques. Par exemple, la question des "compétences", en particulier, qu'est-ce que la "compétence humaine" ? Ou encore la question de savoir si la médecine générale peut réellement se pratiquer sans la nosologie, "discipline qui étudie les caractères distinctifs des maladies en vue de leur classification méthodologique".