

“

**Congres du CoSHSEM, Lyon
2015**

”

24-26 juin 2015
France


Sciencesconf.org

Table des matières

| | |
|---|----|
| Corps dérangent, corps souffrant. Du corps obèse au symptôme à "traîter", A. Sanahuja..... | 1 |
| Qu'est-ce que l'idée d'un corps malade ?, E. Delassus..... | 2 |
| Le corps chronique : quelle relation entre le corps vivant et le corps vécu ?, B. Andrieu..... | 3 |
| Corps, esprit, sentiment de soi: quelles représentations chez les malades d'Alzheimer?, V. Lefebvre des noettes..... | 4 |
| Corps physique, corps animé au 19e siècle: l'abbé Bautain et Lamennais, O. Perru..... | 5 |
| Un exemple d'apprentissage en ligne des Humanités: «Le corps, média des valeurs et cultures.», I. Burnier | 6 |
| La société des vieillards. De la société à la cité., S. Boarini..... | 7 |
| Corps maternel, corps monstrueux: le matricide sous le regard psychiatrique, E. Leaune..... | 8 |
| La notion d'expérience de santé dans un programme québécois de sciences infirmières : modalités, enjeux et défis de cette intégration, N. Vonarx..... | 9 |
| Regards anthropologiques sur la singularité-complexité des trajectoires thérapeutiques des patients amputés des membres inférieurs, P. Groud..... | 10 |
| Appelez-moi Plume, les petits et grand mots autour de l'anorexie, M. Lebars..... | 11 |
| L'ambivalence du corps en médecine: virtualité des données et matérialité de la chair, J. Lamy..... | 12 |
| Reconfiguration du schéma corporel : entre sensations, imagination et interaction avec le soignant, J. Henry..... | 13 |
| Le corps malade à l'adolescence dans la maladie somatique chronique, G. Gilormini..... | 14 |
| Maladie chronique et risque suicidaire à l'adolescence, J. Douillard..... | 15 |
| Les patients formateurs dans le cadre du «modèle de Montréal», L. Flora..... | 16 |
| Les images scientifiques du corps malade seraient-elles des « faitiches » ?, B. Granier..... | 17 |
| Conflits autour du risque périnatal : Le cas du système de santé et les jeunes femmes de milieu populaire au Brésil, A. Faya robles..... | 18 |
| La maladie rare génétique et ses métaphores, M. Boucand..... | 19 |
| La blessure au visage : "un handicap d'apparence ?", P. Tessier..... | 20 |
| L'enseignement des sciences humaines et sociales en IFSI : l'exemple de l'anthropologie/ethnologie, C. Campergue..... | 21 |
| Médicaments, industrie pharmaceutique et sociétés : Une proposition pédagogique, C. Bonah [et al.] ... | 22 |
| La prise en charge médicale par le social : éléments décisionnaires. Étude exploratoire du service social hospitalier auprès des individus atteints du SIDA, A. Batista dias..... | 23 |
| Vécu corporel de la maladie de Crohn sous l'angle conceptuel du «travail de la maladie» : Une étude de cas., A. Lainé [et al.] | 24 |
| Le diabète et la représentation du corps malade au Maroc, K. Naamouni..... | 25 |
| Une formation initiale à l'indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique est-elle possible?, S. Paul | 26 |
| Le diagnostic en médecine, une affaire de rhétorique ?, J. Weber..... | 27 |

| | |
|---|----|
| Le schéma corporel et le geste du soi, J. Goffette..... | 28 |
| Corps propre et corps objectif chez Maine de Biran., B. Munoz..... | 29 |
| De la transformation conjointe des corps et des environnements, A. Zimmer..... | 30 |
| 2030 ou l'obsolescence programmée, N. Ruaux..... | 31 |
| La douleur menstruelle, entre l'invisibilité de l'anatomie féminine et les contraintes sanitaires,dans la quête identitaire féminine, C. Cernat..... | 32 |
| Corps et Esprit de corps en PACES à Lyon 1, A. Magnolfi [et al.] | 33 |
| Le corps qui craque, L. Biancarelli..... | 34 |
| Sciences humaines et sociales en première année de médecine et Édition : de l'ouvrage de référence à l'ouvrage formaté, E. Fainstein..... | 35 |
| Représentations des maladies cancéreuses dans les ex-voto mexicains du XX et XXIe siècles, G. Torres | 36 |
| Le normal et le pathologique dans l'assistance médicale à la procréation face à la croissance de l'infertilité féminine liée à l'âge, M. Vialle..... | 37 |
| «Memo» corporels : objectivation du risque dans les récits des personnes qui ont vécu un épisode de maladie veineuse thromboembolique et de leurs familles., C. Claudie haxaire*, francis couturaud** et christophe leroyer** | 38 |
| L'enseignement des sciences sociales dans les filières paramédicales : de l'intérêt d'un point de vue purement universitaire, M. Pichon..... | 39 |
| La face cachée de la consultation : apport d'une recherche observationnelle de terrain en médecine générale, J. Chambe [et al.] | 40 |
| La pratique de patient-formateur en questions, O. Gross..... | 41 |
| L'épilepsie, une "pathologie normale" ?, M. Bergounioux..... | 42 |
| Examen de santé ou contrôle technique ? Ce qu'il advient au corps en médecine préventive, D. Olivier. | 43 |
| Observer, toucher et palper les corps en médecines scientifique et «alternative» : une nécessité thérapeutique, D. Kessler-bilthauer [et al.] | 44 |
| Le coeur en image : développement de l'échographie en cardiologie, S. Lellinger..... | 45 |
| 20 ans d'enseignement des SHS en médecine, L. Visier..... | 46 |
| Intimité du corps et psychothérapie, A. Grenouilloux..... | 47 |
| Vers une formation structurée des professionnels de santé à la prise de décision médicale partagée en France : mise en oeuvre du programme FREeDOM (French group for Shared Decision Making)., N. Moumjid..... | 48 |
| La vieillesse entre art et science: les représentations du corps âgé en France au XVIIIe siècle., A. Bigeard | 49 |
| Le corps en chirurgie : la distanciation comme juste mesure, A. Klipfel..... | 50 |
| Anticiper les besoins ou s'y adapter. Le Centre de Primatologie de Strasbourg face à la médecine, L. Hoenen..... | 51 |

| | |
|--|----|
| La rencontre du corps-patient et du corps-étudiant dans la formation des masso-kinésithérapeutes, V. Bouratroff..... | 52 |
| Conduites préventives chez les femmes de culture magrébine et turque au Neuhof : Enquête qualitative par «focus group», F. Aglaou [et al.] | 53 |
| Création d'un groupe d'analyse de pratiques pour les internes à Lyon, M. Perry [et al.] | 54 |
| Visibilité et artificialisation : le modèle anatomique et la constitution d'un savoir mécanique de l'homme., J. Gutiérrez privat..... | 55 |
| L'articulation du corps dans les discours contemporains et l'avènement du sujet, F. De Barros | 56 |
| Portraits de patients : retours d'expérience d'une décennie d'enseignements «Cinéma, littérature et médecine», A. Rasmussen [et al.] | 57 |
| Le corps « malade » de la chirurgie plastique-esthétique. Analyse des procédés diagnostiques d'un chirurgien esthétique., E. Carpigo | 58 |
| Bien-être et guérison à l'institut de Qigong de Shanghai: ethnographie de techniques de conscience du corps chinoises, M. Chenault..... | 59 |
| Raconter son corps à l'épreuve : l'autoportrait filmé, J. Danet..... | 60 |
| L'actualité des savoirs profanes du corps, C. Durif-bruckert..... | 61 |
| Représentation du surpoids et de l'obésité chez les patients consultant leur médecin traitant, A. Kerneis [et al.] | 62 |
| Construire le savoir. Une analyse anthropologique de la fibromyalgie, C. Moretti..... | 63 |
| "Est-ce que le corps en a besoin ou est-ce que c'est la tête ?" Ambiguïtés de la notion de maladie addictive liées aux rapports corps/esprit., M. Trouessin..... | 64 |
| Santé et bien-être: observation et analyses de pratiques d'auto-soin, A. Le hesran..... | 65 |
| Mon corps, cet étranger., N. Lallmahamood | 66 |
| Les apports de la psychologie clinique dans la formation à la relation et communication en DFASM2, L. Mercadié..... | 67 |
| Sous la retine de la science : enjeux de la représentation du corps handicapé vers 1900, V. Hoffbeck.. | 68 |
| La représentation du corps possédé et ensorcelé chez les acteurs de la rouqya (France, Algérie, Egypte), F. Cherak..... | 69 |
| Accoucher autrement : discours et pratiques autour des accouchements physiologiques, R. Guilloux . | 70 |
| La médecine personnalisée, entre médecine des preuves et épreuve de la maladie, J. Cohen-scali..... | 71 |
| Communication et Simulation en Pédiatrie : l'annonce de nouvelles difficiles, retour d'une expérience pilote, E. Jacquélet [et al.] | 72 |
| Les « résistances » au mécanisme dans la transplantation cardiaque, J. Biaudet..... | 73 |
| Usage pédagogique des séries médicales, G. Moutot..... | 74 |
| Les figures du «presque-humain» dans le manga japonais, T. Hoquet..... | 75 |
| Pourquoi et comment enseigner les inégalités sociales de santé aux étudiants en médecine ?, G. Birouste | 76 |
| Du médecin de soi même à une médecine sans médecin : origine et postérité d'un thème, E. D'hombres | |

| | |
|---|----|
| Formation en présentiel et réseaux sociaux : retour d'expériences de formation de soignants par des patients., C. Maynié-françois..... | 78 |
| Prérequis pour savoir dire son expérience de patient, M. Schoendorff..... | 79 |
| Patient partenaire en cours de SHS, A. Moreau..... | 80 |
| Le Tutorat PACES en SHS : un projet commun entre étudiants et enseignants, S. Ribault [et al.] | 81 |
| Formation de binôme Patient ressource/soignant en ETP : pour une plus grande pertinence de l'intervention éducative, T. Sannié [et al.] | 82 |
| La bioéthique peut-elle s'enseigner ?, V. Gateau..... | 83 |
| Faire écrire les étudiants en médecine : une nécessité !, J. Knebusch [et al.] | 84 |
| Les sciences humaines en IFSI, des savoirs pour construire la compétence des infirmiers, A. Laupeze... | 85 |
| Représentation du corps et relation au patient dans le cadre de la recherche sur le microbiote intestinal, B. De montera..... | 86 |
| Elaboration d'outils pédagogiques par des patients pour des professionnels de santé, J. Leger..... | 87 |
| Enquête sur les approches pédagogiques pour l'enseignement des SHS en PACES, N. Lechopier [et al.] | 88 |

Corps dérangent, corps souffrant. Du corps obèse au symptôme à "traîter"

Sanahuja Almudena ¹

1 : Laboratoire de psychologie (EA 3188)

Université de Franche-Comté : EA3188

Université de Franche-Comté ? Laboratoire de psychologie EA 3188 1 rue de l'Orme de Chamars ? 25000 Besançon
section-psychologie.univ-fcomte.fr

L'obésité est devenue une véritable pandémie et un phénomène de société qui touche toutes les tranches d'âge et notamment les adolescents. Nos pouvoirs publics se sont mobilisés ces dernières décennies pour trouver des solutions afin de traiter ces corps qui « dérangent » et qui suscitent de l'inquiétude entre autre en termes de pronostic vital. Cependant nos dix années d'expérience clinique et de recherches, nous ont permis de nous pencher sur ce symptôme corporel signifiant à notre sens une souffrance psychique individuelle mais aussi familiale. Et au-delà de notre approche psychodynamique et psychosomatique nous avons interrogé la dimension thérapeutique actuelle et chercher de nouvelles configurations thérapeutiques afin de s'adapter à leur fonctionnement psychique particulier. Phénomène complexe qui relève d'une approche plurifactorielle nous avons choisi sans pour autant occulter les autres facteurs d'aborder le corps et la psyché sous l'angle du contenant psychique. Ainsi à travers cette intervention nous montrerons d'une part que ce symptôme corporel renvoie à une problématique du contenant psychique individuel, intersubjectif et familial ; se traduisant par « une image inconsciente du corps nébuleuse ». Puis d'autres part nous proposerons différentes pistes thérapeutiques afin d'accompagner le changement morphopsychologique et pour consolider ces défaillances psychiques individuelles et groupales.

Jeudi 25 - 16h30 - 4

Qu'est-ce que l'idée d'un corps malade ?

Delassus Eric ¹

1 : G.A.E. Hôpital Jacques Coeur (G.A.E.)

Hôpital Jacques Coeur

<http://www.ch-bourges.fr/hopital/index.php>

Dans son Ethique, Spinoza affirme que «l'esprit est l'idée du corps». Cette formule soulève notamment la question du rapport entre corps et esprit, question qui devient cruciale dès lors qu'elle est posée relativement à celle de la maladie. En effet, que peut bien être dans ces conditions l'idée d'un corps malade ? S'agit-il d'une idée également malade ? Comme si elle était contaminée par l'état de son objet. Ou peut-il s'agir, malgré tout, d'une idée suffisamment claire et distincte pour donner au malade la force d'âme nécessaire pour s'opposer à ce qui tend à l'affaiblir et le détruire ? Les enjeux de la réponse apportée à une telle question sont capitaux sur le plan de l'éthique médicale dans la mesure où, selon la solution qui finira par émerger, on sera ou non en mesure d'accompagner le malade pour l'aider à affronter la maladie en évacuant autant qu'il est possible les passions tristes qu'elle peut engendrer en lui. La question de la santé n'est donc pas non plus étrangère à cette approche puisque celle-ci permet de penser la santé, non plus comme le contraire de la maladie, mais en termes de puissance de penser et d'agir. On peut donc émettre l'hypothèse selon laquelle, qui est en mesure de penser son corps de manière cohérente est finalement en meilleure santé que celui qui en a une idée inadéquate et le plus souvent morcelée.

Mercredi 24 - 17h - 2

Le corps chronique : quelle relation entre le corps vivant et le corps vécu ?

Andrieu Bernard ¹

1 : ANDRIEU (Cetaps EA 3832)

Université de Rouen

Boulevard André Siegfried F.76821 Mont Saint Aignan Cedex

http://fr.wikipedia.org/wiki/Bernard_Andrieu

La chronique de son corps malade est désormais produite par l'écriture de ceux et celles qui vieillissent. Cette écriture n'est plus seulement le résultat d'entretiens dont le verbatim sert de matériaux pour élaborer des items pour des évaluations et des questionnaires. La parole est dans ces textes en 1er personne à la fois personnelle et revendicative, en se montrant en camera subjective. Il suscite l'intérêt des praticiens de santé et des travailleurs du soin en livrant des perspectives et problématiques éthiques jusque-là invisibles.

De Montaigne à Cixous en passant par Simone de Beauvoir, la lecture de son corps est une entrée en écriture biographique en célébrant une «plasticité infinie du vivant» (Boyer-Weinmann, 2013 : 31). L'intimité et le vécu du vieillissement existe aujourd'hui dans l'édition des récits autobiographiques d'hommes et de femmes malades chroniques. Ces récits, qui répondent à l'injonction de vivre dans la dignité (Astier, Duvoux, 2006), nous montreraient l'envers vécu de l'endroit de nos institutions d'accueil, d'accompagnement et de soins. Ils dévoileraient ce que nous cacherions par ignorance et par nos difficultés dans la fin de vie (Hirsch éd., 2012) à dépasser notre point de vue d'expert. Comprendre le corps de l'autre, toujours hors de moi, trouve certes dans l'empathie un raisonnement analogique en passant d'un point de vue égocentré à un point de vue allocentré.

Chacun voudrait, sinon se guérir, du moins s'autosanter par le récit (Andrieu, 2012). S'autosanter consiste ici, à la différence de l'auto-médication, à écrire sa subjectivité dans le récit de son corps-chronique : cette écriture produit une élaboration de soi dans le cours de la progression de la maladie. Ce récit subjectif est élaboré par soi-même mais procure un sentiment de santé sans une amélioration objective certaine au regard du degré d'aggravation de la maladie

Le corps vivant n'est pas le corps vécu qui ne connaît le corps vivant qu'à travers une perception et une conscience culturellement situé. Le vivant nous informe par sons activité, sons activation et son expression des processus à l'oeuvre en nous avant même que nous en ayons entièrement conscience : quel lecture du langage interne du corps ? Quelle symptôme redondant et répétitif alimente le corps chronique et le récit que le patient(e), le malade ou l'aidant(e) en 1er personne ? A travers une méthode l'émersiologie nous montrerons comment prendre en compte l'activité du vivant dans l'information de la conscience du corps vécu notamment à travers les récits de malades, les itémisations de verbatim de malades chroniques et les autobiographies. Quelle place devons nous accorder à ces experts en 1er personne dans nos enseignements sur le corps ? Y-a--til un conflits d'expertises entre le savoir en 3eme personne du corps en médecine et la connaissance expérientielle en 1er personne ? Comment situer l'Education thérapeutique du patient par rapport au récit du corps chronique ? Nous examinerons ces conflits épistémologiques tout en démontrant la complémentarité hermeneutique des différents points de vue du corps en 1er et 3eme personne

Vendredi 26 - 9h - 3

Corps, esprit, sentiment de soi: quelles représentations chez les malades d'Alzheimer?

Lefebvre Des Noettes Véronique ¹

1 : Ecole doctorante OMI UPEC (organisation marchés Institutions Université Paris Est Créteil)
Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne (UPEC)
site pyramide 94000 Créteil

Les malades d'Alzheimer, ces "déments" âgés, qui ne sont vus qu'au travers de leurs déficits cumulés, privé d'esprit, dans un corps qui se délite, polypathologiques, dépendants, comment ressent-il leur corps? comment vivent-ils ces altérations motrices, sensorielles, cognitives. Partant d'une présomption de compétence, en se donnant les conditions de possibilité d'une rencontre médiée par le dessin d'eux-mêmes, on objective un être au monde loin du "de-mens" que l'on croit. C'est à la quête du "chez-soi" corporel chez les patients Alzheimer que vous convie cette communication dans un voyage philosophique, poétique, artistique (la médecine n'est-elle pas un art?) et éthique.

Vendredi 26 - 17h - 3

Corps physique, corps animé au 19e siècle: l'abbé Bautain et Lamennais

Perru Olivier ¹

1 : Sciences, Sociétés, Historicité, Education, Pratiques, E.A. 4148, Université Lyon 1 (S2HEP)
Université Claude Bernard - Lyon I : EA4148
EA n°4148, S2HEP, Université Lyon 1, 43, boulevard du 11 novembre 1918, 69622 VILLEURBANNE CEDEX.
<http://s2hep.univ-lyon1.fr/>

Chez les auteurs chrétiens du 19e siècle, le corps humain était à la fois un corps matériel, objet de science expérimentale, et un corps animé, lieu de la vie morale. "L'homme vit physiquement, animalement, avant de vivre intellectuellement et moralement" écrit Louis Bautain (1796-1867). Selon Bautain, le corps est le point de contact entre l'efficacité de la volonté morale et le monde physique, son organisation renvoie à l'opération de l'âme au sens de Stahl. Chez Lamennais (1782-1854), dans "Esquisse d'une philosophie" (1840), les aspects physiologiques du corps humain sont relativisés à un vitalisme où c'est l'esprit qui a le maître mot, un esprit créé par Dieu. A la fois physique et animé chez Bautain, le corps est selon Lamennais, un organisme mu par une force vitale immatérielle. Le vitalisme spiritualiste de Lamennais insiste davantage sur l'union en l'homme d'un esprit, créé à l'image de Dieu, et d'un corps vu surtout, semble-t-il, comme constituant un organisme. Lamennais et Bautain se sont tous deux intéressés à la médecine de leur temps, c'est à dire d'avant Claude Bernard, et ont cherché à élaborer une pensée philosophique compatible avec les progrès scientifiques.

Nous ne posons plus aujourd'hui les mêmes questions ni ne nous situons dans les mêmes démarches, mais nous nous interrogeons toujours sur la jonction/continuité entre le corps et l'activité psychique, intellectuelle, morale, laquelle s'incarne dans un espace somatique. Nous nous interrogerons donc sur la possibilité de nous saisir des apports de Bautain et de Lamennais, confrontés à la science et aux questions de leur temps, pour en faire une relecture actualisée.

Vendredi 26 - 16h - 2

Un exemple d'apprentissage en ligne des Humanités: «Le corps, média des valeurs et cultures.»

Burnier Isabelle ^{1*}

1 : Programme Médecine et Humanités
451 Smyth, Ottawa ON K1H 8M5

* : Auteur correspondant

Le programme Médecine et Humanités fait partie intégrante des quatre années du cursus universitaire de la Faculté de médecine d'Ottawa. Parmi les modalités d'enseignement, les modules d'auto apprentissage pour les humanités (MAA-H) permettent un apprentissage en ligne (e-learning), actif, disponible en tout temps qui permet aux étudiants d'avoir accès à des notions fondamentales à propos des humanités, pour en débattre ensuite dans des cours ou des ateliers. Pour présenter le format des MMA-H, nous choisirons de découvrir celui sur « Le corps média des valeurs et cultures » qui questionne le sens que l'on donne au corps : objet, lieu de l'identité, miroir de la société, aspect temporel, construction sociale, lieu de rituel. Le Canada est un pays bilingue, multiculturel où la pratique de la médecine devient un acte social teinté de valeurs et de croyances. Il nous semble primordial d'offrir à nos étudiants et aux professionnels de la santé des connaissances nourries d'ailleurs et de diversité.

Les échanges internationaux nous semblent importants afin de partager nos perceptions et nos pratiques dans un monde nomade et pourtant si facilement connecté. Outre l'utilisation in situ des MAA-H dans les cours de médecine à Ottawa, ceux-ci peuvent servir de préparation, par exemple, pour des débats en visioconférence entre les universités francophones.

Le contenu des MAA-H est rédigé par différents professeurs de sciences humaines et sociales, sous la coordination de médecins qui veillent à ce que les humanités soient reliées au cursus des études de médecine ou à la formation continue des professionnels de santé.

Le format de l'apprentissage en ligne répond parfaitement à ces notions de mobilité, disponibilité, diversité. Notre souhait est de créer une banque de MAA-H accessibles en ligne à toute la communauté internationale francophone et d'obtenir la participation d'auteurs de différentes universités afin d'échanger les perceptions des Humanités selon les cultures et lieux géographiques.

Cette présentation a donc pour but de faire connaître un mode d'apprentissage en ligne ouvert à tous et dans cette idée de collaboration et partage, de créer des liens entre les différents acteurs des sciences humaines et de la médecine au niveau international.

Vendredi 26 - 10h - 1

La société des vieillards. De la société à la cité.

Boarini Serge ¹

1 : BOARINI

Aucune

8 rue Ampère. 38300 BOURGOIN-JALLIEU

Dans les traités médicaux du XIXe s., la santé du vieillard est présentée d'une part comme la conséquence de l'évolution biologique de son état, qu'il partage avec tous les autres vivants, d'autre part comme la conséquence d'un régime de vie dont il est aussi l'auteur. Il y a donc deux approches de la santé du vieillard. L'une concerne la pathologie qui bien qu'elle soit propre au grand âge reste une propriété commune à tout vivant. L'état du vieillard résulte de l'état de ses organes. Dans un article (« Vitesses et temporalités du corps du vieillard », *Ethique & Santé*, 2014, Vol 11/2, pp. 77-84) j'entendais montrer que le vieillissement était considéré au XIXème siècle comme la divergence de temporalités : le vieillissement est spatialement local localisé dans chaque organe ; le vieillissement est la résultante de temporalités asynchrones : chaque organe vieillit à une vitesse différente. A cette approche du vieillissement correspond de nos jours la gériatrie dont Charcot a jeté les bases. La seconde approche concerne la manière d'appréhender le vieillissement. S'il a existé de longue date des considérations sur la manière de bien vieillir (Céphale dans la République de Platon ; Cicéron, *De la vieillesse*), ces considérations étaient des manières de bien vivre son vieillissement de sorte que les traités apparaissaient comme autant de livres de sagesse, à vocation ou à prétention philosophique. La manière de vivre le vieillissement attestait de la manière de vivre tout court.

La contribution veut montrer un autre aspect, celui par lequel des médecins ont espéré pouvoir non pas agir sur le vieillissement mais pouvoir faire agir le vieillard sur son propre vieillissement. En 1920, le Pr. A. Lacassagne propose un programme pour une société de séniculture : « Les vieillards ont besoin d'être conseillés, guidés par des personnes âgées, désintéressées, se consacrant bénévolement à cette tutelle protectrice. Ce serait certainement un des grands services rendus par une Société de Séniculture ». Il reprend ainsi les principes de la gérocomie de J. Millot (1807) mais il esquisse un programme qui va au-delà d'une hygiène vie. La Société de séniculture serait un accompagnement social des vieillards.

La contribution proposée est le diptyque d'une étude plus générale (Pourquoi la personne âgée n'est-elle pas une personne ? Le regard médical sur les vieillards au cours du XIXe siècle) qui porterait sur l'aspect social : le vieillard est une personne mineure qu'il faut aider. Au programme de Lacassagne s'opposent les intentions d'un autre lyonnais, Camille Rambaud, avec la construction d'une cité des Vieillards. La socialisation du vieillard est-elle une mise sous tutelle ou est-elle le moyen de redonner aux vieillards le contrôle de son propre sort ? Peut-on socialiser le vieillard et comment ?

Vendredi 26 - 15h30 - 2

Corps maternel, corps monstrueux: le matricide sous le regard psychiatrique

Leaune Edouard ¹

1 : ORSPERE-SAMDARRA

Hôpital du Vinatier

CH Le Vinatier, 95, boulevard Pinel Lyon

<http://www.orspere.fr>

Avec l'arrivée de la psychanalyse, notamment kleinienne et lacanienne, dans la pensée et la pratique psychiatrique, la mère est advenue comme objet clinique à part entière. Largement oubliée jusqu'alors dans la psychopathologie des aliénistes puis des psychiatres, la figure maternelle a été décrite au travers de ses attributs corporels (sein, ventre, utérus...) si bien que l'espace maternel a été pensé uniquement comme celui de la corporéité, du rapport archaïque aux enveloppes et cavités matricielles. Dès lors, qu'il s'agisse de la « mère-crocodile » (Lacan, 1991), de la « mère phallique » (Green, 1969), de Méduse (Racamier, 1980) ou de la « mère schizophrénogène » (Bergeret, 1974), la question de la monstruosité de cette altérité corporelle maternelle s'est posée comme un mode d'entrée privilégié dans l'étude du rapport à la maternité et de sa supposée pathogénicité.

L'étude du matricide par la psychiatrie française à partir des années 70 (Staël, 1971; Amargil, 1975), meurtre jusqu'alors totalement impensé par la discipline, ouvre la voie d'une analyse précise des liens qu'entretiennent corporéité, monstruosité et maternité dans l'imaginaire psychiatrique. Le corps assassiné, mutilé de la « mère du psychotique » est l'occasion d'un regard professionnel riche de sens sur la maternité et la féminité, lieux supposés de l'inconstance, de la versatilité et du fusionnel, au contact desquels le péril psychique demeure à chaque instant. En mettant au cœur de ses pratiques la question de la mère et de son corps, la psychiatrie française a en effet déployé un imaginaire fécond, aujourd'hui remis en cause par certains auteurs (Kristeva, 2012, Schneider, 2007), au cœur duquel il s'avérait difficile de penser la question du corps maternel et du corps féminin sans y déceler les affres de la captation, de la sidération et de l'impossible accès au symbolisme, au prix d'une tendance normative à l'égard de la parentalité (Neyrand, 2003) et de la position maternelle.

Une analyse des déterminants épistémologiques, sociologiques ou encore anthropologiques ayant concouru à l'érection de ce regard professionnel et médical sur le corps maternel semble nécessaire pour mieux appréhender l'imaginaire du corps féminin véhiculé dans la psychiatrie moderne.

Vendredi 26 - 17h30 - 2

La notion d'expérience de santé dans un programme québécois de sciences infirmières : modalités, enjeux et défis de cette intégration

Vonarx Nicolas ¹

1 : Université Laval
Québec

Parce que la discipline infirmière fait de l'expérience de santé un objet de première importance, les curriculums de formation ont à présenter cette notion et à puiser inévitablement dans les sciences humaines et sociales pour livrer ce qu'elle révèle. Qu'on le fasse à partir de travaux de sociologues, d'anthropologues, de philosophes ou de théoriciens en sciences infirmières qui s'en sont inspirés, le mandat est de montrer aux étudiants l'importance de fonder ou d'arrimer les soins infirmiers à une expérience qu'il faut questionner, mettre à découvert et adresser dans l'acte de soigner. À la fois point de départ et point d'arrivée de la démarche soignante, cette expérience est présentée dans notre programme de formation des infirmières bachelières à partir d'une théorie de soin où l'on combine à la fois une analyse critique des cadres de pensées biomédicaux et psychosociaux trop "réalistes" et formalisants, une approche socio-phénoménologique et un recours au concept d'identité.

Dans cette communication, nous présenterons d'abord les modalités de cette intégration de l'expérience dans le programme de sciences infirmières en évoquant notamment les contenus thématiques d'un cours de 60 heures, sa logique interne et ses objectifs d'apprentissage. Nous verrons alors qu'est-ce qui nous apparaît pertinent de mobiliser dans les sciences humaines et sociales, et montrerons encore comment les contributions de ces sciences dans la discipline infirmière passent nécessairement par une transformation des contenus et des thèmes au gré de logiques et de cadres signifiants propres à cette dernière. Nous reviendrons ensuite sur les défis et les enjeux de cette intégration, entendu : que l'expérience de santé côtoie d'autres contenus; que les savoirs empruntés en sciences infirmières proviennent de plusieurs horizons disciplinaires; que la discipline infirmière s'affirme au Québec et pose des frontières; que le chemin emprunté par les étudiants dans ce type de cours cadre difficilement avec un ordre d'apprentissage dominant.

Jeudi 25 - 15h - 2

Regards anthropologiques sur la singularité-complexité des trajectoires thérapeutiques des patients amputés des membres inférieurs

Groud Paul-Fabien ¹

1 : Centre de Recherches et d'Etudes Anthropologiques- CREA (EA 3081) - Université Lumière-Lyon 2
Centre de Recherches et d'Etudes Anthropologiques- CREA (EA 3081) - Université Lumière-Lyon 2
5, avenue Pierre Mendès-France 69676 Bron Cedex

Cette communication propose une synthèse d'une partie d'un travail de recherche de doctorat en anthropologie, réalisé en France, ayant comme objet d'étude les multiples vécus des personnes amputées des membres inférieurs (amputations tibiale et/ou fémorale). Cette recherche, se revendiquant d'une anthropologie du très proche (Gardou 2009), étudie la singularité des trajectoires des personnes amputées et la multiplicité des processus de production du handicap (Fougeyrollas 2007) générée par ce bouleversement de l'intégrité et du schéma corporels que provoque l'amputation en lien avec l'incorporation de la prothèse.

Le matériau de cette étude a été recueilli au cours d'une enquête de terrain ethnographique immersive au sein du service « vasculaire-appareillage » de l'Institut de Rééducation du CHU de Grenoble et d'un suivi post-institution hospitalière des personnes amputées. Cette recherche propose une analyse ethnologique des différents retentissements corporels-matériels de l'amputation au travers de la complexité, de la fragilité et de la tension qui se tissent via le processus d'hybridation (Andrieu, 2008) entre le sujet-corps (amputé et altéré) et l'objet-prothèse (technicisé et modulable) au sein du milieu sanitaire institutionnel hospitalier, avec en arrière-plan, les normes corporelles dominantes occidentales (Le Breton 2005), les enjeux d'inclusion sociale (Gardou, 2012) et les débats sociétaux actuels sur l'homme réparé-augmenté (Besnier, 2009).

Cette étude décortiquera tout d'abord le fonctionnement, la spatialité-temporalité et les enjeux socio-thérapeutiques du service hospitalier, ainsi que, les manières dont les différents acteurs (médicaux, kinésithérapeutes et prothésistes) développent un discours, appréhendent, soignent et modèlent le corps et particulièrement le moignon du patient amputé en lien avec la prise en compte de la prothèse. Puis, dans la continuité de cette première réflexion et dans la prise en compte de l'analyse des contenus narratifs des patients (Good, 1998) sur ce rapport corps-prolongement prothétique, ce travail s'intéressera également aux multiples faire-corps (Warnier 1999), processus d'ajustement (Winance 2007) et potentialités/limitations que développent les patients amputés avec leurs prothèses (représentations, conduites motrices-maîtrise de la (dé) marche, esthétisme et (in)visibilité de l'objet) dans le but de masquer leurs stigmates (Goffman 1977) et de pallier leurs situations de handicap afin de se rapprocher au plus près des normes corporelles du milieu « valide ».

Plenièrre vendredi 26 - 14h - 1

Appelez-moi Plume, les petits et grand mots autour de l'anorexie

Lebars Marie ¹

1 : Département de Médecine Générale de Lyon Est
Université Claude Bernard - Lyon I (UCBL)

Appelez-moi Plume raconte le vécu d'un soin de l'anorexie. Ecrit sous la forme d'un abécédaire, vous n'y trouverez pas les vingt-six lettres de l'alphabet mais vingt-six regards différents portés sur la maladie. Regards différents mais qui se complètent. Lettre par lettre se dévoile l'histoire de Lucia, jeune fille de dix-huit ans. Le plus souvent c'est elle la narratrice. Cependant son entourage proche prend tour à tour la parole et c'est ainsi que père, mère, frère, amie et thérapeute s'expriment sur leurs peurs, leurs incompréhensions et leurs espoirs. Le corps de Lucia s'exprime lui aussi le temps de quelques chapitres. La route vers la guérison est longue et difficile mais cherchez bien à travers ces mots la présence de la lumière au bout du tunnel.

Jeudi 25 - 9h30 - 4

L'ambivalence du corps en médecine: virtualité des données et matérialité de la chair

Lamy Julien ¹

1 : Institut de Recherches Philosophiques de Lyon (IRPHIL (EA 4187))

Université Jean Moulin - Lyon III : EA4187

Institut de Recherches Philosophiques de Lyon (IRPHIL) Université Lyon 3 18, rue Chevreul 69007 LYON

<http://facdephilo.univ-lyon3.fr/recherche/institut-de-recherches/>

Nous proposons d'examiner, dans le cadre de cette étude, le statut ambivalent du corps dans le contexte du soin et de l'intervention médicale sur la personne souffrante. Si le corps est l'objet central des préoccupations des acteurs de la situation thérapeutique (patients et soignants), étant donné qu'il s'agit d'intervenir sur lui pour conduire l'enquête diagnostique et réaliser les protocoles de soins, le corps est aussi ce qu'on observe et ce qu'on connaît, ce qu'on explore et ce qu'on manipule, autrement dit ce qu'on modifie par une action intelligente, dirigée par des connaissances théoriques et expérimentales validées. Mais loin d'être un simple objet de préoccupation cognitive (observation, explication) et pratique (traitement, soin), le corps pris en charge par la médecine demeure une réalité "résistante", une matière vivante à laquelle on se confronte dans le cadre d'une expérience dont les aspects rationnels, quantitatifs et techniques n'éliminent pas les aspects subjectifs et qualitatifs: le patient éprouve directement ce qu'il vit dans son corps (sensations physiques, douleurs), sur fond de croyances et de désirs; le soignant aborde le corps d'un autre sujet par l'intermédiaire de son propre corps (confrontation directe à autrui et à son intimité) et de son expérience propre (vécu, croyances), malgré la prolifération des médiations théoriques et instrumentales. Le corps, par sa prégnance matérielle et sensible, est de ce fait le pivot central de la relation entre le malade et le soignant, ce qui implique des impératifs épistémologiques (connaissance adéquate), techniques (efficacité, réussite) et éthiques (bien agir, prendre soin). Cependant, à ce corps appréhendé par sa matérialité, imprégné d'états subjectifs (croyances, désirs, émotions), se superpose un autre corps, pris en charge par les outils d'observation médicale et d'analyse scientifiques, qui se manifeste par des données multiples, issues des procédés de mesure (constantes vitales, taux des éléments chimiques) et des outils d'imagerie (échographie, IRM). Au corps présent ici et maintenant par sa matérialité sensible se substitue alors un corps virtualisé, projeté sur écran et sur papier, au point que le corps vécu peut être occulté par le corps objectivé, au risque d'une désaffectation pour le corps souffrant, réduit à un ensemble de données, comme le souligne Didier Sicard dans "La médecine sans le corps" (2002). Il ne s'agit pas ici de rejouer le "pseudo-débat" sur le décalage entre le corps vécu par la personne malade et le corps objectivé par l'intelligence médicale. Il est au contraire question de montrer que ces deux modes de compréhension de la corporéité sont complémentaires, nécessaires, et qu'ils exemplifient la dualité constitutive de la médecine: comprendre la maladie et soigner les hommes. Mais l'articulation de ces deux référentiels demeure à penser de façon plurielle et cohérente, sans réduire la complexité de la réalité médicale, ni escamoter les spécificités du vécu et du connu. Nous mobiliserons ici, pour cadrer l'enquête et dégager des éléments de réponse au problème, les outils d'analyse empruntés à l'oeuvre de Bachelard, notamment à sa réflexion sur l'articulation correcte de la rationalité, de la sensibilité et de l'imaginaire dans la compréhension de l'expérience humaine.

Jeudi 25 - 11h - 3

Reconfiguration du schéma corporel : entre sensations, imagination et interaction avec le soignant

Henry Julie ¹

1 : CERPHI - UMR 5037

ENS de Lyon - site Descartes

15 parvis René Descartes BP 7 000 69342 Lyon cedex 07

Suite à un accident ou à une pathologie, un patient peut subir un handicap se déclinant selon la nomenclature de l'OMS en déficience (perte ou altération d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique), incapacité (réduction de la capacité à accomplir une activité d'une façon considérée comme normale pour un être humain) et désavantage (limitation, pour l'individu en question, de l'accomplissement d'un rôle jugé normal selon son âge, son sexe, et ses facteurs sociaux et culturels).

Si le schéma corporel du patient est troublé par l'accident ou la pathologie subis ? ou plus exactement par les effets somatiques, psychologiques et existentiels de cet accident ou de cette pathologie ?, la prise en considération de ces différentes dimensions résultant du handicap initial permet d'envisager de façon plurielle la perspective d'une rééducation, et ainsi de donner corps à l'impératif éthique de considérer la personne soignée derrière la pathologie prise en charge. Autrement dit, de faire que cet impératif ne soit pas réduit à une dimension annexe aux soins (accompagner la personne aux côtés de la prise en charge médicale et technique de sa pathologie), mais devienne partie prenante de la conception du projet de soins et du projet d'intervention.

Dans le cadre de cette communication, nous nous appuyerons sur une analyse philosophique de 2 ou 3 cas cliniques issus de notre travail anthropologique de terrain en service hospitalier de rééducation fonctionnelle, afin de montrer quels peuvent être les apports d'une approche intégrative du corps humain (qui est à la fois organique, sensitif, affectif, imaginatif, mémoriel, etc.) en vue de contribuer à l'adaptation des pratiques de soins aux ressources personnelles et motivations singulières des patients.

Nous trouverons ainsi dans l'anthropologie philosophique de Spinoza des éléments d'une compréhension élargie et intégrative des êtres humains, permettant de penser les bases sur lesquelles se noue la relation patient-rééducateur, comment peut se mettre en place de façon collégiale le projet d'intervention auprès du patient, et quelles techniques alternatives et novatrices peuvent être utilisées pour prendre appui sur ce qui est humainement à disposition de chacun, du côté du patient comme du côté du soignant. Derrière l'exigence selon laquelle il faut prendre soin du patient comme personne, nous souhaiterions défendre l'idée selon laquelle cela ne peut se faire si on ne permet pas au soignant lui-même d'être également présent en tant que personne, avec ses ressources, ses affects, ses représentations et son intelligence situationnelle.

Dans le cadre d'une réflexion centrée sur la reconfiguration du schéma corporel, nous ferons tout particulièrement porter notre attention sur trois points : le rôle de la sensation de soi et du corps vécu dans le processus thérapeutique de convalescence et d'éventuelle guérison ; la médiation de l'imagination dans les phases de maintien ou de récupération de fonctions corporelles, à partir d'une évocation de l'imagerie motrice ; et les lieux pluriels d'interaction patient-soignant dans la réappropriation de son corps, la réinscription dans l'histoire de vie et le réapprentissage d'une vie quotidienne.

Jeudi 25 - 17h - 2

Le corps malade à l'adolescence dans la maladie somatique chronique

Gilormini Graziella ^{1*}

1 : Centre de Recherches Psychanalyse, Médecine et Société - EA 3522 (CRPMS)

Université Paris VII - Paris Diderot : EA3522

Université Paris Diderot Bât. Olympe de Gouges case postale 7058 75205 Paris cedex 13

<http://www.crpms.shc.univ-paris-diderot.fr>

* : Auteur correspondant

Diagnostiquée pendant l'enfance, la maladie somatique chronique bouleverse l'image que l'enfant a de son corps et son rapport à celui-ci. Il doit faire face à cette étrange maladie qui surgit en lui, sans en comprendre vraiment les origines, les raisons. La maladie somatique chronique s'inscrit dans le corps. Mais qu'est ce que cela veut dire « maladie somatique » ? Est-ce une maladie du corps, dans le corps, qui convoque le corps, qui en prend possession ? La maladie est-elle un parasite qui s'invite ou qui se réveille ? Et qu'entend-t-on par chronique ? Une temporalité qui s'impose, pour toujours, à jamais ? Ou qui se répète ? Mais qu'est ce que ce mal-a-dit ? Qu'est ce que le sujet peut surtout en dire ?

La métamorphose du corps au moment de l'adolescence occupe un rôle central. Elle déclenche un ensemble de phénomènes psychiques, liés à la puberté, aux transformations corporelles. Le corps changeant a des répercussions, toute l'activité pulsionnelle s'éveille. Physiologiquement et psychologiquement le corps se transforme. Cependant, l'adolescent atteint d'une maladie somatique chronique se trouve prématurément confronté à cette rencontre avec de nouvelles sensations, perceptions, qui ne sont pas codifiées, qu'il n'a pas été possible d'anticiper avec l'annonce de la maladie.

Bien avant l'arrivée de la puberté, l'enfant à qui les médecins annoncent un diagnostic de lymphangiectasie digestive et respiratoire congénitale, est obligé de faire face à l'arrivée d'un étranger inquiétant qui lui tombe dessus : la maladie. Celle-ci va venir bouleverser la perception que l'enfant a de lui, la façon dont ses parents l'investissent, comment ses pairs, les autres le voient. Ce corps malade, gonflé d'oedèmes, affilié au monstrueux suscite un état de malaise dans la perception, une ambiguïté. Il ne semble plus tout à fait humain sans en être complètement étranger.

Pour autant, le sujet doit s'approprier ce corps nouveau, corps-malade. Avec l'arrivée de la puberté, il se trouve de nouveau confronté à des sensations étrangères, un nouveau travail d'appropriation convoque le sujet. Pour une adolescente dont la maladie déforme le corps, comment appréhender pour elle ces changements et ce que P. Gutton nomme « le pubertaire » ?

A l'annonce d'une maladie somatique chronique, il y aurait donc rencontre prématurée avec l'étranger en soi : comment le sujet aborde-t-il alors le nouvellement étranger à l'adolescence si il y a déjà été confronté auparavant ? Comment s'inscrit la puberté dans un corps déjà marqué par la maladie ? Nous pourrions penser que l'adolescent a peut être un temps fantasmé que la puberté « l'épargnerait », qu'elle n'arriverait jamais car lui avait déjà été marqué par la maladie. En m'appuyant sur une vignette clinique, j'aimerais poser cette hypothèse : l'avènement du corps sexué ne serait-il pas un moyen pour l'adolescent de véritablement s'approprier son corps malade ?

Jeudi 25 - 15h30 - 4

Maladie chronique et risque suicidaire à l'adolescence

Douillard Jean-Luc ¹

1 : Centre de Recherches Psychanalyse, Médecine et Société - EA 3522 (CRPMS)

Université Paris VII - Paris Diderot : EA3522

Université Paris Diderot Bât. Olympe de Gouges case postale 7058 75205 Paris cedex 13

<http://www.univ-paris-diderot.fr/CFDIP/>

L'adolescence est une période de remaniements physiologiques, mais également psychologiques qui impose à chaque enfant de s'armer pour traverser une période de troubles somatiques et psychologiques intense, souvent difficile, parfois douloureuse et quelques fois dramatique. Au cours de cette période charnière entre l'âge de l'enfance et la vie d'adulte, plusieurs problématiques sont à investir, ou réinvestir, à questionner et à vivre, sur le plan familial, sur le plan des relations sociales devenues essentielles par le déclenchement des processus d'adolescence, sur le plan des processus psychique et de l'organisation de la pensée, mais surtout, sur le plan du corps.

La problématique corporelle est au coeur de la construction de l'identité de soi à l'adolescence et se retrouve exposée et éprouvée sans cesse dans les autres paradigmes que sont la famille, la société et la vie psychique.

Cette période est tellement difficile que beaucoup de ces adolescents n'arrivent pas à se sentir exister à la hauteur de ce qu'ils attendent de la reconnaissance de soi dans le regard des autres. C'est ainsi qu'un grand nombre d'entre eux à recours à la blessure auto-infligée ou à l'abus de substances psychoactives pour se sentir exister, avec toujours ou presque l'illusion de la maîtrise de ses gestes ou de ses pratiques excessives.

Certains adolescents souffrent tellement dans leur quête identitaire, ont tellement le sentiment de ne pas exister, que beaucoup ont recours à l'alternative suicidaire pour arrêter de souffrir, arrêter de se prendre la tête, arrêter d'avoir le sentiment qu'ils n'existent pour personne ou qu'ils ne sont pas dignes d'être aimés. Mourir de ne pas se sentir « être » ou de devoir débarrasser les autres d'un être sans utilité.

Les filles font beaucoup plus de tentatives de suicide que les garçons (3/1), mais les garçons meurent beaucoup plus de leur tentative de suicide que les jeunes filles (3/1).

Trois facteurs de risque sont très « actifs » dans les situations de suicides d'adolescents ; la rupture amoureuse, le deuil d'un proche et particulièrement le deuil après suicide, et la violence sexuelle ou psychologique subie.

Un facteur de risque se distingue cependant dans la clinique des adolescents sans pour autant être très souvent évoqué. Il s'agit du diabète de type 1.

L'annonce de cette maladie chronique, la réalité des traitements qu'elle impose à vie pour des adolescents déjà fragilisés dans leur corps par les processus d'adolescence, accentue de manière significative le risque de passage à l'acte suicidaire.

Face aux souffrances psychologiques que provoquent l'annonce du diabète, les perspectives des soins « à vie » à son corps en pleine activité pubertaire, il est essentiel de proposer deux axes de soutien pour éviter le recours à l'agir suicidaire comme alternative à la souffrance.

Quelle prise en charge pluridisciplinaire peut être envisagée pour ces adolescents afin d'évaluer le ressenti qu'ils ont de la maladie chronique et limiter le recours à la tentative de suicide ?

Quel accompagnement pour les parents et les proches d'adolescents atteints de maladie chronique pour développer les facteurs de protection essentiels face au risque d'idéation suicidaire ?

Jeudi 25 - 15h - 4

Les patients formateurs dans le cadre du «modèle de Montréal»

Flora Luigi ^{1,2,3}

1 : EXPERICE, Université Paris 8 (EXPERICE)

Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis : EA3971

<http://www.univ-paris13.fr/experice/fr/membres-experice/post-doctorants-experice.html>

2 : Université de Montréal (IRSPUM)

<http://www.irspum.umontreal.ca/fr-ca/larecherche/stagiaires.aspx>

3 : Direction collaboration et partenariat patient (DCPP)

Université de Montréal C.P. 6128, Bureau Y-201-54, Centre de pédagogie appliqué aux sciences de la santé, Direction collaboration et partenariat patient, bâtiment Roger Gaudry, succursale Centre-ville Montréal (Québec) CANADA H3C 3J7

<http://medecine.umontreal.ca/faculte/direction-collaboration-partenariat-patient/>

Des patients formateurs sont sollicités depuis les années 90 dans diverses facultés de médecine et instituts de formations de professionnels de la santé (Jouet et al, 2010 ; Flora 2010). C'est cependant aux contours de la seconde décennie du 21^{ème} siècle qu'une réelle organisation est mise en oeuvre (Pomey et al, 2015) au travers de l'expérience de l'université de Montréal. Cette organisation, initiée par un acte fort, la création d'un bureau facultaire de l'expertise patient partenaire (BFEPP) par le doyen de la faculté de médecine de l'époque (Flora, 2012), s'est construite à partir d'une redéfinition de la relation entre patient et professionnel de la santé (Karazivan et al, 2015). La direction collaboration et partenariat patient (DCPP), héritière du BFEPP, réfléchié avec les instances quand impliquer des patients formateurs, comment, où et pourquoi. C'est à partir de ces éclairages qu'ont été organisés des cours co-construits et introduit les profils de patients formateurs permettant de répondre à la nécessité. La direction collaboration et partenariat patient de la faculté de médecine de l'université de Montréal implique actuellement dans différentes stratégies pédagogiques plus de 170 patients formateurs selon trois profils de patients et quatre postures pédagogiques dans les mises en situations. C'est ce dont traitera cette communication, à partir de ce que les USA nomme depuis 2014 : The Montreal Model (Macy's, 2014).

Références bibliographiques :

Jouet, E. Flora, L. & Las Vergnas, O. (2010), «Construction et Reconnaissance des savoirs expérientiels», Note de synthèse du N°, Pratique de formation : Analyses, N°57/58, Saint Denis, Université Paris 8, pp. 13-94.

Flora L. (2010), «Le patient formateur auprès des étudiants en médecine : un concept effectif», *Revue Générale de Droit Médical*, N° 34, mars 2010, Bordeaux, pp.115-135.

Flora L. (2012). *Le patient formateur : élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation Université Vincennes-Saint-Denis-Paris 8, Campus Condorcet.

Pomey M.-P., Flora L., Karazivan P., Dumez V., Lebel P., Vanier M.-C., Débarge B., Clavel N., Jouet E. (2015), « Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de santé », *Santé publique*, Vol. 27, N°1 Supplément, Janvier-février, pp.41-50.

Karazivan P, Dumez V, Flora L, Pomey M-C, Fernandez N, Ghadiri D, et al. (2015)« The Patient as Partner in Care: Conceptual Grounds for a Necessary Transition », *Journal of the association of american college*, 21/01/2015 : http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/publishahead/The_Patient_as_Partner_Approach_in_Health_Care__A.98875.aspx

Vanier M.-C., Dumez V., Drouin E. et al. "Partners in Interprofessional Education : Integrating Patients-as-Trainers". Dans : Fulmer, T & Gaines, M. *Partnering with Patients, Families, and Communities to Link Interprofessional Practice and Education*. Proceedings of a conference sponsored by the Josiah Macy Jr. Foundation in April 2014 ; New York : Josiah Macy Jr. Foundation ; 2014.

Jeudi 25 - 10h - 1

Les images scientifiques du corps malade seraient-elles des « faitiches » ?

Granier Bettina ^{1,2}

1 : Laboratoire S2HEP (EA S2HEP)

Université Claude Bernard - Lyon I

Service Commun SHS, Faculté de Médecine, Site Rockefeller, 69008

<http://s2hep.univ-lyon1.fr>

2 : Service de Radiologie

Hôpital de Fourvière

Hôpital de Fourvière 69005 Lyon

L'image médicale, depuis le premier cliché radiographique de la main de Berta Roentgen en 1895, se construit historiquement comme représentation scientifique du corps malade. Ressemblance iconique avec son modèle, contenu informatif restituant les propriétés physiques du corps humain, l'image du corps a d'abord été celle des physiciens. Pour qu'elle devienne imagerie spécifiquement médicale, il a fallu conjuguer la maîtrise des dispositifs opératoires et celle du savoir médical, par la professionnalisation de la radiologie. L'image en médecine est alors devenue un outil incontournable dont la capacité à représenter le corps est d'autant plus grande que sa fabrication est plus rigoureuse.

Mais l'enquête ethnographique en milieu médical, quand elle s'attache à suivre l'image médicale au quotidien, de sa prescription à son utilisation, offre un tableau plus bariolé, un foisonnement d'interactions déroutantes de la part des médecins comme des malades. Par son exceptionnelle valeur heuristique, par son pouvoir de fascination, par les représentations symboliques qu'elle véhicule et les discours qu'elle appelle, l'imagerie médicale paraît dotée de pouvoirs magiques. Elle dépasse le rôle de simple dispositif technique qui lui est attribué, pour devenir un véritable acteur de la relation médecin-malade, le lieu d'un langage et d'un monde commun.

Faut-il alors choisir entre l'étude des techniques d'imagerie, lieux de savoir issus d'une activité rationnelle, et celle des usages sociaux des images, imprégnés de représentations parfois incontrôlables ? Ou peut-on accorder à l'imagerie d'être un acte à la fois technique et pleinement soignant, l'emblème d'une médecine moderne qui serait indissociablement efficace et humaine ? Peut-on dire avec Bruno Latour que c'est précisément parce que l'image médicale est fabriquée avec soin, donc digne de confiance, qu'elle acquiert un pouvoir qui nous dépasse légèrement ? Vrai outil donc vrai acteur, l'imagerie médicale serait-elle un « faitiche » ?

Mercredi 24 - 17h - 3

Conflits autour du risque périnatal : Le cas du système de santé et les jeunes femmes de milieu populaire au Brésil

Faya Robles Alfonsina ¹

1 : Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires (LISST)
CNRS : UMR5193 École des Hautes Études en Sciences Sociales [EHESS] Université Toulouse le Mirail - Toulouse II École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS)
Université Toulouse-Le Mirail Maison de la Recherche 5 Allées Antonio Machado 31058 TOULOUSE CEDEX 9
<http://w3.lisst.univ-tlse2.fr/>

A partir d'un travail ethnographique sur l'expérience de la maternité chez des femmes de milieu populaire au Brésil, à Recife et à Rio de Janeiro, la question autour du risque périnatal apparaît comme étant une nouvelle catégorie de régulation médicale et de la santé de la mère et de l'enfant. L'introduction de cette catégorie dans l'organisation de la prise en charge des grossesses est liée à tout un ensemble de changements opérés dans le système de santé publique poursuivant des objectifs sanitaires, comme la réduction de la mortalité infantile et maternelle. Le risque est défini institutionnellement en regroupant des dimensions médicales, cliniques et sanitaires, mais aussi une dimension sociale et culturelle (profession de la mère, âge, situation conjugale, etc). Ainsi, dans les quartiers périphériques les grossesses de jeunes femmes sont prises en charge à partir du prisme du risque. Cette notion, loin d'être neutre et a-historique, apparaît comme une ressource culturelle pour les professionnels de santé afin de transmettre des normes et des valeurs aux jeunes futures mères. Le risque périnatal fonctionne alors comme une catégorie mobile pouvant s'appliquer à diverses situations et produisant des nouveaux modes de légitimation de l'intervention médicale. Elle fonctionne comme technique de régulation des corps de femmes enceintes, mais aussi de leurs pratiques et comportements parentaux. Cependant, les données ethnographiques nous permettent de relativiser la force disciplinaire de la catégorie de risque et d'observer des dissensus du côté des femmes ainsi que des reformulations du risque et des manières de le gérer.

Jeudi 25 - 11h30 - 4

La maladie rare génétique et ses métaphores

Boucand Marie-Hélène ¹

1 : Santé Individu Société - SIS (SIS)

Hospices Civils de LyonInsermUniversité Jean Monnet - Saint-EtienneUniversité Jean Moulin - Lyon IIIUniversité Claude Bernard - Lyon I (UCBL)Université Lumière - Lyon II : EA4129

Université Lumière Lyon 2 5 avenue Pierre Mendès France 69676 Bron cedex

<http://laboratoire-sis.fr>

Lors d'un travail de recherche sur le vécu des maladies rares génétiques (travail de thèse), nous avons réalisé 16 enregistrements de témoignages de personnes touchées ou de parents d'enfants atteints par une maladie rare génétique.

Les métaphores utilisées sont fréquentes dans le discours spontané et concourent à exprimer les représentations du vécu de la maladie. Elle sont aidantes d'autant qu'il existe une difficulté de situer ce vécu dans les repères habituels de maladie ou de handicap. Nombreuses sont les métaphores autour de la génétique, de la période pré diagnostique, de l'annonce du diagnostic. Elle concernent également le vécu des soins et les inquiétudes sur le devenir compte tenu de l'absence de thérapeutique curative

Les métaphores ainsi parcourues illustrent combien il est difficile de dire ou de communiquer à autrui l'expérience toujours singulière de la maladie et du corps malade.

Vendredi 26 - 11h - 3

La blessure au visage : "un handicap d'apparence ?"

Tessier Peggy ¹

1 : Institut d'Histoire et de Philosophie des Sciences et des Techniques (IHPST)
École normale supérieure [ENS] - Paris CNRS : UMR8590 Université Paris I - Panthéon-Sorbonne
13 Rue du four 75006 PARIS
<http://www-ihpst.univ-paris1.fr/>

On attribue habituellement au visage le rôle de «support identitaire». Dans la tradition philosophique, il est la partie du corps où se laisse découvrir la personnalité de l'être humain, ses traits de caractère. C'est peut-être pourquoi la blessure du visage évoque immédiatement le problème de la perte d'identité personnelle et sociale. Le visage mutilé n'est plus «reconnaissable» par le blessé lui-même et par les autres. Mais de quelle identité et de quelle reconnaissance parle-t-on ici au juste ?

Afin d'explorer ces questions, nous proposons d'envisager l'expérience de la défiguration et le questionnement identitaire qu'elle engendre; en remontant aux origines de la reconstruction faciale, destinée aux Gueules cassées de la Grande Guerre, puis à travers des réflexions plus contemporaines, et notamment par la lecture du roman d'Antoni Casas Ros, *Le Théorème d'Almodóvar* (2008).

Vendredi 26 - 12h - 2

L'enseignement des sciences humaines et sociales en IFSI : l'exemple de l'anthropologie/ethnologie

Campergue Cécile ¹

1 : IFER, Dijon et Université Catholique de Lyon (Ucly) Membre associé au GSRL, Paris.
Université Catholique de Lyon Groupe Sociétés Religions Laïcités (GSR), Paris. Membre associé

Anthropologue, j'ai enseigné depuis 2009 (en tant que vacataire) et j'enseigne encore l'anthropologie, l'ethnologie et la sociologie dans plusieurs Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de plusieurs régions françaises. La place des Sciences Humaines et Sociales dans ces établissements réformés depuis 2009 n'est pas uniformisée : la lecture du nouveau référentiel connaît des interprétations multiples, l'investissement des formatrices dans ce champ disciplinaire n'est pas homogène (ce qui impacte la coordination pédagogique) tout comme le partenariat avec l'université. La difficulté à transmettre ces disciplines à un public non spécialiste dans un champ professionnel caractérisé (ce qui demande une pédagogie particulière et une adaptation de l'enseignement qui doit être conçu pour cette formation) se heurte aux attentes ambitieuses du référentiel, à la réalité des contraintes organisationnelles et institutionnelles (dont les logiques budgétaires) et aux interprétations plurielles concernant les objectifs de ces disciplines dites « contributives ». Nous prendrons l'exemple de l'anthropologie/ethnologie, dont la commande se matérialise souvent par les équipes sous la forme d'un savoir sur l'Autre, d'un savoir sur les autres cultures (sous-entendu, les patients « étrangers ») dont on attend de l'intervenant-anthropologue qu'il donne des solutions, des recettes. Nous aborderons les travers de la demande culturaliste, le rôle de l'anthropologue et son regard décalé qui porte à la fois sur les soignés mais aussi sur les représentations, pratiques et discours des soignants. Finalement, nous évoquerons le ressenti des étudiants face à cet enseignement disciplinaire qui peut apparaître au premier abord comme « exotique » puis à leurs réactions (parfois inattendues). La diversité des promotions et des parcours peut impacter les interactions enseignant/étudiants. Leurs réactions face aux déconstructions multiples de ce qui peut être considéré comme naturel face à la diversité culturelle et ses multiples dimensions d'aborder la santé, la maladie, la douleur, la mort, la naissance, le corps, l'hygiène, l'alimentation, la religion, etc., seront illustrées à partir d'exemples.

Jeudi 25 - 12h - 2

Médicaments, industrie pharmaceutique et sociétés : Une proposition pédagogique

Bonah Christian¹, Zimmer Alexis,*

1 : Département 'Histoire des Sciences de la Vie et de la Santé (SAGE-DHVS)
université de Strasbourg CNRS : UMR7363
Faculté de Médecine Université de Strasbourg 4 rue Kirschleger 67085 Strasbourg Cedex
<http://dhvs.u-strasbg.fr>

* : Auteur correspondant

« Médicaments, industrie pharmaceutique et sociétés » Enjeux contemporains du médicament et de l'industrie pharmaceutique : Approches historiques, économiques et sociales. Présentation d'un projet pédagogique.

Au sein de cette intervention nous vous proposons de vous présenter le projet pédagogique « Médicaments, industrie pharmaceutique et sociétés » Enjeux contemporains du médicament et de l'industrie pharmaceutique : Approches historiques, économiques et sociales. Ce projet, qui vient d'être soumis pour un financement IDEX auprès de l'université de Strasbourg, part d'un double constat. D'une part, le médicament et l'industrie pharmaceutique sont des éléments fondamentaux et controversés des systèmes de soins de santé. D'autre part, la complexité de leur interaction avec les enjeux de société reste encore peu analysée et explicitée, même pour les professionnels de la santé. Pour répondre de ce constat, ce projet de dispositif pédagogique innovant tripartite « SPOC (enrichissement pédagogique numérique d'un enseignement existant) ? environnement pédagogique élargi et pérenne (pérennisant les matériaux développés) ? MOOC (publicisant et rendant attractif les éléments pédagogiques élaborés) propose, par l'analyse socio-historique, des éléments pérennes pour la formation médicale et pharmaceutique visant à une compréhension large et problématisée des divers enjeux contemporains liés aux médicaments, en réponse aux défis posés par des recommandations récentes (OMS 2009/HAS 2013). Cette intervention exposera les principaux aspects de ce projet pédagogique : les objectifs pédagogiques, les formes et contenus des outils développés, ainsi que les modalités de leur production.

Mercredi 24 - 17h30 - 1

La prise en charge médicale par le social : éléments décisionnaires. Étude exploratoire du service social hospitalier auprès des individus atteints du SIDA

Batista Dias Andreia ¹

1 : École des hautes études en sciences sociales (EHESS)

Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS)École des Hautes Études en Sciences Sociales [EHESS]

54, boulevard Raspail 75006 Paris

<http://www.ehess.fr/>

Le présent article est issu de la recherche exploratoire sur les assistants sociaux intervenant auprès des individus atteints du sida en milieu hospitalier, dans le cadre du mastère 2 en sociologie. Notre proposition est d'avancer vers la compréhension de ce rôle social au service de la clinique et de l'accès aux droits des malades. La recherche a porté en particulier sur les délibérations en action des professionnels avec les individus malades, dans leur parcours d'accès aux soins. Les délibérations jouent un rôle important dans ce cadre étant donné que pour les individus sans protection sociale de l'État l'accès aux traitements n'est pas direct. Ces décisions sont en première instance prises par les assistants sociaux en consultation analysant chaque demande en particulier, d'après les normatifs disponibles. Nous cherchons à comprendre comment l'assistant social, dans son quotidien hospitalier avec les malades, agit en prenant en compte les dispositifs normatifs qui règlent la profession et la législation d'accès aux soins.

À lumière des approches interactionnistes en sociologie (Goffman, 1970; 1974; 1987; 1993 ; 1999) nous proposons une enquête sur le professionnel de service social dans son rôle bureaucratique des procédures complexes d'accès aux soins, parcourus par les malades du VIH/sida. Nous nous interrogeons sur la place de la singularité de l'individu au sein des décisions pratiquées quotidiennement pour accéder à ses biens ? de soins et de reconnaissance juridique. Le statut de demandeur de soins ne permet pas à tous les malades l'accès direct à ce bien, devenu vital; il existe une procédure bureaucratique (de raison humanitaire) qui le rend digne d'accéder à son droit (Fassin, 2010). C'est ici que l'assistant social est mis au centre des nouvelles démarches administratives et aussi des négociations entre les besoins de ces individus, souvent en précarité, et un État régulateur, dans la figure de l'administration hospitalière (Maille, 2007). Pour cela nous appuyons la recherche sur deux types de jugements, que caractérisent aussi deux formes d'implication dans l'action entre les acteurs : (i) le jugement moral et éthique et (ii) le jugement cognitif (Dodier, 1994). Le jugement moral et éthique souligne les données subjectives du parcours de l'acteur, lorsque le jugement cognitif est établi selon de données objectives ou observables (idem). Ce modèle nous permettra d'observer les interactions entre les acteurs, selon la proximité que l'assistant social maintient avec le malade, accédant pendant l'interaction, à sa singularité. L'importance d'étudier la proximité de l'assistant social accédant à la singularité de chaque malade émerge après les lectures des dispositifs normatifs qui règlent la profession.

La méthode de recherche compte sur des entretiens semi-directifs, afin d'avoir la liberté d'adapter nos questions au déroulement de l'entretien avec l'assistant social et de le faire évoluer vers nos pistes de recherche (Barbot, 2012). L'enquête a eu lieu dans deux centres hospitaliers localisés en Île-de-France, un dans la banlieue parisienne et l'autre à Paris. Le choix de ces deux centres est lié aux différentes caractéristiques géographiques et conséquemment du public accueilli dans chaque un d'entre eux, par les professionnels du service social.

Vendredi 26 - 15h30 - 3

Vécu corporel de la maladie de Crohn sous l'angle conceptuel du «travail de la maladie» : Une étude de cas.

Lainé Agathe, Laurent Alexandra, Mariage André, Nancey Stéphane ^{1,2}, Flourié Bernard

1 : Service d'Hépatogastroentérologie

CHU Lyon Sud

2 : Centre International de Recherche en Infectiologie (CIRI)

Université Claude Bernard - Lyon Inserm : U1111

21 avenue Tony Garnier 69365 Lyon Cedex 07

La maladie de Crohn (MC) est caractérisée par une inflammation chronique de la paroi intestinale et parfois par des manifestations extra intestinales. Les principaux symptômes de cette pathologie se regroupent autour de douleurs abdominales, d'épisodes de diarrhées, d'atteintes articulaires ou oculaires, d'abcès ou de fistules, dans les formes les plus sévères. Un nombre important de travaux dans la littérature mettent l'accent sur les répercussions psychosociales de la maladie de Crohn (Lainé et al, xxxx) en insistant sur la détresse psychologique, l'utilisation de stratégies de coping émotionnel pour gérer un fort niveau de stress ainsi qu'un faible de soutien social perçu (Camara, 2011). Néanmoins, le vécu de la maladie des patients atteints de la MC fait l'objet de peu d'études. Pour autant, dans le cas de maladies chroniques, les patients oscillent entre différentes phases émotionnelles afin de parvenir à s'approprier leur maladie et de parvenir à dépasser les pertes physiques et psychiques qui en sont liées. Avec la rupture de l'état de santé antérieur, c'est toute la subjectivité, l'histoire et l'économie psychique liée au corps du patient qui vont être modifiées.

34 entretiens semi directifs, enregistrés et intégralement retranscrits, ont été conduits dans le service d'Hépatogastro-entérologie des Hôpitaux Lyon Sud. Ainsi, l'un des objectifs de notre analyse qualitative est de mieux comprendre le vécu de la MC à partir de la conceptualisation de Pédieli (1987) sur le « travail de la maladie ». Nous nous centrerons sur la compréhension du vécu des transformations corporelles et comment elles peuvent constituer le support du travail d'appropriation de la maladie.

Dans le cadre de cette communication, nous nous proposons d'illustrer la souffrance psychologique induite par la maladie somatique à travers la vignette clinique de Mme J. Cette patiente du service de gastroentérologie, suite à une phase de récurrence de la maladie ayant nécessité une intervention chirurgicale, se représente son corps comme persécuteur, entravant la réalisation de ses désirs. L'aggravation de ces symptômes face à une maladie auparavant en sommeil, vient alors la confronter à l'émergence d'une identité nouvelle, celle de « malade », engendrant un fort niveau de détresse psychologique et d'angoisse. Nous discuterons la représentation de cette nouvelle identité à la lumière du concept de « travail de la maladie » en montrant dans quelle mesure la chirurgie passée est venue effrayer le psychique de la patiente et son rapport à ce corps sur lequel elle a le sentiment de ne plus exercer de maîtrise.

Casati, J., Toner, B.B. (2000). Psychological aspects of inflammatory bowel disease. *Biomedicine and Pharmacotherapy*, 54,(7),388-393.

Camara, J.A.R., Lukas, P.S., Bégré, S., Pittet, V., Von Kanel, R. (2011). Effects of Social Support on the Clinical Course of Crohn's Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 17, 1277-1286.

Pédieli, J.L. (1987). Le « travail de la maladie ». *Psychological Medicine*,19, 1049-52

Lainé, A., Laurent, A., Mariage, A., Boschetti, G., Charlois, A.L., Roblin, X., Bommelaer, G., Nancey, S., Flourié, B. (sous presse). Facteurs psychosociaux et risque de rechute au cours de la maladie de Crohn. *Annales Médico-Psychologiques*.

Vendredi 26 - 9h30 - 3

Le diabète et la représentation du corps malade au Maroc

Naamouni Khadija ¹

1 : EHESS

Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS)

Cette communication est issue d'une enquête menée dans deux centres de santé situés dans deux quartiers populaires à Casablanca. L'enquête a porté sur l'histoire de la maladie du diabète depuis son origine jusqu'à la manière dont elle est gérée par le malade, par son entourage et par les professionnels de santé.

Le diabète est une maladie grave, complexe, touchant un nombre non négligeable de patients au Maroc. Il est considéré par l'ensemble des patients comme une maladie silencieuse et la gravité de ses complications dégénératives, poussent l'ensemble de la communauté médicale et les spécialistes du droit musulman à encourager et à promouvoir la dispense du jeûne du mois du Ramadan, auprès des diabétiques et des malades chroniques.

Présenté comme un puissant révélateur du corps malade qu'il met à l'épreuve, les diabétiques évoquent leur maladie en référence à leur vie quotidienne totalement bouleversée. Il s'agit pour eux de construire une nouvelle identité, celle de malade chronique, en assurant un véritable travail de réadaptation face aux multiples contraintes sociales et sanitaires. Les traitements à vie, vecteurs d'espoir, sont aussi un rappel constant de son corps malade, limitant son autonomie, lui interdisant d'assurer toutes les pratiques collectives. Dans une société collectiviste tout lui semble compliqué face aux restrictions alimentaires, sociales et religieuses. Il n'a plus cette autonomie qu'il avait auparavant, le restreignant nécessairement dans ses activités quotidiennes. C'est cette nouvelle situation liée au corps malade qui sera développée ici.

Parmi les pathologies rencontrées, il s'est avéré que c'est le diabète, appelé couramment (la maladie du sucre) qui affecte plus le malade par sa chronicité et par les complications qu'il entraîne. Même si la plupart des diabétiques sont hypertendus, l'hypertension reste une pathologie secondaire par rapport au diabète qui est considérée par ailleurs comme une maladie handicapante et destructrice.

L'amaigrissement, le gain de poids souvent accompagnés d'une appétit accrue, polyphagie, la grande soif, polydipsie, les urines répétées, la polyurie, les démangeaisons au niveau des organes génitaux chez la femme et l'impuissance sexuelle chez l'homme sont de véritables handicaps. Certains malades la vivent comme une «maladie maudite» qui empêche à vie de faire le «jeûne du Ramadan», souvent avec le «mal être» sans espoir de pouvoir jeûner un jour.

Les diabétiques traités à l'insuline parle de corps concassé, fracturé, perforé par les injections biquotidiennes. Ils souffrent de la perte progressive de la vue, de diarrhée chronique, de douleur au thorax et dans les membres supérieurs et inférieurs. Il arrive que des malades ne supportent plus de se faire piquer quotidiennement à l'insuline, refusant par dégoût bien souvent de se plier aux prescriptions médicales. Ils refusent de s'injecter régulièrement l'insuline en faisant référence aux effets de l'injection sur le corps. Pourtant le sens donné par les malades à cette insuline, montre bien que ce traitement vie leur renvoie aussi l'image de leur «corps malade». Cette insuline qui leur permet de continuer à vivre leur rappelle aussi à chaque injection qu'ils ne sont pas comme les autres.

Mot clés. Maladie, dépendance, corps, traitements, contraintes

Vendredi 26 - 11h30 - 3

Une formation initiale à l'indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique est-elle possible?

Paul Scheffer ¹

1 : Laboratoire Experice (Experice)
université Paris 13 Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis
<http://www.univ-paris13.fr/experice/>

De nombreux articles faisant état d'une influence massive de l'industrie pharmaceutique dans le domaine médical ont été publiés, depuis les années 1960, dans les revues médicales les plus renommées. Malgré cela, cette thématique apparaît paradoxalement peu abordée dans le cursus initial des médecins. Les enjeux sont pourtant de taille en termes sanitaires et économiques, mais aussi éthiques, cette influence ayant été mise en évidence au sein même de certains enseignements dispensés par de prestigieuses facultés de médecine.

Dans ce contexte, cette communication s'intéressera aux initiatives développées permettant de favoriser l'enseignement d'un tel sujet, en termes :

- de ressources disponibles comme le manuel à destination des enseignants en médecine et en pharmacie "Comprendre et répondre à la promotion pharmaceutique" rédigé sous l'égide de l'OMS en 2009 et traduit en français par la HAS en 2013, ou le livret synthétique réalisé à partir de ce manuel par et pour des étudiants en médecine.

- de mobilisations existantes comme la campagne Pharmfree lancée en 2002 par l'Association des Etudiants en Médecine Américains (AMSA), comptant 67000 membres, et ayant déjà conduit à des changements institutionnels notoires aux Etats-Unis, ainsi qu'à des publications dans PLoS Medicine et le British Medical Journal

- de démarches que j'ai pu recenser en France, que cela soit des enseignements, des dynamiques étudiantes et associatives, et des projets en cours comme le classement des facultés de médecine en fonction de leur politique vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique en se basant sur la "scorecard" réalisée par l'AMSA (consultable à l'adresse : <http://www.amsascorecard.org/>), et reproduite au Canada depuis, comme on peut le constater à la lecture de l'article "Too Few, Too Weak: Conflict of Interest Policies at Canadian Medical Schools" publié dans PLoS One.

- de stratégies développées à l'université et en milieu hospitalier par les étudiants sensibilisés à cette thématique et désireux de se prémunir d'une influence jugée néfaste à l'intérêt des patients. Ces données de terrain sont issues de la littérature et surtout d'entretiens qualitatifs menés en France depuis 2010.

- et de réflexions prospectives pour finir afin d'ouvrir sur des possibilités de construction du curriculum de formation et de dispositifs pédagogiques en faisant le lien avec l'ouvrage "Penser la formation des professionnels de santé" coordonné par Florence Parent et Jean Jouquan, publié en 2013.

Mercredi 24 - 17h - 1

Le diagnostic en médecine, une affaire de rhétorique ?

Weber Jean-Christophe ^{1 2}

1 : Institut de recherches interdisciplinaires sur les sciences et la technologie (IRIST)

université de Strasbourg : EA3424

7, rue de l'Université - 67000 Strasbourg

<http://irist.u-strasbg.fr/>

2 : Service de médecine interne

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS)

1 place de l'hôpital 67091 Strasbourg Cedex

<http://www.chru-strasbourg.fr/>

Le diagnostic est le noyau dur de la pensée médicale. C'est une tâche ardue et complexe, y compris pour un médecin expérimenté, à cause d'un réseau d'incertitudes dont les causes sont multiples : information incomplète, imprécise, contradictoire ; fautes de raisonnement ; erreurs de jugements. Les malades peuvent ne pas être capables de décrire exactement l'histoire naturelle de leur maladie, ce qui s'est passé et ce qu'ils ressentent ; les médecins peuvent ne pas comprendre ou ne pas interpréter correctement ce qu'ils entendent et observent. Le diagnostic peut être difficile aussi parce que la maladie est rare, parce que plusieurs affections sont concomitantes, parce que les formes cliniques de la maladie ont une présentation atypique, parce que le tableau clinique est compliqué des effets indésirables des thérapies entreprises, parce que le malade est lui-même difficile, parce qu'il y a des intrications psychosomatiques, parce que le médecin est ignorant, malhabile ou mauvais raisonneur. Le diagnostic est souvent considéré par les médecins eux-mêmes comme la tâche cognitive la plus ardue dans leur exercice, et un préalable à la décision thérapeutique. De son efficacité dépendent le traitement et le devenir du malade. L'ensemble du processus reste toutefois peu articulé et les modèles théoriques sont limités.

Les études académiques se focalisent essentiellement sur la nature des processus cognitifs sous-jacents et la part des émotions du praticien est généralement sous estimée. La méthode hypothético-déductive et l'analyse bayésienne ont la part belle, mais toutes les formes d'inférence - déduction, induction, abduction et leurs variantes- sont employées. Toutefois l'image d'un raisonnement abstrait se déroulant par étapes successives ne correspond pas à une réalité mal taillée pour les conditions des modèles mathématiques. Il est reconnu que le raisonnement clinique embrasse aussi des processus non-analytiques, plus intuitifs, qui interfèrent avec la rationalité logique et exposent davantage aux erreurs de jugement. Les raisonnements de type analytique s'appliquent mal en raison de la variabilité et de l'inconstance des signes. Le médecin fait feu de tous bois pourrait-on dire, d'autant qu'il est appliqué à une tâche qui reçoit des sciences un cadre théorique, mais de l'objectif thérapeutique sa portée opératoire.

Le cadre proposé par Aristote dans la Rhétorique (cet «art d'extraire de tout sujet le degré de persuasion qu'il comporte») permet d'aborder ce domaine de la pratique de manière pertinente, de prendre au sérieux l'écart entre une conception idéalisée du raisonnement médical et la pratique quotidienne. L'enjeu n'est pas purement académique, si on considère la fréquence des erreurs de diagnostic et la gravité de leurs conséquences. L'apport de la Rhétorique permet d'articuler l'examen des traces aux modalités du raisonnement, de mieux prendre en considération les traces purement discursives, mais aussi d'enrichir cette perspective en introduisant dans l'équation, à côté des données observées et mises en logos, l'ethos et les affects des deux protagonistes, orateur et auditeur tour à tour. Il permet d'enseigner aux étudiants (de manière simplifiée ou complètement développée, selon le degré d'expérience) comment opère la technique du diagnostic.

Jeudi 25 - 17h30 - 2

Le schéma corporel et le geste du soi

Goffette Jérôme ¹

1 : Sciences et Société ; Historicité, Éducation et Pratiques (EA S2HEP)

Université Claude Bernard - Lyon I (UCBL) : EA4148

Bâtiment " La Pagode" - 38 Boulevard Niels Bohr - Campus de La Doua - Université Claude Bernard Lyon 1 43,
Boulevard du 11 Novembre 1918 69622 Villeurbanne Cedex

<http://s2hep.univ-lyon1.fr/>

Pour les êtres humains, le corps n'est pas seulement un ensemble matériel, mais aussi un schéma corporel. Dans un premier temps, les histoires épistémologiques de ce concept et de celui de corps propre seront rappelées. Apparues à la charnière du XIXe et du XXe siècles ces deux expressions ont été forgées ? parmi d'autres ? pour échapper aux insuffisances de la vision dualiste opposant un esprit et un corps. De Pierre Maine de Biran et Henry Head jusqu'à Pierre Janet, Henri Wallon, Maurice Merleau-Ponty, et plus récemment Shaun Gallagher, le travail conceptuel ne s'est jamais arrêté et se poursuit avec un dialogue entre sciences cognitives, psychologie et philosophie, apportant progressivement un meilleure compréhension du fonctionnement du schéma corporel et de ses troubles. Dans un second temps, pour appréhender la plasticité du schéma corporel, son rapport à notre corps mais aussi à l'intégration d'outils, la question de son origine et de sa construction sera posée. La théorie d'une origine génétique, dominante depuis 1970, perd aujourd'hui en force au profit d'une approche constructiviste. Un modèle de construction du schéma corporel sera ici proposé, rendant compte de l'aspect modulaire du schéma corporel et de sa capacité à intégrer des changements, y compris au-delà du corps biologique (prothèses, outils, etc.). Enfin, appliquée à la maladie, aux traitements, à l'adolescence, à la vieillesse, aux membres fantômes, la fécondité du concept de schéma corporel sera mise en avant.

Plenièrre vendredi 26 - 14h45 - 1

Corps propre et corps objectif chez Maine de Biran.

Munoz Brian ¹

1 : Sciences et Société ; Historicité, Éducation et Pratiques (EA S2HEP)

École Normale Supérieure (ENS) - Lyon Université Claude Bernard - Lyon I (UCBL) : EA4148

Bâtiment " La Pagode" - 38 Boulevard Niels Bohr - Campus de la DOUA Université Claude Bernard Lyon 1 43,
Boulevard du 11 Novembre 1918 69622 Villeurbanne Cedex

<http://s2hep.univ-lyon1.fr/>

Selon Biran, la corps entre dans la genèse de toutes les facultés intellectuelles. Parmi les appréhensions du corps que Biran distingue (corps propre, objectif et absolu) le problème qui attirera notre attention est celui du passage entre le corps propre, une certaine résistance interne à l'effort primordial, et l'appréhension du corps objectif et représenté.

Pour Biran, partir du corps objectif pour penser notre relation à notre corps plonge la pensée dans des problèmes inextricables. Il faut plutôt rendre raison de la genèse représentative du corps objectif à partir d'un fait primitif c'est-à-dire ce sentiment immédiat interne d'être un corps. C'est à cette tâche que Biran s'essaye dans son Mémoire sur la décomposition de la pensée. Nous verrons que le sens du toucher y joue un rôle très singulier.

Jeudi 25 - 11h30 - 3

De la transformation conjointe des corps et des environnements

Zimmer Alexis ¹

1 : Sociétés, Acteurs, Gouvernement en Europe (SAGE)

CNRS : UMR7363 université de Strasbourg

Maison interuniversitaire des sciences de l'homme - Alsace 5 allée du Général Rouvillois 67083 Strasbourg Cedex

<http://sage.unistra.fr/>

La première semaine de décembre 1930, non loin de Liège en Belgique, plus de 60 personnes décèdent subitement à l'occasion de la survenue d'un brouillard de pollution. Un an plus tard, les experts ayant pour charge de rendre compte de cette hécatombe incriminent les conditions météorologiques, les émanations toxiques des industries, mais surtout la prédisposition des victimes à en subir les effets néfastes.

L'énoncé de cette prédisposition ? envisagée comme une disposition constitutionnelle naturelle et dépourvue d'historicité ?, du corps des victimes à contracter spécifiquement certains troubles faisait problème. En tant qu'historien, comment rendre compte de l'historicité de la transformation des corps, autrement dit comment voir dans ces corps le produit de forces historiques, tout en recourant à des catégories ? biologiques, médicales ? qui en offrent une appréhension atemporelle??

Pour répondre de ce problème, je vous propose, à partir d'un bref aperçu critique de différentes approches historiques du corps, de dégager quelques pistes d'une histoire matérielle des transformations conjointes des corps et des environnements.

Jeudi 25 - 17h - 4

2030 ou l'obsolescence programmée

Ruaux Nathalie ¹

1 : Institut Hannah Arendt (EEP)
Université Paris Est (UPE) : EA2548
Université Paris-Est Marne la Vallée

La volonté d'étendre les capacités du corps humain et de dépasser les limitations biologiques se double aujourd'hui d'une plus grande proximité avec les objets communicants et les nouvelles technologies. D'où la recherche, comme pour mieux survivre, d'un nouveau prototype d'homme, basé sur l'association homme-machine. Né sous le nom de Fereidoun M. Esfandiary, le philosophe transhumaniste FM-2030 faisait de l'année 2030, "un rêve et un but" : "En 2030 nous serons immortels et tout a chacun aura de grandes chances de vivre éternellement". Affichant "une profonde nostalgie du futur" contre les croyances conservatrices et traditionnelles, il avait publié en 1989 un ouvrage qui fait référence : Êtes-vous un transhumain ? Surveillance et stimulation de votre rythme d'évolution personnel dans un monde en rapide changement. Ses préoccupations ont été reprises par les promoteurs du transhumanisme mais aussi par différents performers. L'artiste australien Stelarc considère que le corps "est biologiquement inéquippé pour survivre". En écho, l'artiste française ORLAN affirme que "le corps est actuellement obsolète, absolument obsolète (...) Il ne fait plus face à la situation."

Qu'est-ce que cela signifie ? Ce concept de l'obsolescence, qui inspire leurs démarches, est celui qui modèle aussi notre société de consommation et notre vie quotidienne. Comment exister ici et là, ici et maintenant ? Comment remodeler le corps ?... Pour Stelarc, le corps doit être considéré comme une "structure" : "C'est seulement en modifiant l'architecture du corps qu'il deviendra possible de réajuster notre conscience au monde". C'est une nécessité.

Jeudi 25 - 17h30 - 4

La douleur menstruelle, entre l'invisibilité de l'anatomie féminine et les contraintes sanitaires, dans la quête identitaire féminine

Cernat Cristina ¹

1 : Centre de Recherches Psychanalyse, Médecine et Société - EA 3522 (CRPMS)
Université Paris VII - Paris Diderot : EA3522
Université Paris Diderot Bât. Olympe de Gouges case postale 7058 75205 Paris cedex 13
<http://www.crpm.univ-paris-diderot.fr/>

Parler en psychanalyse, d'une expérience corporelle par excellence féminine, comme celle des menstrues, s'avère ne pas être une tâche facile, puisqu'on risque de donner l'impression d'oublier le réel anatomique, en désirant de tout psychologiser. Ce qui est de loin mon propos. Mais, si cette expérience anatomique des menstrues à tout à fait sa place dans le champ psychanalytique, c'est parce qu'elle tisse un fort lien avec la psyché, en jouant un rôle important dans la formation des fantasmes et des représentations concernant l'identité sexuée du sujet.

L'apparition des premières règles va constituer un moment initiatique pour une fille, en ce qui concerne la redéfinition (définition) de ce que représente la (sa) féminité, ainsi qu'elle sera vécue comme un moment d'acquisition d'une maturité féminine. Ce qui va travailler la jeune fille psychiquement c'est cette éruption sanguinaire de son organe génital, vécu comme invisible. En effet, pour des raisons hygiéniques, la visibilité des tâches de sang est inadmissible. C'est ainsi que la jeune fille est mise devant un conflit entre le trait de maturité féminine qu'elle veut montrer et la contrainte sociale qui l'oblige à le cacher.

Alors, ce nouveau conflit entre la survisibilité (Assoun, 2000) de son organe et la nécessité de le rendre de nouveau invisible sera constituant de certaines formations défensives et fantasmatiques que la psyché mettra en place pour y faire face. Certaines vont envier le sexe masculin, ainsi que d'autres vont se servir des douleurs pour ne pas aller en classe et ainsi éviter le dévoilement du corps devant le regard contraignant de l'autre. Certes ces douleurs menstruelles sont liées aux contractions de l'utérus ; on ne tient pas à effacer cette part du réel organique, mais tout de même il est souhaitable de souligner que le psychique peut jouir de cette opportunité organique, dans l'accomplissement inconscient de son désir (qui peut être par exemple : la rébellion contre les contraintes sanitaires et la satisfaction inconsciente du désir d'exhibition ou la défense contre la honte, etc.). Tel est par exemple le cas du syndrome prémenstruel qui peut témoigner d'une formation de complaisance somatique. De même qu'en nous appuyant sur ce que disait Freud (1923), dans le *Moi* et le *ça*, à propos de la douleur comme ce qui fait signe des organes internes méconnus par la vue et par le sujet, on peut se demander si la douleur menstruelle ne peut pas, elle aussi, contribuer à la construction des représentations psychiques de son organe génital féminin et de son image sexuée féminine.

Prise de nouveau dans la conflictualité psychique d'apparaître et de devoir cacher, du survisible et de l'invisible, du sacré et du maléfique, du touchant et de l'intouchable, l'expérience des règles ne facilite sans doute pas la tâche de la femme pour trouver une réponse au questionnement existentiel qu'elle se pose vis-à-vis de la définition de sa féminité. Alors, la douleur menstruelle, ne serait-elle pas un moyen inconscient et une tentative de complaisance somatique à travers lesquels la psyché cherche à y répondre ?

Jeudi 25 - 9h - 4

Corps et Esprit de corps en PACES à Lyon 1

Magnolfi Andrea¹, Naillon Pauline¹

1 : Université Lumière Lyon 2 (UNIV LYON 2)

Université Lumière - Lyon II
86 rue Pasteur 69007 Lyon
<http://www.univ-lyon2.fr>

Actuellement étudiants en Master 1 d'anthropologie à l'Université Lumière Lyon 2, nous aimerions présenter dans le cadre de ce colloque une recherche ayant eu lieu lors de l'année scolaire 2012/2013 (Licence 2 pour nous).

Il s'agissait d'une collaboration entre l'Université Claude Bernard Lyon 1 (faculté de médecine Lyon Est) et l'Université Lumière Lyon 2. Le projet était d'envoyer de jeunes étudiants en anthropologie observer les étudiants de première année de santé, la PACES

Pendant deux semestres, nous avons été une dizaine à nous répartir sur les différents amphithéâtres du campus pour étayer autant que possible nos observations. De nombreux entretiens qualitatifs et des recueils de propos ont également été réalisés avec des étudiants en première année, des redoublants, des étudiants inscrits dans les années supérieures, mais aussi avec des personnes ayant abandonné, par choix ou par obligation, le parcours de médecine

Ces données ont par la suite été le socle de présentations et restitutions orales et écrites, que ce soit avec nos enseignants, des étudiants des deux Universités, ou encore le conseil pédagogique de L'université Lyon 1.

La réflexion s'est donc poursuivie jusqu'à aujourd'hui. Il faut aussi préciser que Pauline Naillon, dans le cadre de son Master 1, continue sur ces thématiques. C'est à partir de cette expérience et des résultats qu'elle a pu donner que nous nous baserons pour cette présentation.

Dans le cadre de ce colloque, nous avons resserré nos thématiques sur le thème du corps. Nous aimerions soulever quelques points de rencontre, notamment des paradoxes, entre un corps médiatisé, étudié, qui est fondamentalement le sujet d'apprentissage par excellence lors de la PACES, et un corps intime, vécu, contrôlé, qui constitue le quotidien des étudiants, autant en amphithéâtre que chez eux.

À travers cet axe d'approche, il nous sera possible de toucher à de nombreuses thématiques telles que la souffrance, l'esprit de groupe, la compétition et la solidarité, la pédagogie.

En fin de compte, nous aimerions surtout essayer à travers ce petit apport de montrer combien le corps constitue une composante fondamentale dans les études de médecine. Il ne se résume pas à sa dimension charnelle et biologique, mais est sujet de réflexions, de transformations, parfois d'échec, en tout cas de décisions.

Vendredi 26 - 9h - 1

Le corps qui craque

Biancarelli Lorenza¹

1 : UFR d'études Psychanalytiques- Université Paris Diderot (ED 450)

Université Paris Diderot - Paris 7 : EA450

5 rue Thomas Mann 75205 Paris Cedex 13 tel: 0157276370

<http://www.ed-rp.ed.univ-paris-diderot.fr/>

La recherche menée par la Fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ 2013) réalisée dans les 26 capitales brésiliennes et dans le Distrito Federal, a identifié 370 000 usagers de crack dans le pays, dont 50 000 mineurs de 18 ans.

La «Cracolândia», littéralement le "pays du crack" est une région ainsi appelée depuis 1990, avec la naissance des «scènes d'usage ouvertes» de crack au coeur du quartier Luz (Lumière) à São Paulo. Pendant le week-end on peut compter 3.000 personnes en situation de précarité extrême qui consomment le crack de façon organisée: un immense groupe mobile orchestré par un chef, qui dirige les déplacements du groupe, limité à deux rues.

Ce texte rend compte d'une clinique qui met à l'épreuve l'accompagnement classique de soin en direction d'une population multiculturelle, désocialisée, en situation d'errance. Ce travail met en rapport d'une part, une expérience thérapeutique avec des usagers de crack, menée au Centre Ville de São Paulo dans un ce lieu nommé «Cracolândia» et, d'autre part, les outils et notions que la psychanalyse peut donner à propos de la clinique de la précarité et ses différents aspects dont la toxicomanie.

«La compulsion de répétition comme stratégie contre-traumatique» est présente lorsque certains sont réduits au réel de leurs corps. Les possibilités de symbolisation du psychisme sont limitées à cause d'un «collage» du psychisme à l'objet toxique. Le poids d'un contexte marqué par un corps social défaillante réduit les possibilités de symbolisation, le corps réel devient le lieu privilégié d'une expression pulsionnelle en panne. La rencontre avec le produit toxique devient ainsi un « mauvaise hasard » et le corps craque. Des montages entre le corps et l'espace urbain se font, et pour certains, la « Cracolândia » devient la dernière chose qui leur appartient.

Nous allons tenter de montrer l'importance du lien social qui viendra se substituer au lien exclusif que les usagers entretiennent avec leurs toxiques. Dans ce contexte, la toxicomanie apparaît comme une tentative d'inscription et cristallisation d'une forme de lien social que l'utilisateur tente de fabriquer à travers sa consommation. Cela permet de formuler l'hypothèse thérapeutique, d'un passage du besoin à la demande du sujet toxicomane et qu'en conséquence nous pouvons l'aider à se réapproprier de sa subjectivité à travers d'un modèle rénovateur de soin qui vise à restituer aux sujets un point d'accrochage.

En quoi les situations de grande précarité des liens sociaux viennent-elles déconstruire l'étaillage du psychisme et du corporel?

En quoi la consommation du produit tente d'avoir comme fonction subjective une représentation du sujet «comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps» ?

En quoi, lorsque la parole n'a plus d'accusé de réception de l'Autre, les possibilités de symbolisation s'effondrent et l'étaillage va se jouer dans le corps à corps du passage à l'acte?

Les propriétés sensorielles gardent un rôle déterminant dans la relation à l'autre (D. Anzieu 1974). Cet étaillage du psychisme et du corporel est lié à la capacité de se faire entendre.

Vendredi 26 - 12h - 2

Sciences humaines et sociales en première année de médecine et Édition : de l'ouvrage de référence à l'ouvrage formaté

Fainstein Elisabeth ¹

1 : Master Métiers de l'Édition et de l'Audiovisuel (MEA)

Hélène Védrine

L'histoire de l'édition médicale universitaire est à la fois le reflet des réformes de l'enseignement de la faculté et des attentes du public étudiant.

Les transformations de l'enseignement des SHS en première année d'études de médecine, corrélée à l'analyse des mutations des manuels produits entre 1993 et 2011, illustre cette coévolution de l'enseignement médical et de l'édition universitaire.

Notre réflexion s'appuiera sur les publications des éditions Masson, Ellipses et Vernazobres-Grégo.

En 1992, l'enseignement des SHS devient obligatoire en première année. Cette réforme trouve un écho chez les éditions Masson et Ellipses dès 1993. L'évaluation de l'épreuve est alors mixte : questions à choix multiples et questions rédactionnelles. Cependant, Masson comme Ellipses décident de produire des ouvrages de cours pur, sortes de vade-mecum philosophiques abordant un programme très général et dénués de tous conseils méthodologiques ? démarche qui tranche avec les impératifs d'efficacité réputés nécessaires à la réussite du concours. Ces manuels, lancés pratiquement à l'aveugle sur un marché nouveau, traduisent alors l'influence directe des réformes universitaires sur les productions éditoriales.

Cependant, la pérennisation de l'enseignement des SHS dans le temps permet l'installation d'un véritable feedback du lectorat sur les ouvrages de cette matière. Un système tripartite se forge : les réformes transforment les pratiques des étudiants, qui exigent des éditeurs des supports de cours adaptés à la réalité de leur travail.

Cette double pression va amener les éditeurs à changer de politique éditoriale dès 1995.

Ellipses publie un manuel de méthodologie, tandis que Masson produit Sciences humaines et sociales : PCEM 1. Présenté comme un recueil de « mémos de cours », l'accent y est mis sur la présence d'une méthodologie des exercices rédactionnels et d'Annales.

De 1996 à 2011, les rééditions de ce livre sont caractérisées par des changements significatifs dans l'approche méthodologique de l'épreuve. Alors que des dissertations complètes sont proposées en 1996, elles sont remplacées en 2006 par des corrigés-types notés au mot-clé. Le destin de ce manuel est également caractérisé par des aspérités éditoriales remarquables, qu'on peut interpréter à la fois comme un moyen de relancer les ventes à peu de frais et comme un marqueur du désinvestissement progressif de la maison dans le domaine des humanités de première année.

De plus, un transfert d'autorité intellectuelle s'opère peu à peu chez Masson, qui confie d'abord le traitement de la matière à des agrégés de philosophie, puis à des enseignants non-spécialistes, mais concrètement plus proches des facultés. Les éditions Vernazobres-Grégo poussent cette dynamique à son paroxysme en n'engageant que des étudiants fraîchement admis comme auteurs et en proposant des contenus hyper-localisés calqués sur les programmes de chaque faculté.

Ainsi, en moins de vingt ans, les productions éditoriales dans le domaine des SHS basculent des ouvrages de référence à des ouvrages de plus en plus « formatés concours ». Boîte noire de la transformation de l'enseignement des humanités, ces manuels témoignent également des représentations ? parfois éloignées des idéaux magistraux ? qu'ont les étudiants de cette discipline.

Jeudi 25 - 10h - 2

Représentations des maladies cancéreuses dans les ex-voto mexicains du XX et XXIe siècles

Torres Gisela ^{1*}

1 : Torres (Gisela)

Pr. Francis Drossart

gis_e455@live.com

<http://www.crpms.shc.univ-paris-diderot.fr/>

* : Auteur correspondant

« Cette maladie-là raccourcissait les pas de mon existence »,

Fragment d'un ex-voto

En 1930, monsieur Santiago de la Rosa se rend à la chapelle San Francisco de Asis, à San Luis Potosi (Mexique), pour offrir un tableau votif à ce saint, en signe de reconnaissance du fait que ce dernier ait accompli le voeu que M. de la Rosa avait formulé, de guérir d'une tumeur cancéreuse. L'une des scènes de ce tableau montre une salle d'hôpital aux couleurs claires où un homme est en train d'être opéré par cinq médecins. Dans la partie gauche, nous lisons un message dans lequel M. de la Rosa explique les opérations ayant été pratiquées sur lui, les dangers qu'il a traversés, les douleurs corporelles et les souffrances qu'il a dû endurer.

Au Mexique, la coutume consistant à offrir des peintures votives à des divinités ayant accompli un voeu, remonte au XVIe siècle et se poursuit de nos jours. Les divinités sont surtout invoquées par les sujets ayant subi un accident ou ayant été atteints d'une maladie les ayant mis en danger de mort.

L'image d'un sujet en train de cracher du sang, ou celle d'une intervention chirurgicale illuminée par la lumière divine, ou encore le dessin d'une femme en position de crucifixion dont la moitié inférieure du corps est rongée par les flammes sont des images que nous pouvons trouver dans les peintures votives ayant pour thème la maladie. Ces images qui nous renvoient au réel du corps, témoignent de la nécessité du sujet de donner un sens à sa maladie.

Les tableaux votifs faisant le récit de la guérison d'une maladie cancéreuse constituent une source très riche d'informations sur les représentations du corps malade. Partant de là, notre analyse se propose d'étudier différentes peintures votives mexicaines traitant de ce thème, en nous appuyant sur les approches à la fois anthropologique et psychanalytique.

En effet, plusieurs concepts appartenant à ces deux disciplines (comme la notion de mythe, de don, ce qui relève de l'infantile, l'image du corps, la pensée magique ou encore les théories sexuelles infantiles) nous permettront de répondre à des questions fondamentales, notamment : quelles sont les représentations du corps malade qui sont véhiculées à travers les peintures votives ? Ou bien : quelle est la fonction de l'acte votif dans l'économie psychique des sujets atteints de maladies cancéreuses ?

Jeudi 25 - 9h30 - 3

Le normal et le pathologique dans l'assistance médicale à la procréation face à la croissance de l'infertilité féminine liée à l'âge

Vialle Manon ¹

1 : Centre Norbert Elias (CNE)

CNRS : UMR8562 École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS) Université d'Avignon et des Pays de Vaucluse École Normale Supérieure (ENS) - Lyon

2 Rue de la Charité 13002 MARSEILLE

<http://centre-norbert-elias.ehess.fr/>

Cette communication, s'appuyant sur un travail de thèse en cours, s'inscrit dans deux des entrées thématiques proposées que sont « Le normal et le pathologique » ainsi que « Corps et genre ». Toutefois, je souhaite privilégier dans cette communication la réflexion sur le normal et le pathologique.

Mon sujet de thèse part d'un constat réalisé lors d'une enquête auprès d'un échantillon de professionnels de deux centres d'assistance médicale à la procréation (AMP) français. Ce constat est celui de l'augmentation des demandes de prise en charge en AMP pour infertilité féminine liée à l'âge. Liée à des évolutions sociodémographiques et techniques conjointes telles que l'augmentation de l'espérance de vie, le recul de l'âge moyen à la maternité, l'évolution des techniques reproductives, la présence de femmes de plus de 40 ans confrontées à une infertilité liée à leur âge dans les centres d'AMP est de plus en plus fréquente. Or, ces demandes de prise en charge pour infertilité féminine interrogent d'autant plus les médecins qu'elles sont liées à l'âge. En effet, le droit français de l'AMP non seulement impose des seuils d'âge mais repose sur un modèle bioéthique très strict : seules sont acceptées les demandes liées à une « pathologie » à l'exclusion de toute demande dite « de convenance ». Or, cette opposition ne tient pas compte de la complexité de la frontière du normal et du pathologique analysée en particulier par Georges Canguilhem. Mon enquête a confirmé cette complexité quand l'âge est en cause : l'infertilité des femmes de 40 ans et plus relève-t-elle de la pathologie ou de la normalité ? Le modèle bioéthique français apparaît ici comme un révélateur privilégié de tensions et questions qui concernent aujourd'hui toutes les sociétés pratiquant l'AMP.

Je tâcherai d'explicitier dans le cadre de cette communication comment les prises en charge en AMP pour infertilité féminine liée à l'âge invitent à penser au-delà de l'opposition normal/pathologique telle qu'elle est définie par le modèle bioéthique français. Pour cela, je présenterai tout d'abord le cadre bioéthique qui précise le permis et l'interdit en matière d'accès à l'AMP. Puis, à partir de l'enquête auprès des médecins je montrerai comment l'infertilité féminine liée à l'âge interroge le cadre normatif dans lequel ils agissent et comment ils font face à ces demandes. Enfin, à partir du descriptif que les professionnels font de ces patientes et en m'appuyant sur une seconde enquête réalisée auprès de femmes de plus de 40 ans inscrites en parcours d'AMP et étant confrontées à une infertilité liée à leur âge, je rendrai compte de la dimension éminemment sociale de ce type d'infertilité. L'analyse des parcours de vie de ces femmes permet de comprendre qu'elles se trouvent confrontées à une évolution des normes d'âges marquant les temporalités sociales normalement dédiées à la procréation. Nous verrons que la prise en compte de cette évolution permet de mieux comprendre l'évolution même de ce que l'on considère comme normal ou pathologique en AMP.

Jeudi 25 - 12h - 4

«Memo» corporels : objectivation du risque dans les récits des personnes qui ont vécu un épisode de maladie veineuse thromboembolique et de leurs familles.

Claudie Haxaire*, Francis Couturaud** Et Christophe Leroyer** Claudie^{1,2*}

1 : Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé mentale et Société Unité Inserm 988 - UMR CNRS 8211 - EHES - Université Paris Descartes (CERMES3)

Unité Inserm 988 - UMR CNRS 8211 - EHES - Université Paris Descartes

2 : Groupe d'Etude de la Thrombose de Bretagne Occidentale (GETBO)

Université de Bretagne Occidentale (UBO)

CHU de la Cavale Blanche Département de médecine interne et pneumologie 29609 BREST

* : Auteur correspondant

Des travaux de recherche clinique récents (Couturaud et al., 2009 ; 2010) ont montré que certaines familles pouvaient se trouver à risque de Maladie Veineuse Thrombo-Embolique (MVTE), embolie ou phlébite, indépendamment de la mise en évidence des quelques gènes connus. Si un membre de la famille a présenté un épisode de MVTE jeune (avant 45 ans) et que cet événement avait également touché d'autres personnes de la famille, tous les apparentés au premier degré de la personne en question sont à risque. Ce risque leur est annoncé, ils sont informés des mesures de prévention, ce qui ne suffit pas car une véritable éducation thérapeutique devrait être mise en place. Pour préparer cette dernière, nous avons travaillé sur la façon dont ces personnes et leurs familles géraient l'incertitude dans laquelle l'annonce les plaçait, en analysant les récits que font chaque membre de la famille de l'événement MVTE survenu, puis les commentaires de cartes systémiques tracées par eux, laissant percevoir comment ils envisagent la transmission.

Les porteurs de variations dans l'équilibre des facteurs de coagulation pouvant induire une thrombose, un caillot, dans n'importe quelle veine profonde du corps se représentent difficilement ce risque. Mais, pour celui qui a éprouvé le mal, une trace, parfois très précisément localisée, persiste et vaut rappel, memo. Pour d'autres c'est une fatigue, des lourdeurs, ou des gonflements. Un récit se construit dans la famille sur les causes de l'événement, qui justifie une vigilance collective sur les facteurs précis mis en exergue. Cette vigilance s'exerce particulièrement à l'égard de ceux qui partagent certaines caractéristiques corporelles avec la personne affectée (qui « tiennent de » lui). Quant à la recherche du côté des ascendants, de « quel côté cela venait », lorsque la connaissance de phlébite ou d'embolie n'a pas été transmise, ce sont plutôt les altérations visibles des veines (varices, ulcères) qui sont recherchées.

C'est sur ce type de mémoire corporelle du risque que se construisent les mesures de prévention autonomes élaborées par les malades et leurs familles, et le praticien doit y être attentif s'il veut fonder le soin qu'il délivre sur une véritable alliance thérapeutique, négociée avec ses patients.

Jeudi 25 - 15h30 - 3

L'enseignement des sciences sociales dans les filières paramédicales : de l'intérêt d'un point de vue purement universitaire

Pichon Marianick ¹

1 : Laboratoire Cultures, Éducation, Sociétés (LACES)

Université de Bordeaux (Bordeaux, France)Ecole doctorale Sociétés, Politique, Santé Publique (EDSP2)

3 ter place de la Victoire - Case 41 - 33076 Bordeaux cedex

<http://www.laces.univ-bordeauxsegalen.fr/>

Une rapide étude auprès des étudiants en médecine montre qu'ils n'ont souvent que quelques heures d'enseignement en sciences sociales, au cours desquelles on a beau leur donner des références fort intéressantes, elles leur sont fournies de manière bien trop rapide et superficielle pour être réellement utiles. Comme l'ont parfaitement montré Becker et al. (1965), les étudiants de médecine (et il y a tout lieu de penser qu'il en va de même pour ceux des filières paramédicales) sélectionnent leurs apprentissages en fonction des sujets d'examens ; pendant les premières années, l'important n'est pas d'apprendre ce qui fera d'eux de bons professionnels mais ce qui leur fera réussir leur année, académiquement parlant. Cet enseignement parcellaire des sciences sociales leur convient donc tout à fait.

Lorsqu'on m'a demandé d'intervenir dans deux filières paramédicales, la formation des futurs cadres infirmiers et les premières années d'orthophonie, pour y dispenser un cours de sciences de l'éducation, je me suis donc posée plusieurs questions. Allais-je pouvoir aller au-delà d'une simple présentation factuelle de certaines idées, auteurs, faire en sorte que la transposition didactique (Verret, 1975) fonctionne et que les étudiants fassent de mon cours une ressource et non une matière à bachoter ? Le fait que les infirmiers soient des professionnels aguerris ne les disposerait-il pas à négliger l'apport théorique au profit de savoirs professionnels ? À l'inverse, les étudiants orthophonistes fraîchement sortis du lycée ou de prépa allaient-ils percevoir autre chose que la nécessité d'un bon résultat à l'examen dans mes cours de sociologie de l'éducation ? Il me semble que cette approche de deux publics différents permet de tirer deux conclusions. Premièrement, qu'ils soient professionnels depuis des années ou apprentis avides de commencer à travailler, tous ont besoin d'un point de vue extérieur à la profession, qui leur permet de relativiser certaines choses, de les examiner sous un angle différent du leur et de réfléchir à leur pratique (ou future pratique). Force est de constater qu'un point de vue universitaire, qu'on accuse trop souvent d'être trop théorique ou déconnecté de la réalité, leur est tout à fait bénéfique dans ce cadre. Il est même une bouffée d'air nécessaire dans leur cursus, et peut être présenté comme tel. Deuxièmement, j'ai constaté auprès des étudiants cadres que les outils qui fonctionnaient le moins bien étaient ? malencontreusement ? ceux mis à disposition par l'institution médicale. En essayant de conserver un cadre familier pour eux et en puisant dans des ressources dont je pensais qu'elles leur parleraient, je ne leur apportais rien d'utile. Ils peuvent acquérir les compétences techniques, relationnelles etc. en travaillant ou en échangeant avec leurs pairs ; ce qui leur manque, c'est cet apport externe. Cette communication plaide donc pour un enseignement des sciences sociales de manière universitaire, c'est-à-dire sans nécessairement chercher à les ?adapter» au milieu médical ou paramédical à tout prix, et un enseignement par des sociologues, des anthropologues, des psychologues qui sauront apporter une ouverture que des médecins, même formés aux sciences sociales ne peuvent avoir, par définition.

Jeudi 25 - 15h30 - 2

La face cachée de la consultation : apport d'une recherche observationnelle de terrain en médecine générale

Chambe Juliette ^{1*}, Jung Catherine ¹, Weber Stéphanie ¹, Rimbault Claire ¹, Laugel Julie ¹, Jaquemin Justine ¹, Bonah Christian ²

1 : Département de Médecine Générale (DMG)

université de Strasbourg

4 rue Kirschleger, 67000 Strasbourg

<http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/>

2 : Département Histoire des Sciences de la Vie et de la Santé (SAGE-DHVS)

université de Strasbourg CNRS : UMR7363

Faculté de Médecine Université de Strasbourg 4 rue Kirschleger 67085 Strasbourg Cedex

<http://dhvs.u-strasbg.fr>

* : Auteur correspondant

La prescription, et le médicament en particulier occupent une place centrale dans la pratique de médecine générale. En raison de sa traçabilité et de son caractère quantifiable, la prescription est la donnée de la consultation la mieux connue et exploitée par la caisse d'assurance maladie ou les travaux en économie de la santé (Rapport CNAM pour 2015). Les études qui évaluent la consommation / surconsommation médicamenteuse s'appuient pour l'essentiel sur cette partie visible et quantifiable qu'est la prescription. Nous disposons de peu d'informations sur les éléments non matériels et plus difficilement quantifiables de la consultation : qu'il s'agisse de conseils diétético-hygiéniques, d'une écoute thérapeutique, ou encore du déroulement des consultations qui n'aboutissent pas à une prescription.

L'étude ECOGEN (Letrilliart, 2014) a ouvert la voie à des méthodologies de recherche spécifiques, adaptées à la pratique de la consultation. Elle s'est intéressée de manière quantitative au contenu de la consultation. L'un de ses points forts consiste à se baser sur une enquête observationnelle de terrain, et non déclarative. Au cours d'un travail exploratoire, nous avons développé une méthode observationnelle mixte, à partir de trois outils. Le premier consistait en recueil quantitatif systématique du contenu de la consultation (motifs, procédures, conclusions de la consultation, et prescriptions). Nous y avons associé une observation qualitative ciblée. Le deuxième outil était une prise de note réalisée lorsqu'une plainte relative au sommeil était abordée, suivant une trame ouverte. Enfin lorsque cela était accepté par le médecin et le patient, un enregistrement des consultations était réalisé. Durant trois semestres de stage en médecine générale, treize internes ont observé le déroulement de demi-journées de consultations de leurs maîtres de stage.

Des réunions de préparation de l'étude, puis de mise au point régulière permettent d'harmoniser la prise d'observation des étudiants, et d'ouvrir un espace de réflexion autour des consultations observées, ainsi que sur la pratique médicale.

A partir de cette expérience, nous proposons de revenir sur cette méthode d'observation participante. D'une part, sur son intérêt scientifique pour le développement de la recherche de terrain en médecine générale. Il offre la possibilité de croiser des études épidémiologique quantitatives type ECOGEN avec notre approche d'inspiration ethno-anthropologique (Fassin, 2008; Vega, 2010). Nous souhaitons débattre des questions de faisabilité, d'acceptabilité, ainsi que des questions éthiques inhérent à ce type d'approche afin d'améliorer et développer ce type de méthode.

D'autre part, sur son intérêt pédagogique. En effet, la position d'observateur permet à l'interne une prise de recul par rapport à la pratique de la médecine, et une réflexivité sur ce qui se passe lors d'une consultation. Enfin, sa participation à ce type d'étude lui permet d'expérimenter la position d'investigateur en médecine générale, la rigueur et les difficultés méthodologiques inhérente à la recherche clinique.

Vendredi 26 - 17h - 1

La pratique de patient-formateur en questions

Gross Olivia ¹

1 : Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS)

Université Paris-Nord - Paris XIII : EA3412

Lab Educations et Pratiques de Santé EA3412 Ufr Santé-Médecine et Biologie Humaine - Université Paris13 74, rue Marcel Cachin 93017 Bobigny - France

Dans la lignée des recommandations de l'OMS (1986) visant à accroître la participation des personnes concernées aux problématiques de santé, la loi Kouchner de 2002 a initié la mise en oeuvre d'une démocratie sanitaire invitant en particulier les représentants d'usagers à participer au système de santé et les professionnels de santé usagers à collaborer avec les usagers.

Ce processus ne cesse de s'étendre et de s'actualiser dans différents espaces. Ainsi, certains patients s'engagent au côté des professionnels de santé et à leur demande, comme patients-formateurs dans la formation initiale de professionnels de santé.

Cette communication, d'inspiration phénoménologique, dédiée à une activité de patient formateur dans le cadre des facultés dentaires françaises, sera l'occasion de présenter, sous forme de parcours réflexif, l'une de ces expériences et d'en présenter les fondements, les enjeux, les modalités de mise en oeuvre, les forces et les limites telles qu'entrevues par le patient formateur concerné.

Nous discuterons également des différents défis que soulève le patient-formateur en tant que nouvel acteur de la formation. En effet, la fonction de patient formateur pour laquelle s'amorce un processus d'institutionnalisation soulève un certain nombre de défis qu'il est d'ores et déjà possible d'entrevoir : des défis notamment ontologiques, épistémologiques, pédagogiques, organisationnels et motivationnels. La dernière partie de la communication caractérisera ces enjeux en partie sous forme interrogative.

En effet, cette nouvelle fonction se comprend à l'aune de l'importance d'intégrer « la perspective patient » dans la formation initiale des professionnels de santé. Mais qu'est ce que cette « perspective patient », et qui est ce patient ? Un proche peut-il être considéré comme ayant des savoirs à transmettre dans ce cadre ? De quels savoirs parle-t-on ? Quel lien y a-t-il entre avoir des savoirs à transmettre et la capacité à les transmettre ? Quel statut donner à ces patients formateurs ? Comment transformer les expérimentations reposant sur des initiatives individuelles afin de les inscrire dans la pérennité ?

Jeudi 25 - 9h30 - 1

L'épilepsie, une "pathologie normale" ?

Bergounioux Marie ¹

1 : enseignement secondaire

xx

Si « la santé, c'est la vie dans le silence des organes », l'épileptique, dans tout le bruit et la fureur de ses crises, est sans contexte malade.

Pour autant, l'épilepsie se distingue des autres pathologies. Dans le cas où elle est symptomatique (six individus sur dix), c'est une maladie sans lésion organique (ou avec une lésion probable mais qui reste « cachée », dans le cas de l'épilepsie cryptogénique). A cette particularité s'en ajoutent d'autres : la première tient à ce que l'épilepsie, depuis longtemps connue, touche toutes les couches sociales de tous les pays, à tous les âges. Il ne s'agit donc pas ? seulement ? d'une maladie née de facteurs environnementaux. La seconde tient au fait que tout individu est potentiellement épileptique ? par là, on entend la survenue de, au moins, deux crises spontanées. En effet, lorsque, par deux fois, il y a eu décharge neuronale excessive et hyper-synchrone, alors une « voie » est tracée dans le cortex et l'individu est épileptique à vie. Enfin, en tant qu'elle se manifeste sous forme de crises paroxystiques, l'épilepsie offre une vie « normale » à celui qui en est atteint dans l'intervalle inter-critique.

Aux vues de ces caractéristiques, il apparaît que l'épilepsie est une maladie hors-norme ? y compris dans la « norme pathologique ». Et si l'épilepsie n'était qu'une anomalie ? Voire, une « pathologie normale » ? Nous reviendrons sur la nosographie de l'épilepsie, qui fut, qui peut encore être matière à débat. De là, il faudra rendre compte des deux partis en présence lors du diagnostic de l'épilepsie : le patient et la société, comme jugement collectif et comme institution. Maladie sans lésion organique (en dehors des cas d'épilepsie traumatique) mais omniprésente, l'épilepsie a d'abord été considérée comme une maladie « nerveuse » puis « mentale » et aujourd'hui « neurologique ». On n'a pas l'épilepsie, on ne fait pas une épilepsie, on est épileptique. Il n'y a pas de distinction possible entre le corps souffrant et le moi. Quelle description en proposer sachant qu'il n'existe pas une mais des épilepsies ? Comment reconnaître un épileptique ? Comment le traiter ?

Si l'existence quotidienne ne laisse rien deviner entre les crises, plus que les interdictions, les difficultés personnelles, toujours présentes (ainsi qu'on l'apprend à la lecture des données partagées par l'OMS) pèsent sur l'épileptique. Cela se traduit, entre autres, par le regard des autres, la stigmatisation et (ou à cause de) la traduction qu'ont pu en proposer certaines théories médicales ou anthropologiques ? il suffit de songer à l'épileptique comme « criminel-né » de Lombroso).

Finalement, l'épilepsie pourrait être considérée comme une « pathologie normale » en réunissant les deux termes de l'opposition de Canguilhem pour désigner une affection organique qui serait banale si elle ne concernait le cerveau et n'affectait socialement le comportement de ceux qui en sont atteints.

Vendredi 26 - 17h30 - 3

Examen de santé ou contrôle technique ? Ce qu'il advient au corps en médecine préventive

Olivier Delphine ^{2,1}

1 : Université Paris 1 - Panthéon Sorbonne

Université de Paris 1

2 : Institut d'Histoire et de Philosophie des Sciences et des Techniques (IHPST)

École normale supérieure [ENS] - Paris CNRS : UMR8590 Université Paris I - Panthéon-Sorbonne

13 Rue du four 75006 PARIS

<http://www-ihpst.univ-paris1.fr/>

Cette communication se donne pour but d'explorer les représentations du corps qui ont accompagné le développement d'une médecine préventive scientifique[1] et qui se trouvent au fondement des pratiques actuelles. Plus qu'ailleurs, la métaphore du corps-machine semble sous-tendre un certain nombre de pratiques préventives (dépistage, soins dentaires, bilans de santé). La prévention serait-elle alors un contrôle technique des différentes pièces qui composent la machine humaine ?

Nous commencerons par suivre le développement d'une pratique particulière : les examens de santé. Dès la fin du 19e siècle, certains médecins défendent l'idée que des individus qui ne souffrent pas aient intérêt à recourir aux services de la médecine. Quelles sont les caractéristiques de ce corps en bonne santé qu'il faudrait examiner ? Nous montrerons d'abord que la pratique de l'examen de santé suppose que le niveau de la totalité organique (niveau qui correspond à l'impression de bonne santé) est trompeur. L'examen de santé, c'est avant tout une méfiance envers le corps : il peut être silencieusement défaillant.

Deuxième caractéristique des examens de santé, le recours fréquent à une métaphore technique : nous faisons réviser régulièrement nos voitures, il serait sage d'en faire de même pour notre corps. Cette métaphore est loin d'être anodine : parler de contrôle technique, c'est supposer que le corps est une somme d'organes, qui peuvent s'user indépendamment les uns des autres. On cherchera à comprendre comment cette conception du corps a façonné certaines pratiques préventives : l'exemple de la mastectomie prophylactique pourra dès lors être considéré comme l'aboutissement de ce type de représentation.

Nous montrerons enfin que, tout au long du 20e siècle, une alternative à la conception mécaniste a sous-tendu d'autres projets préventifs. L'importance de la notion de terrain ou de diathèse, les conseils de nutrition, les tentatives actuelles pour développer une approche systémique de la prévention, pourraient relever d'une vision bien plus globale du corps humain.

Méthode : La démarche est historique et épistémologique. Notre exposé s'appuiera avant tout sur des sources historiques primaires[2] (France, États-Unis, Royaume-Uni, à partir de 1900 ? date d'un premier texte sur les examens de santé). Nous commenterons également des critiques contemporaines adressées par des médecins à l'approche préventive[3] : l'enjeu de notre présentation est de montrer que l'histoire de la représentation du corps qui sous-tend la médecine préventive permet de comprendre un certain malaise dans cette même médecine.

[1] La notion de prévention est assez floue et nous savons que l'expression « médecine préventive » ne renvoie pas à une spécialité médicale. Nous considérons comme faisant partie de la médecine préventive toutes les interventions qui se situent avant la survenue de la maladie (nous n'incluons donc ni la prévention tertiaire, ni une grande partie de ce qui relève de la prévention secondaire).

[2] Par exemple : Gould George M., « A system of personal biologic examinations. The condition of adequate and scientific conduct of life », *The Journal of the American Medical Association*, 35(3) : 134-138, 1900.

[3] Par exemple : Heath Iona, « Who needs healthcare ? the well or the sick ? », *British Medical Journal*, 330 : 954-956, 2005.

Mercredi 24 - 15h30 - 2

Observer, toucher et palper les corps en médecines scientifique et «alternative» : une nécessité thérapeutique

Kessler-Bilthauer Déborah ¹, Kivits Joëlle ², Vinel Virginie ³, Voléry Ingrid ⁴

- 1 : Maison des Sciences de l'Homme Lorraine (MSH Lorraine)
CNRS : USR3261 Université de Lorraine : EA3478
91, avenue de la Libération - BP 454 54 001 NANCY cedex
<http://www.msh-lorraine.fr>
- 2 : EA 4360 Apemac maladie chronique, santé perçue et processus d'adaptation (EA 4360 Apemac)
Université de Lorraine
Université de Lorraine - Ecole de Santé Publique - Faculté de Médecine, 9 avenue Forêt de Haye BP 184, 54505 Vandoeuvre-lès-Nancy cedex
- 3 : Laboratoire de Sociologie et d'Anthropologie (LASA EA 3189)
Université de Franche-Comté : EA3189
Université de Franche-Comté, Laboratoire LASA - Site de Mégevand, 30 rue Mégevand 25030 Besançon - France
<http://www.univ-metz.fr/recherche/labs/212s/>
- 4 : Laboratoire Lorrain de Sciences Sociales (2L2S)
Université de Lorraine : EA3478
3 place Godefroy de Bouillon 54000 Nancy
<http://sha.univ-lorraine.fr/CENTREDERECHERCHE/2L2S.html>

Dans les conceptions élargies de la santé, les thèmes de la médecine (des médecines), du soin, de la maladie et du corps traversent les sciences humaines et sociales. Pour contribuer à la réflexion sur les liens entre le corps, la santé et la médecine, la communication orale sera l'occasion d'entamer une discussion autour de la pratique soignante et de la relation soignant-soigné du diagnostic à la cure.

La recherche Médicamp étudie en Lorraine d'un point de vue sociologique les représentations du soin et du corps et les itinéraires thérapeutiques de personnes et de familles situées dans des zones qui conjuguent ruralité et déficit en service de santé (Source : Observatoire des Territoires et Agence Régionale de la Santé de Lorraine). D'un point de vue méthodologique, l'enquête ethnographique d'une durée de deux ans (en cours) comprend la réalisation de près de 60 entretiens réalisés auprès de ménages et de professionnels de santé en Meuse, dans les Vosges et en Moselle. Des observations in situ contribuent également à l'analyse fine des pratiques de soins.

A l'heure du déploiement de la télémédecine qui se veut une réponse à la désertification médicale et à l'isolement des territoires ruraux, les informateurs qu'ils soient médecins généralistes, spécialistes, professionnels de santé ou thérapeutes non reconnus expriment le besoin d'être en coprésence physique avec leurs patients. Nous aborderons, dans un premier temps, les représentations que les informateurs se font de la télémédecine parfois associée à de la « sous-médecine » pour mieux éclairer le dispositif du soin « classique » et la nécessité de contacts corporels entre le thérapeute et le malade. La prise en charge thérapeutique repose sur ce mode de contact « réel » qui permet de « voir », « toucher », « palper » les corps des patients (les mots entre guillemets sont des extraits d'entretien). Nous verrons dans un second temps, que cette interaction corporelle qui constitue une forme de langage immédiat et direct est aussi attendue par les patients qui évaluent les savoirs et les savoir-faire des praticiens à travers celle-ci. La relation entre le soigné et l'expert-soignant inclut une certaine proximité propice à la lecture des symptômes que le corps exprime. Même si les maux et les signes corporels sont verbalisés, l'expression et le langage du corps ont un rôle de premier ordre, du point de vue des malades et des thérapeutes, dans l'élaboration d'un diagnostic efficace. A la lumière des expériences des patients, il apparaît que la situation de face-à-face est aussi l'occasion de discuter de la vie quotidienne et de créer un lien de sympathie et un certain degré d'intimité avec le praticien ; ce qui a également une importance dans le soin et une prise en charge globale. Favorable aux échanges verbaux et non verbaux, nous verrons ainsi que le soin en véritable rite d'interaction (Goffman, 1973) comporte des codes que les soignants et les soignés ont intégrés, ont incorporés et qu'ils sont parfois éloignés des principes des dispositifs de télémédecine.

Jeudi 25 - 16h30 - 2

Le coeur en image : développement de l'échographie en cardiologie

Lellinger Solène ¹

1 : Laboratoire Sociétés, Acteurs, Gouvernements en Europe (SAGE)
université de Strasbourg CNRS : UMR7363
<http://sage.unistra.fr/>

L'imagerie médicale occupe une place centrale dans la médecine actuelle, redéfinissant les frontières entre le visible et l'invisible, l'intérieur et l'extérieur du corps. Certaines spécialités médicales se sont construites autour de ces outils techniques dans le but d'établir un diagnostic, c'est le cas par exemple de la cardiologie. L'une de ces techniques s'est imposée progressivement dans cette discipline depuis les années 1970 : l'échocardiographie dont l'apparition marque un tournant majeur dans la pratique quotidienne des cardiologues, notamment par son caractère non invasif, elle permet ainsi une nouvelle approche de la maladie.

Il s'agira ici de retracer l'histoire de cette technique et de voir de quelle manière elle a pu influencer sur l'élaboration des connaissances médicales et a ainsi permis la redéfinition de certaines pathologies cardiaques. Cependant, il est également nécessaire de s'interroger sur certaines limites ayant pu être une source de confusion étiologique et ainsi inscrire des erreurs dans les manuels se répercutant sur l'exercice de la cardiologie.

Mercredi 24 - 16h - 3

20 ans d'enseignement des SHS en médecine

Visier Laurent ¹

1 : Département de SHS en médecine (SHSmed)

Université de Montpellier

Institut de biologie 4, bvd Henri IV 34000 Montpellier

<http://maladies-chroniques.edu.umontpellier.fr/>

Les humanités médicales sont entrées dans le programme national des études médicales avec le décret de 1992 qui leur donne une place importante dans l'année préparatoire au concours d'entrée (PCEM1). Un enseignement d'abord intitulé culture générale puis sciences humaines et sociales, avant d'adopter dernièrement la terminologie santé, humanité, société, se structure progressivement et de façon différentielle selon les facultés et les universités. Des réformes successives transforment la première année des études médicales en première année des études santé (PACES) puis font entrer ces disciplines d'abord au sein du deuxième cycle puis dernièrement dans dans les items des questions des examens classant nationaux (ECN, succédant à l'internat) à partir de 2016.

Parallèlement se constitue en 2008 un collège des enseignants de SHS en médecine (COSHSEM) dont le but est de fédérer les enseignants et les enseignements des différentes facultés.

L'intervention synthétisera le chemin parcouru par les SHS dans les études médicales depuis plus de vingt ans et tentera, à partir d'une approche institutionnelle, de dégager des pistes de travail pour les années qui viennent.

Jeudi 25 - 9h - 2

Intimité du corps et psychothérapie

Grenouilloux Armelle ¹

1 : Psychiatre libéral

Aucune

27, rue Vidie 44000 Nantes

Pourquoi , et comment , l'intimité du corps s'immiscerait-elle dans une psychothérapie par définition portée par le langage ?

Et si la question du corps et celle de l'intimité étaient omniprésentes dans la psychothérapie ?

Les aspects expressifs du corps comme les discours au sujet des somatisations sont explicitement impliqués dans la réflexion. Le cadre thérapeutique vient solliciter des aspects topiques, politiques et éthiques de l'intime. Enfin la dynamique psychothérapique ne cesse de renvoyer face à face ou dos à dos, intime et ob-scène.

A partir d'exemples saisis lors de moments de soins en consultation ambulatoire de psychiatrie phénoménologique, nous examinerons comment la souffrance psychique qui y est exprimée implique toujours déjà le corps, comment son appréhension en appelle à l'intime et comment la restauration de la santé psychique suppose une réincarnation du sujet.

Jeudi 25 - 16h30 - 3

Vers une formation structurée des professionnels de santé à la prise de décision médicale partagée en France : mise en oeuvre du programme FREeDOM (French group for Shared Decision Making).

Moumjid Nora ¹

1 : Université Claude Bernard Lyon 1 (UCBL)
GATE-LSE (UMR 5824 CNRS); Centre Léon Bérard
8 avenue Rockefeller 69008 Lyon Cedex 08

Le groupe de réflexion et d'action francophone FREeDOM (French group for Shared Decision Making [SDM]) est né en 2014 du constat de l'écart entre, d'une part, l'avancée de la réflexion et des pratiques dans de nombreux pays anglo-saxons (USA, Australie, Europe du Nord), mais aussi francophones (Canada, Suisse), la demande croissante des patients et plus largement des citoyens, et d'autre part la très faible diffusion des pratiques de SDM en France. L'international environmental scan publié en 2012 par Légaré et al. confirme l'insuffisance des programmes français de formation des professionnels de santé, alors même qu'il s'agit d'un préalable indispensable à la compréhension et à l'application de la prise de décision médicale partagée.

Méthodes. Le groupe FREeDOM rassemble patients et associations de patients, professionnels de santé (médicaux et paramédicaux, hospitaliers et de ville), chercheurs en Sciences Humaines Economiques et Sociales (SHES), représentants d'instances officielles, communicants. Ses intérêts portent sur plusieurs pathologies chroniques (cancer, maladies rénales, diabète, maladies inflammatoires de l'intestin, asthme, pathologies cardiovasculaires, psychiatriques...), ceci à toutes les étapes du parcours de soin : 1. prévention ; 2. diagnostic et décisions thérapeutiques ; 3. suivi et observance... Sur chacune de ces phases sont discutées des actions possibles en faveur de projets centrés SDM, au niveau de l'organisation des soins, des programmes de formation et des dispositifs d'information et communication à destination des professionnels et des usagers.

Résultats. Les formations proposées visent à développer les connaissances et la culture des professionnels de santé, tant hospitaliers que de ville, en utilisant les corpus de SDM déjà existants à l'étranger (cours en ligne et présentiels, jeux de rôle etc.) et en les adaptant, si nécessaire, au langage et aux modèles de soins français. Elles portent à la fois sur la formation initiale des professionnels (heures de cours au sein des cursus universitaires), sur le Développement Professionnel Continu (DPC) et sur la formation des Patients Ressources. Les formats DPC s'articulent en modules de formation ponctuels (une ou 2 journées) et Diplôme(s) d'Université. En fonction du type de modules, les formations seront assurées par des professionnels de santé ou de SHES ayant développé des compétences particulières en matière de SDM, patients-experts et représentants d'associations de patients, membres d'instances de décision nationales ou régionales, etc. Chaque module associera formation théorique (rationnel, principes éthiques, réglementaires, organisationnels...), mises en situations, jeux de rôles et évaluations.

Conclusions et perspectives. La diffusion large et concrète des processus de prise de décision médicale partagée en France passe par une nécessaire appropriation et acculturation par les professionnels de santé. C'est la raison pour laquelle la constitution du groupe FREeDOM constitue un levier important au niveau francophone visant à favoriser le développement de la formation dans ce domaine. Les réflexions et actions du groupe seront mises à disposition sur un site internet dédié.

Vendredi 26 - 15h30 - 1

La vieillesse entre art et science: les représentations du corps âgé en France au XVIIIe siècle.

Bigéard Amandine ¹

1 : Université de Strasbourg - EA 3400, Arts, civilisation et histoire de l'Europe (EA 3400 ARCHE)

université de Strasbourg : EA3400

7 place de l'Université 67000 Strasbourg

<http://ea3400.unistra.fr/index.php?id=4180>

Au cours du XVIIIe siècle en France, la vieillesse fait l'objet de nombreuses réflexions chez les médecins comme chez les artistes. À cette époque, le fonctionnement du corps est toujours envisagé par le biais de la médecine humorale héritée d'Hippocrate. De fait, la vieillesse s'explique par un déséquilibre des humeurs ayant pour effet de ralentir la circulation des fluides, garante de l'énergie vitale. Cette altération des mouvements des fluides a pour conséquence d'entraîner la sécheresse et la dureté du corps, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur, et de refroidir l'organisme. Ainsi au XVIIIe siècle, la vieillesse se définit d'abord et avant tout en termes de santé et s'impose comme un phénomène essentiellement visible, attaché à l'apparence physique du corps. Le vieillissement du corps est donc perçu comme une dégradation progressive de la santé, voire une maladie permanente, dont le seul remède est la mort.

Or cette conception physiologique du corps âgé s'entremêle étroitement avec les représentations artistiques de la vieillesse, qui se révèlent souvent très problématiques pour les artistes. Comme on le sait, la vie artistique est alors régie par l'Académie royale de peinture et de sculpture, dont l'enseignement repose sur un certain nombre de codifications, en particulier pour la représentation du corps humain. Les artistes doivent en effet répondre au principe essentiel de la « belle nature », impliquant une imitation fidèle de la nature qui sera toutefois corrigée sur le modèle de la sculpture antique. Par ailleurs, plusieurs théoriciens associent l'idée de la « belle nature » avec celle d'un corps en bonne santé : la vieillesse semble donc a priori contradictoire avec toute idée de beauté, d'autant plus que certaines caractéristiques physiologiques de la vieillesse, telles la sécheresse et la dureté du corps, renvoient à des caractéristiques stylistiques, comme la sécheresse de la touche et la dureté des contours, peu appréciées par les critiques et les amateurs d'art. Néanmoins, certains artistes ont cherché à représenter le corps abîmé par le temps de manière naturaliste, voire vériste, rompant ainsi avec les normes de beauté et de bienséances en vigueur au sein de l'Académie.

Nous nous proposons donc de mener une étude croisée d'écrits médicaux et d'un corpus d'oeuvres comprenant divers médiums tels que la peinture, le dessin, la sculpture ou la gravure, afin de comprendre comment les représentations visuelles et les recherches physiologiques autour de la vieillesse se sont mutuellement influencées durant un siècle où les arts et les sciences entretenaient un dialogue permanent. Cette analyse croisée nous permettra de voir la manière dont le corps vieilli a été investi d'une visibilité sans précédent dans la société française du XVIIIe siècle. Nous aurons ainsi peut-être l'occasion d'éclairer certaines représentations de la vieillesse issues des pratiques médicales et artistiques contemporaines.

Vendredi 26 - 11h30 - 2

Le corps en chirurgie : la distanciation comme juste mesure

Klipfel Amandine ¹

1 : Institut de recherches interdisciplinaires sur les sciences et la technologie (IRIST)

université de Strasbourg : EA3424

7, rue de l'Université - 67000 Strasbourg

<http://irist.u-strasbg.fr/>

Le corps en chirurgie possède un statut particulier car il s'offre au regard du chirurgien dans sa structure intérieure dont la perception suggère un mélange d'effroi et de curiosité. La question qui se pose est de saisir comment le chirurgien peut transgresser le tabou de l'intégrité corporelle pour accéder à l'intérieur du corps de son malade. Le premier geste d'incision cutanée est le geste de l'anatomiste qui cherche à établir une connaissance topographique qui fait accéder son regard du singulier vers l'universel, créant ainsi un corps nouveau, objet de science, universalisé par sa représentation dans l'idée. Le deuxième geste d'ouverture du corps est le fait du chirurgien qui, à l'inverse, va partir du corps imaginaire construit par le savoir anatomique pour faire descendre l'objet imaginaire sur le corps objet de son malade. Pour ce faire, il s'organise autour du corps de l'opéré un rituel qui consiste à oublier le corps propre du malade pour le ramener à un corps objet. De l'installation en salle d'intervention à l'anesthésie qui éteint la conscience du malade pour ne rendre perceptif que son corps objet, le chirurgien finit par placer des champs opératoires sous lesquels le corps propre du malade disparaît définitivement pour rendre visible un corps objectivé dans l'environnement perceptif du chirurgien qu'au travers du cadre de peau qui va recevoir l'incision. Il se crée alors une double fiction autour du corps du malade. D'une part, le cadre opératoire permet la création d'un espace métaphorique qui s'individualise et s'exclut de l'espace réel pour accéder à un espace où règne l'objet imaginaire du corps directement hérité de l'image du corps anatomiste. Cet espace métaphorique va être, pour le chirurgien, le lieu de rencontre entre l'objet imaginaire du corps anatomiste et la perception de l'intérieur du corps dans sa structure. D'autre part, la disposition du cadre opératoire fait aboutir le corps du malade à une position perceptive qui peut être rapprochée du corps morcelé. Le chirurgien se place alors devant un corps humain mis dans une situation qui précède le stade du miroir. Il adhère ainsi au rituel afin d'accéder à une distanciation qui apparaît comme le mode de rapport à l'Autre permettant de tolérer l'intervention agressive sur un corps morcelé réduit à son état libidinal primaire qui précède l'identification du soi. Cette régression du corps du malade appuie la toute-puissance du regard chirurgical face à un malade qui cède son corps propre et son unification. La distanciation devient alors un rapport éthique à l'Autre qui rend visible la conscience de la valeur absolue de l'être humain incarné dans ce corps dont l'oeil va traverser l'apparence. Elle signe l'humanité même du chirurgien qui témoigne, par le recours à la médiation de la distance sur le corps objet de son malade, de la conscience de son corps propre. La distanciation se révèle ainsi comme un mode de relation thérapeutique qui peut apparaître comme le fondement du rapport entre le chirurgien et son malade.

Jeudi 25 - 16h30 - 1

Anticiper les besoins ou s'y adapter. Le Centre de Primatologie de Strasbourg face à la médecine

Hoenen Laure ¹

1 : Laboratoire Sociétés, Acteurs, Gouvernement en Europe (SAGE)
université de Strasbourg CNRS : UMR7363
<https://sage.unistra.fr/>

Le corps animal a, depuis l'Antiquité, été un moyen d'étudier le fonctionnement du corps humain lorsque le recours à celui-ci était prohibé. Selon un rapport de l'OPECST (Office Parlementaire d'Évaluation des Choix Scientifiques et Techniques) datant de 2009¹, douze millions d'animaux sont sacrifiés à des fins scientifiques chaque année en Europe. Au regard de ce chiffre, il nous semble pertinent de nous intéresser aux essais pré-cliniques, essentiels au développement de nouveaux traitements. Plus précisément, nous proposons de nous intéresser à l'histoire du Centre de Primatologie de Strasbourg (CdP) qui met des primates à disposition de chercheurs en éthologie et propose d'en élever pour le compte de firmes pharmaceutiques.

La création du Centre de Primatologie de Strasbourg en 1978, fait suite au scandale de la Thalidomide. En effet, à la fin des années 1960, les essais pré-cliniques sur une espèce de rongeurs, en plus d'une espèce de rongeurs, sont rendus obligatoires, contraignant les firmes pharmaceutiques à se procurer et élever ce type d'animal.

Le CdP a une seconde fois pu profiter des besoins spécifiques de la recherche biomédicale lors des premiers travaux sur le SIDA car il disposait d'une espèce de macaques décrite comme le meilleur modèle de primate pour la recherche sur le VIH par Françoise Barré-Sinoussi.

Enfin, l'activité du centre est en cours de transition. Grâce à leurs travaux en éthologie, les chercheurs du centre seront prochainement en mesure de proposer des outils permettant de détecter le vieillissement cérébral des singes, ouvrant de nouvelles perspectives à la recherche sur les maladies neurodégénératives.

Nous proposons donc de montrer comment le Centre de Primatologie de Strasbourg a su se renouveler à plusieurs reprises pour répondre aux problèmes rencontrés par la médecine.

¹Office Parlementaire d'Évaluation des Choix Scientifiques et Technologiques, Rapport sur l'expérimentation animale en Europe. Quelles alternatives ? Quelle éthique ? Quelle Gouvernance ?, s. 1., 9.12.2009.

[Consulté le 13/03/2015] Disponible à l'adresse

Vendredi 26 - 17h - 2

La rencontre du corps-patient et du corps-étudiant dans la formation des masso-kinésithérapeutes

Bouratroff Vilma ¹

1 : Centre de recherche interuniversitaire, Expérience, Ressources Culturelles, Education (EXPERICE)

Université Paris VIII - Vincennes Saint-Denis : EA3971

2, rue de la liberté 93000 Saint Denis

<http://www.univ-paris8.fr/experice/>

Mots-clés : corps, formation, clinique, subjectivation

Résumé :

Les études de masso-kinésithérapie se déroulent en trois ans. Elles ont pour objectif de former des professionnels aux pratiques du corps à rééduquer. Le constat est que les étudiants rencontrent le corps malade/corps-patient lors des stages qui ont lieu dès la première année. A partir de la deuxième année, ils produisent en lien avec le stage, un dossier clinique pour chaque module (orthopédie, neurologie, cardiologie, etc.) en vue de la préparation du mémoire du Diplôme d'Etat.

Cette communication porte sur les productions discursives issues des dossiers cliniques du module de psycho-sociologie. Nous souhaitons mettre en discussion la méthodologie de l'étude du corps dans le cadre d'une approche du corps anatomo-centrée de la clinique médicale (Foucault, 1963).

C'est par l'écriture de ce dossier clinique, que les étudiants sont invités à développer une réflexion subjective autour de la relation thérapeute-patient. Comment opèrent-ils les liens entre le corps-objet de savoir et le corps-sujet vivant ? A partir de l'analyse de ce corpus, nous identifierons trois niveaux d'étude du corps (Andrieu, 2010) :

-le corps décrit qui est le corps énoncé en troisième personne, c'est-à-dire la description du corps posée en tant qu'objet de savoir autrement dit le savoir anatomique et biomécanique transmis (l'histoire de la maladie, les antécédents médicaux, le projet de rééducation...)

-le corps vécu qui inscrit la présence d'une subjectivité en deuxième personne du patient à partir de l'explicitation du corps ressenti (l'histoire du vécu de sa maladie, ses attentes...)

-le corps vivant qui est le corps à la première personne, le corps des émotions qui construit l'intersubjectivité par et dans la pratique du toucher dans la relation thérapeutique entre le corps-patient et le corps-étudiant.

Notre étude s'inscrit dans une démarche de recherche sur les processus de subjectivation (Foucault, 1980, 2001) des savoirs du corps mis en oeuvre par les étudiants dans le cadre de la formation de masso-kinésithérapie.

Bibliographie

Andrieu, B. (2010) La philosophie du corps, Paris, J. Vrin.

Foucault, M. (1963) La naissance de la clinique, Paris, Quadrige/PUF.

Foucault, M. (1980) L'origine de l'herméneutique de soi, Paris, J. Vrin.

Foucault, M. (2001) L'herméneutique du sujet, Paris, Seuil/Gallimard.

Sforzini, A. (2014) Michel Foucault, Une pensée du corps, Paris, PUF.

Jeudi 25 - 11h30 - 2

Conduites préventives chez les femmes de culture magrébine et turque au Neuhof : Enquête qualitative par «focus group»

Aglaou Fatima ¹, Jung Catherine

1 : strasbourg
université de Strasbourg

Les personnes issues de milieux défavorisés présentent un taux de morbidité et de mortalité plus élevé que le reste de la population. De plus, de nombreuses études révèlent que la prévention est plus faible chez ces personnes. Elle a donc peu d'impact sur la réduction de ces inégalités sociales de santé (BERLIVET 2004). Les différences de représentations de la prévention entre la population et le corps médical pourraient expliquer que la prévention est moindre dans cette population.

L'objectif de cette thèse est d'étudier les représentations de la prévention et les conduites préventives « profanes » chez des femmes, résidant dans un environnement socio-économique défavorable.

Nous avons réalisé trois entretiens de type « focus group ». Les personnes ont été recrutées lors de réunions d'association du quartier du Neuhof. Une analyse thématique des verbatim est réalisée après retranscription intégrale des entretiens. Les dix-neuf femmes ayant participé à ces entretiens sont toutes issues d'un environnement modeste et de culture magrébine ou turque.

Pour se protéger de la maladie, elles déploient des stratégies renvoyant à des causalités et à des significations différentes de la biomédecine (Dieu, mauvais oeil, environnement ...). Les procédés employés sont multiples et assurent une protection globale. Ces conduites préventives profanes font aussi bien appel à certains aliments aux vertus spécifiques qu'à la «Hijama» ou incisionothérapie. De plus, cette enquête a révélé l'importance qu'elles accordent à leur santé et à la prévention dans leur quotidien. La maladie n'est aucunement vécue comme une fatalité.

A travers la richesse des propos recueillis, nous avons constaté que l'une de leur principale demande est de pouvoir s'exprimer. Elles ne sont pas nécessairement à la recherche de prescription médicamenteuse qu'elles trouvent parfois inutile. Leurs attentes vis-à-vis des médecins sont d'avantage d'être rassurées quant à la non gravité de la maladie et confortées dans leurs attitudes. Par ailleurs, dès lors qu'elles se sentent en confiance et écoutées, elles sont prêtes à partager leur savoir « profane ».

Nous avons constaté que la prévention « profane » est différente de la prévention biomédicale dans la manière d'être vécue au quotidien. Elle n'est pas perçue comme une contrainte mais comme « un art de vivre ». Cette prévention n'apparaît pas normative, moralisatrice ou culpabilisatrice comme peut l'être la prévention biomédicale dans certaines situations. De plus, dans la représentation profane de la prévention, il existe une véritable continuité entre prévention et soins. Tandis que la biomédecine établit une vraie dichotomie.

En conclusion, nous pouvons souligner l'investissement considérable de ces personnes pour préserver leur santé à l'inverse des idées préconçues. Toutefois, les efforts fournis sont sous-estimés, méconnus voire niés par le corps médical. Or, la reconnaissance de ces connaissances et leur valorisation peuvent contribuer à l'amélioration des programmes de prévention. De plus, à travers la promotion de la santé, en favorisant l'empowerment et la santé communautaire, ces personnes pourraient utilement participer à l'élaboration des programmes de prévention qui leurs sont destinés.

Jeudi 25 - 10h - 4

Création d'un groupe d'analyse de pratiques pour les internes à Lyon

Perry Marielle¹, Grard Soazic¹

1 : Petite alternative de santé
Université de Lyon

Nous présentons une initiative d'interne de spécialités médicales sur Lyon, visant à mettre en place un groupe d'analyse de pratique entre pairs. L'idée est de proposer un lieu d'échange et de discussions autour des difficultés rencontrées dans la pratique, d'accompagner et de prévenir le burn out de ces soignants.

Cette initiative fait suite à une réflexion autour du temps de travail des internes. Celle-ci a été conduite de manière informelle par un groupe d'interne de différentes villes de France qui se questionne de manière globale sur les implications sociales et politiques des pratiques de santé. Après un partage de nos expériences sur nos conditions de travail dans les différentes institutions que nous côtoyons, nous avons pu identifier collectivement les problématiques et les mécanismes en jeu. Alors même que la façon d'envisager les causes du burn out et d'y répondre est individuelle, la prise en compte et la prévention de celui-ci passe par un questionnement collectif sur les conditions de travail.

La charge de travail qui incombe aux internes, comme à tout le personnel médical et paramédical, est trop importante, en termes d'horaire, mais aussi de « tâches » à effectuer au cours de la journée. Elle est la conséquence de nombreux facteurs : économiques, institutionnels, historiques, psychologiques. La délimitation des différents rôles aussi bien hiérarchiques, qu'entre le personnel médical et paramédical est floue. Cependant, le but pour nous n'est pas d'éclaircir ces lignes et de produire des règles enfermant nos pratiques, mais plutôt d'évaluer ensemble, tous personnels confondus, à quoi tiennent nos contraintes et comment s'en détacher. Il s'agit pour nous de ne pas tomber dans un système de compensation où chacun défend son intérêt. Nous souhaitons également décloisonner la réflexion sur le travail, au sein des différents personnels soignants mais aussi hors de l'hôpital.

Autour de ces réflexions, et suite à l'observation de burn out chez de nombreux internes, nous avons décidé de constituer ce groupe d'analyse de pratique, inspiré des groupes Ballint. Nous avons fait le choix de le réserver aux internes, parce que ce statut est un moment clé selon nous de la construction de l'identité médicale, et pour sortir des problématiques attachées à un service particulier.

Le groupe d'analyse se réunit une fois par mois pendant la pause déjeuner dans les locaux de la médecine du travail du groupement hospitalier Est de Lyon (l'hôpital Femme Mère Enfant, l'hôpital cardiologique et l'hôpital neurologique). Il est ouvert à tous les internes qui le souhaitent sans obligation d'assister à toutes les séances. Il est encadré par une psychologue clinicienne salariée de la médecine du travail.

Malheureusement, après quelques séances le groupe a pris fin. La non-adhésion au groupe tient à une question pratique : l'horaire du déjeuner ne convient au rythme de travail des internes et tient à d'autres facteurs importants, en particulier la réticence au recours à des psychologues, et l'aveu difficile et culpabilisant d'une inadaptation au système. Cependant, nous ne baissons pas les bras et cherchons d'autres façons de mener ce projet. Affaire à suivre...

Vendredi 26 - 16h - 1

Visibilité et artificialisation : le modèle anatomique et la constitution d'un savoir mécanique de l'homme.

Gutiérrez Privat José Carlos ¹

1 : Enseignant
Sciences Po

L'essor de la pratique de la dissection au XVII^e siècle est un moment unique dans la constitution du savoir médical et humaniste. Unique, car ce savoir commence avec un acte de transgression que déploie un nouveau champ de visibilité pour le corps, tout en instaurant une nouvelle rationalité dans le regard médical. L'ouverture du cadavre n'est pas uniquement une démarche de dévoilement de l'intériorité vivante, mais aussi la reformulation de ce qui est une explication en médecine. Couper, morceler, séparer pour révéler la structure et la fonction de l'organisme, seront autant d'opérations emblématiques d'une nouvelle rationalité. Certains auteurs ont ainsi remarqué que le mouvement de la raison que Descartes décrit dans le Discours de la méthode mime celui du scalpel qui pénètre jusqu'au tréfonds du sujet. On parle ainsi d'un « modèle anatomique » pour signaler l'influence de cette démarche dans l'interprétation morale, psychologique et scientifique de l'homme, comme on peut constater, par exemple, dans l'ouvrage célèbre de Robert Burton, *An Anatomy of Melancholy*.

Dans cette présentation nous étudierons le lien entre ce « travail du scalpel » et la constitution d'une connaissance de l'homme que se formulera peu à peu dans un vocabulaire mécanique, même chez des auteurs si différents comme Descartes ou La Mettrie. Comment cela a-t-il été possible ? Nous montrerons que la dissection est le point de départ (scientifique et symbolique) d'une démarche de fragmentation de la vie. L'anatomie fabrique et rend visible, pour ainsi dire, les pièces qui permettront d'interpréter l'homme comme une machine composite. Plus encore, le geste de découpage est aussi le moment où la réalité du vivant dévoile ses multiples articulations : on découvre que la mort est capable d'expliquer la vie, que le corps humain rejoint celui de l'animal, que le vivant fonctionne comme un mécanisme. Nous soutiendrons à cet égard que l'acte anatomique est une démarche complémentaire à celle de la fabrication d'automates. Car si la construction d'un automate démontre que l'assemblage de pièces peut suffire à expliquer l'animation, la dissection anatomique démontre que tout être animé est démontable en pièces comme un automate. Depuis cette époque, le destin technique et symbolique du corps humain se trouvera à jamais entremêlé avec la prolifération d'images de son caractère mécanique, non seulement en termes d'explication scientifique, mais aussi de désirs utopiques. Tout se passe comme si, une fois la peau sectionnée (dont Paul Valéry disait qu'elle est « ce qu'il y a de plus profond en l'homme ») et l'intérieur du corps exposé, l'homme se découvrait de plus en plus et irrémédiablement comme un être artificiel. Les images médicales contemporaines s'inscrivent-elles encore dans ce travail de rendre visible l'artificialité de l'homme ?

Vendredi 26 - 11h - 2

L'articulation du corps dans les discours contemporains et l'avènement du sujet

De Barros Fernando ¹

1 : Université Paris 8, Vincennes-Saint-Denis (UP8)

Université Paris VIII - Vincennes Saint-Denis Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis

2 rue de la Liberté - 93526 Saint-Denis cedex

<http://www.univ-paris8.fr/>

On va concevoir le corps en tant qu'une expérience humaine inouïe à l'égard de l'époque contemporaine. Le sujet, n'existant pas d'emblée mais étant le résultat d'un processus ou d'une opération, n'est pas forcément le contenu d'un individu. Il ne suffit pas d'avoir un organisme pour être sujet. Le corps non plus n'est pas d'emblée imprégné à l'organisme qui lui sert d'appui matériel. Le corps est, tel le sujet, le résultat d'une opération. Celle-ci n'est pas si naturelle que l'on pourrait concevoir. Bref, l'état vivant de l'organisme n'est pas une garantie de la présence d'un corps, et donc d'un sujet.

Le surgissement du sujet est possible même en absence de l'organisme. Le corps, lui survivant indépendamment, c'est ce qui donne vie au sujet. Si l'individu ne peut pas renoncer à son organisme sans le risque de la mort, le sujet, lui, il peut exister au-delà de cette condition naturelle, à condition qu'il ait ou qu'il ait eu un corps.

Il y a néanmoins un point où cette indépendance du corps par rapport à l'organisme ne se maintient pas. C'est la rechute du premier vers le deuxième. C'est quand sujet et individu se rencontrent. Il y a finalement la possibilité de la mort du sujet même quand l'organisme qui soutien débout son corps est encore vivant. Le sujet n'est jamais rassuré.

Plusieurs domaines de production humaine nous apprennent beaucoup sur toutes ces notions d'organisme, individu, sujet et corps. Notre entendement général là-dessus s'amplifie à la mesure que ces domaines se développent en produisant des nouveaux savoirs. Ces différents discours se multiplient ; parfois ils se fusionnent, s'écartent, se déclinent vers d'autres. Quand on touche le point de vérité autour duquel ces savoirs se maintiennent, on voit que ceux-ci ne sont pas inébranlables à l'égard de ce que s'y articule.

On dégagera des commentaires à propos de l'émergence du sujet à partir du processus de faire corps, un processus possible moyennant la production d'objets qui puissent fonctionner à l'intérieur des nouveaux discours, dans leur multiplicité caractéristique de l'époque contemporaine. La considération du corps à partir de la psychanalyse et de l'anthropologie nous offre une voie de réflexion sur l'essentiel de cette problématique. Dans la clinique notamment, on saisit le sujet lorsqu'un corps portant le poids signifiant articule la vérité du manque-à-être à l'intérieur d'un discours d'un autre, dans le champ de l'Autre, qui n'est que l'endroit où les savoirs peuvent être soutenus. Ce champ ne révèle qu'un vide, renvoyant le sujet à son propre corps, voire à son organisme qui n'est pas immortel. On touche là la problématique du « propre » que l'on attribue assez vite au corps individuel.

Il s'agit, pour le sujet, d'une prise de position par rapport à ce champ. Le corps entre en jeu lorsque le seuil du réel est franchi, c'est-à-dire quand il est pris en otage par un savoir qui ne peut pas se soutenir toujours dans une vérité absolue ou communautaire, puisque celle-ci est en définitive singulière pour chaque sujet, pour chaque corps.

Jeudi 25 - 12h - 3

Portraits de patients : retours d'expérience d'une décennie d'enseignements «Cinéma, littérature et médecine»

Rasmussen Anne¹, Danet Joël^{1*}

1 : Sociétés, Acteurs, Gouvernement en Europe (SAGE)

CNRS : UMR7363 université de Strasbourg

Maison interuniversitaire des sciences de l'homme - Alsace 5 allée du Général Rouvillois 67083 Strasbourg Cedex

<http://sage.unistra.fr/>

* : Auteur correspondant

Cette contribution rend compte d'une expérience d'enseignement menée depuis plus de dix ans à la Faculté de médecine de Strasbourg, sous l'intitulé général « Cinéma, littérature et médecine », qui prend la forme d'un cours optionnel destiné aux étudiants de deuxième et troisième année de médecine. Les cours, d'un volume annuel de 50 heures, s'articulent autour de la projection d'une oeuvre cinématographique ? films institutionnels ou d'auteur, documentaires ou fictions, réflexifs ou de propagande sanitaire ? et/ou de la lecture de textes littéraires. Chaque séance s'organise ensuite autour d'une analyse des oeuvres et d'une discussion générale ordonnée entre tous les participants. Destiné à des étudiants qui sont au début de leur apprentissage de la sphère des soins, cet enseignement a pris pour axe thématique, depuis plusieurs années, des « portraits de patients » tentant de restituer des formes d'expérience que les « souffrants, patients, acteurs et utilisateurs d'un système de soins » ont de la maladie, de la souffrance et de la pratique médicale, autant que leurs représentations sociales et leurs transformations dans le temps et l'espace culturel. Cette communication livre un bilan de cette offre de formation : en questionnant les attendus et les résultats de ces séances qui associent une proposition théorique relative au rôle des sciences humaines et sociales dans les études de santé à des formes pédagogiques misant sur l'interaction ; en mettant en commun la réflexion sur l'élaboration des corpus d'oeuvres étudiées et en soulignant leur inflexion sensible au fil du temps ; en s'interrogeant enfin sur l'évolution de l'implication étudiante dans ces modules et les modalités de l'évaluation.

Jeudi 25 - 9h - 3

Le corps « malade » de la chirurgie plastique-esthétique. Analyse des procédés diagnostiques d'un chirurgien esthétique.

Carpigo Eva ¹

1 : Dynamiques Européennes (DynamE)

université de Strasbourg

Maison Interuniversitaire des Sciences de l'Homme - Alsace (MISHA) 5, allée du Général Rouvillois CS 50008 67083

Strasbourg cedex

<http://dynamie.unistra.fr/index.php?id=3872>

Le corps modifié par chirurgie plastique-esthétique n'est pas seulement un corps amélioré ou embelli, mais aussi un corps ajusté ou corrigé. L'action de la chirurgie plastique-esthétique vise à intervenir sur les « défauts » esthétiques en harmonisant l'apparence du corps. Le plasticien se propose d'obtenir un résultat qui soit « objectivement » plaisant et en même temps satisfaisant pour le patient.

Toutefois, peut-on considérer le corps qui subit une intervention esthétique comme malade ? Le mal-être éprouvé par le patient vis-à-vis de son apparence est de l'ordre du psychologique. Pour le chirurgien esthétique il s'agit d'évaluer la gravité de la souffrance intime du demandeur de soin et ainsi sélectionner les « bons candidats ». Ainsi, lors des consultations pré-opératoires, l'évaluation du praticien porte sur l'importance des « anomalies » ou « défauts » esthétiques, tout en prévoyant une analyse de la condition psychologique, sociale et relationnelle du candidat. L'acceptation ou le refus d'un candidat se base sur un critère d' « opérabilité » que le chirurgien affine au fur et à mesure de l'avancement de son parcours professionnel. Un bon chirurgien esthétique ne peut pas agir seulement comme un « technicien du corps », c'est-à-dire se limitant à intervenir sur les défauts afin de les « réparer ». Sans une sensibilité d'ordre psychologique qui l'amène à sélectionner ses patients, son action serait inefficace ou contre-productive. Cette efficacité se joue entre le corps et l'esprit car si le corps est la cible matérielle de l'action chirurgicale, les changements qu'y sont apportés témoignent de la désincorporation symbolique du mal-être qu'y était associé.

Par cette contribution je soulignerai les enjeux liés à la complexité du travail d'évaluation des « bons candidats » de la part du chirurgien esthétique, citant des exemples de terrain. Je mettrai en relief les stratégies mises au point par ces praticiens pour l'établissement d'un diagnostic fiable. Enfin, je porterai l'attention sur les escamotages méta-linguistiques (usage d'images modifiés par logiciels de morphing ou de photographies) utilisés par les chirurgiens esthétiques afin de limiter les malentendus avec le patient.

Jeudi 25 - 17h30 - 1

Bien-être et guérison à l'institut de Qigong de Shanghai: ethnographie de techniques de conscience du corps chinoises

Chenault Marceau ^{1,2,3}

- 1 : Institut de recherche de Qigong de Shanghai
650 Wanping Nan Lu, Shanghai, ???????? ? ???650 ?, ???
<http://www.shqigong.com/index.aspx>
- 2 : College of Physical Education and Health, East China Normal University (ECNU)
No. 500 Dongchuan Road, Minhang District, Shanghai
<http://www.ecnu.edu.cn/>
- 3 : Laboratoire d'Anthropologie et de Psychologie Cognitives et Sociales, Maison des Sciences de l'Homme et de la Société Sud-Est (MSHS) Université de Nice-Sophia Antipolis (LAPCOS (EA7278))
LAPCOS
Université Nice-Sophia Antipolis Laboratoire d'Anthropologie et de Psychologie Cognitives et Sociales Campus Saint Jean d'Angely SJA3 / MSHS / 3 Bd François Mitterrand 06357 Nice Cedex 4
<http://www.unice.fr/lapcos/>

Cette étude présente une ethnographie réalisée entre septembre 2012 et mars 2015, à l'institut de recherche de Qigong de Shanghai, département de l'Université de Médecine Traditionnelle de Shanghai. L'auteur y décrit l'organisation et les acteurs d'une formation internationale essentiellement ouverte à des étrangers vivant à Shanghai et souhaitant recevoir une formation approfondie dans la pratique du Qigong. L'observation porte tout d'abord sur les contenus transmis: les techniques du corps du Qigong et les théories qui y sont associées. Le chercheur observe ensuite les relations tissées entre l'équipe des professeurs, Docteurs chinois en MTC spécialisés en Qigong, et les apprenants. L'incompréhension ou l'inconfort durant certains enseignements révèlent différentes problématiques d'une transmission interculturelle. L'expérience des apprenants est enfin analysée à travers des questionnaires, des discussions en focus groupe et des interviews. Ces trois niveaux d'observations croisés avec une macro-analyse du contexte de développement du Qigong en Chine et en Europe, mettent en relief les expériences de bien-être et de guérison évoquées par les personnes de la formation et d'éclairer certaines modalités d'actions des techniques de conscience du corps.

Vendredi 26 - 9h30 - 2

Raconter son corps à l'épreuve : l'autoportrait filmé

Danet Joël ¹

1 : Département 'Histoire des Sciences de la Vie et de la Santé (DHVS - SAGE) université de Strasbourg, CNRS
: UMR7363 (DHVS-SAGE)
université de Strasbourg
Faculté de Médecine Université de Strasbourg 4 rue Kirschleger 67085 Strasbourg Cedex - France

A la frontière du documentaire et de l'art vidéo, de nombreux films ont poursuivi la démarche de la mise en scène de soi par la caméra. Par le biais de dispositifs de tournage qui permettent de se saisir au quotidien (se filmer, se faire filmer en mettant à profit l'allègement du matériel de tournage), ces films s'appuient sur l'idée polémique que se raconter à l'image intéresse un public au même titre que la chronique autobiographique en littérature. Or, il s'avère que les films majeurs de cette production marginale sont réunis par un même élément déclencheur : c'est en vivant une situation de crise personnelle qu'on en vient à se filmer. Vieillesse, dépression, cancer, SIDA... L'événement qui détermine le projet autobiographique mobilise logiquement l'image puisque la souffrance s'incarne, et qu'il s'agit de montrer son corps pour en faire état.

Walden de Jonas Mekas, Le filmeur d'Alain Cavalier, Demain et encore demain de Dominique Cabrera, La pudeur et l'impudeur de Hervé Guibert... autant d'exemples de films qui mettent en jeu le corps de celui qui filme, autant de récits de passions physiques ancrées dans une banalité que partage le spectateur, interpellé à ce titre sur ses propres expériences et ses appréhensions.

Mercredi 24 - 15h30 - 3

L'actualité des savoirs profanes du corps

Durif-Bruckert Christine ¹

1 : Université Lyon 2
Institut de Psychologie
10 Quai Saint Antoine 69002 Lyon

Dans le domaine de la santé et de la maladie, les savoirs profanes en tant que formes de raisonnements du sens commun commencent à émerger et à s'imposer, mais ils accèdent de façon encore instable au statut de connaissances.

En nous référant aux différents niveaux de stratégies, de procédures et d'investigations mises en oeuvre de façon spécifique dans notre modernité par les usagers et les patients, y compris vis-à-vis des professionnels de la santé et des soins, nous discuterons au travers d'exemples précis et en fonction de différents contextes, de la pertinence de ces savoirs et des fonctions identitaires et thérapeutiques qu'ils remplissent pour l'homme sain et/ou pour le sujet malade.

Nous serons ainsi amenés à aborder de façon très spécifique leur ancrage corporel et les processus de formation et de transformation qui les caractérisent autant que le statut social qu'ils occupent. Nous aborderons également les significations des différentes appellations de plus en plus diversifiées qui leur sont attribuées aujourd'hui.

Plenière jeudi 25 - 14h - 1

Représentation du surpoids et de l'obésité chez les patients consultant leur médecin traitant

Kerneis Antoine, Rougerie Fabien, Sanselme Anabel, Delacour Chloé^{1,2}

1 : USP Strasbourg (Unité de simulation pédagogique Strasbourg)

Université Louis Pasteur - Strasbourg I

Hôpital Civil de Strasbourg bâtiment 5 1er étage 1 place de la porte de l'hôpital 67000 Strasbourg

<http://med.unistra.fr/fre/Liens/Unite-de-Simulation-Pedagogique>

2 : DMG Strasbourg (Département de médecine générale Strasbourg)

Université Louis Pasteur - Strasbourg I

faculté de médecine 4 rue Kirschleger 67000 Strasbourg

<http://udsmmed.u-strasbg.fr/dmg/>

Introduction :

Interne en DES de Médecine Générale, j'ai été amené à constater sur mes différents lieux de stage en ambulatoire la difficulté qu'avaient les patients à aborder la question du poids face à leur médecin traitant.

Depuis 2010 et la mise en place du Plan Obésité, le médecin généraliste apparaît comme un acteur central dans la prévention et la prise en charge du surpoids et de l'obésité.

J'ai voulu identifier les représentations mentales du surpoids et de l'obésité chez les patients consultant leur médecin traitant. Le deuxième objectif est d'analyser de quelle façon la problématique du surpoids est abordée en consultation de médecine générale.

Méthode:

J'ai réalisé une étude qualitative par entretiens semi dirigés individuels entre janvier et mars 2015. L'analyse thématique des premiers entretiens a permis de dégager plusieurs thèmes.

Résultats :

Les patients en surpoids et obèses rapportent des troubles anxieux, une dévalorisation de leur image, une faible estime de soi. Ils font part de leurs difficultés à aborder ce sujet avec leur médecin traitant. Ils sont préoccupés par leurs poids, leur alimentation et leur apparence physique. Les représentations sont à connotation négative. Elles varient en fonction du lieu de vie (urbain ou rural), du genre, de l'âge et du sexe du médecin traitant. Les hommes jeunes utilisent des termes relatifs à l'inactivité et la démotivation. Les hommes plus âgés évoquent la cessation de leur activité professionnelle. Les femmes font davantage part de leurs difficultés à vivre leur féminité et l'association de la grossesse avec leur prise de poids est régulièrement mise en avant. Dans leur ensemble, les individus interrogés évoquent un « poids » familial à porter. Les patients retiennent de leur contact avec les professionnels de santé qu'il existe un lien entre leurs maladies et leur poids et ne se sentent pas en bonne santé.

Comme la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande une pesée systématique en consultation pour le dépistage et le suivi de l'obésité, cette question a été abordée en entretien. Pour les patients, la pesée semble vécue comme une épreuve anxigène. A contrario, l'examen clinique est considéré comme un temps nécessaire à l'exercice de la médecine et ne semble pas mal vécu.

La relation avec le médecin traitant n'est pas toujours aisée pour différentes raisons : une consultation focalisée sur l'objectif pondéral, le manque d'écoute et de temps. Les patients obèses regrettent que la prise en charge n'englobe pas plus l'aspect psychologique. Ils auraient voulu aborder leur histoire personnelle au décours des consultations en plus des conseils hygiéno-diététiques délivrés.

Discussion :

La présentation de ces premiers résultats au congrès sera l'occasion de les discuter de manière pluridisciplinaire.

Jeudi 25 - 15h - 3

Construire le savoir. Une analyse anthropologique de la fibromyalgie

Moretti Chiara ¹

1 : UMR7367 Dynamiques Européennes
université de Strasbourg

La fibromyalgie (ou syndrome fibromyalgique) touche environ de 2 % à 5 % de la population mondiale et dans le contexte européen a été diagnostiquée chez 14 millions de personnes. Elle est caractérisée par un ensemble de symptômes qui ne semblent pas être causés par des processus pathogénétiques clairs et déterminants. Pour cette raison, la personne qui en souffre est d'abord malade d'une « *contested illness* », c'est-à-dire d'une pathologie pas totalement reconnue par le savoir biomédical transnational puisque partiellement comprise. L'analyse de la littérature médicale montre de nombreuses tentatives pour expliquer le syndrome, mais ce qui tient l'ensemble des différents théories et interprétations est l'hypothèse qui encadre la fibromyalgie comme une maladie, « naturellement » féminine, causée par un dysfonctionnement des processus de sensibilisation et de perception de la douleur.

L'objectif de cette contribution sera de partir de cette hypothèse pour analyser, d'une part, ce qui la rend valable aujourd'hui et, d'autre part, ses conséquences directes. L'analyse portera sur le processus de construction des catégories diagnostiques et sur les influences historiques, sociales, culturelles et politiques qui définissent la représentation biomédicale du syndrome fibromyalgique. Elle, plus particulièrement, portera sur les discours qui permettent de reconnaître et de légitimer des formes de malaises sociales et « féminins » à travers leur traduction en termes de troubles psychosomatiques et, plus généralement, de maladie.

Mots-clés: Syndrome fibromyalgique, douleur chronique, maladies féminines, *contested illnesses*, dépression, stress, traumatisme, diagnostic, médicalisation

Vendredi 26 - 16h - 3

"Est-ce que le corps en a besoin ou est-ce que c'est la tête ?" Ambiguïtés de la notion de maladie addictive liées aux rapports corps/esprit.

Trouessin Mélanie ¹

1 : École normale supérieure de Lyon (ENS LYON)
École Normale Supérieure (ENS) - Lyon
15 parvis René Descartes - BP 7000 69342 Lyon Cedex 07
<http://www.ens-lyon.fr/>

Cette question posée par un patient lors d'une consultation d'addictologie semble bien poser le problème central dans l'addiction : est-elle une maladie mentale ou physique ? Si la définition actuelle, centrée sur la notion de compulsion, fait d'elle une maladie cérébrale ? la compulsion étant expliquée par une perturbation du Système Nerveux Central ?, son inscription dans le DSM tend à brouiller les pistes. On peut résoudre le problème en admettant que la psychiatrie peut être biologisée et que tout trouble mental s'explique par un trouble du cerveau, mais c'est là opter pour un parti pris théorique qui n'est ni nécessaire ni sans difficultés. C'est en effet trancher dans un débat, le mind-brain problem ? l'esprit est-il seulement le cerveau ? ? qui n'a pour l'heure aucune réponse unanime. Il nous semble que l'application actuelle de la notion de maladie à l'addiction, notamment par la notion floue de compulsion, est révélatrice d'une ambiguïté liée à la réduction de l'esprit au cerveau que l'on pourrait interroger.

En outre, cette réduction semble laisser au corps un rôle relativement mineur dans l'addiction par rapport à ce que suggère la pratique clinique. On peut en effet observer que les soins offerts dans certains centres de cure et de postcure, sans aller jusqu'à sous-entendre une coupure radicale entre l'esprit et le corps, proposent des ateliers qui donnent à penser que le corps a une place centrale dans le soin de l'addiction. Si certains sont assez classiques (théâtre, relaxation, expression corporelle), d'autres semblent proposer un soin nouveau, original, centré sur le rapport au corps tels que la psychomotricité (« prise de conscience de son corps par l'eutonie », pour ceux qui « ont besoin de mieux investir leur corps ») ou encore le psychocorporel (« prendre conscience de son vécu et de ses ressentis corporels », « mieux accepter son corps dans sa globalité »). Ces ateliers semblent dire qu'il y a quelque chose à réparer, chez les patients souffrant d'addiction, qui relèverait du corps. S'il en est ainsi, alors c'est que quelque chose à ce niveau-là s'est cassé, que ce soit au cours de l'installation de la dépendance ou bien de manière antérieure à celle-ci. Le rapport douloureux à son propre corps pourrait ainsi être une des raisons de l'addiction, comme dans les troubles de l'alimentation, ou bien la conséquence d'une consommation de stupéfiants afin de rendre son corps plus performant par exemple.

En définitive, il nous semble que la réduction de la dimension corporelle de l'addiction à sa composante cérébrale révèle non seulement certaines ambiguïtés non réglées dans le rapport de l'esprit au corps et en particulier au cerveau, mais pourrait laisser échapper une relation de l'addict à son propre corps bien plus complexe qu'il n'y paraît, laissant entrevoir, s'il en était encore besoin, la complexité du phénomène addictif comme maladie.

Jeudi 25 - 17h - 3

Santé et bien-être: observation et analyses de pratiques d'auto-soin

Le Hesran Anne-Lise ¹

1 : Centre Nantais de Sociologie (CENS)

Université de Nantes : EA3260

Chemin la Censive du Tertre BP 81227 44312 Nantes Cedex 3

http://www.sociologie.univ-nantes.fr/80822053/0/fiche_pagelibre/

Les individus accordent à leur corps et à leur état de santé un soin important dans un but curatif, préventif ou de renforcement de la santé (augmentants). Une partie de ces soins s'exprime à domicile et échappe à toute statistique médicale. Dans le cadre d'un programme de recherche financé par l'ANR sur les pratiques d'automédication (projet AUTOMED) qui pose la question d'une automédication choisie ou subie, nous nous sommes intéressés, dans une démarche qualitative, à tous les actes et consommations de soins auxquels les individus recourent quotidiennement dans le cadre de leur santé.

Notre enquête en cours en Loire Atlantique et en Vendée permet l'accès au quotidien de chaque individu sur une période de un mois à travers la méthodologie des "journaux de santé", journaux remplis quotidiennement par les personnes qui rapportent leurs ressentis de santé, de bien-être ou de mal-être, et ce qu'elles mettent en place pour prendre soin d'elles.

Hors d'une démarche curative, une part non négligeable des individus a recours à diverses pratiques en lien avec leur état général, pour prévenir la maladie, se sentir mieux, ou tout simplement pour se sentir bien. Cures réalisées à certaines saisons, rendez-vous réguliers auprès de médecins non conventionnels, habitudes autour de l'alimentation, du sommeil, d'une activité sportive ou d'étirements quotidiens, l'individu prend soin de son corps.

L'exemple du magnésium, consommé particulièrement par les personnes âgées, est parlant : ce produit peut être pris quotidiennement quelques semaines ou parfois même toute l'année. Souvent conseillé par l'entourage, une soeur ou un voisin, promu par la télévision ou certains magazines de santé, il est consommé dans une logique de meilleur état de santé, avec dans l'esprit que s'il ne fait pas de bien, il ne peut pas faire de mal. Cette manière de voir est majoritairement commune à tous les recours que les individus peuvent avoir dans le cadre de leur bien-être.

L'expérience de santé, du corps, le parcours de vie de chacun influent sur les choix des personnes et les pousse à mettre en place des pratiques qui leur permettent de maîtriser ce que certains considèrent comme un « capital », d'autres un « équilibre », ou encore simplement un bon état général de santé.

44 journaux ont été collectés. Force est de constater que la santé et le bien-être occupent une place bien plus large que le simple acte d'automédication en cas de symptômes ou de pathologie. Prendre soin de soi chez une grande partie d'entre eux relève d'une autodiscipline, d'un héritage et d'un apprentissage également, qui révèlent l'importance de maîtriser, d'anticiper, de prévenir la fatigue du corps, la potentielle pathologie, la vieillesse et ce qui l'accompagne...

Quelle est la part de ces pratiques dans l'ensemble des besoins de soins ? Quel est le lien entre profil social et pratiques diverses ? Et quel sens les gens leur donnent-ils dans une société où chacun a à sa disposition un panel de plus en plus large de possibilités de soins, professionnels de santé et offre de médecine parallèle ?

Vendredi 26 - 10h - 2

Mon corps, cet étranger.

Lallmahamood Nizaar ^{1,2}

1 : Centre de Recherches Psychanalyse, Médecine et Société - EA 3522 (CRPMS)

Université Paris VII - Paris Diderot : EA3522

Université Paris Diderot Bât. Olympe de Gouges case postale 7058 75205 Paris cedex 13

<http://www.crpms.shc.univ-paris-diderot.fr>

2 : Hôpital Necker - Enfants malades

Université Paris V - Paris Descartes Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)

149, rue de Sèvres 75743 Paris Cedex 15

« La santé, c'est la vie dans le silence des organes »[1] disait R. Leriche. Avec la maladie, ce corps devient bavard et se fait entendre. De quel corps parle-t-on ? Est-ce le corps réel, le corps pulsionnel, le corps érotique, le corps social ou encore le corps politique ? Le corps sain est un corps qui ne fait pas de bruit. Ce corps qui ne dysfonctionne pas fait vivre des éprouvés corporels semblables au « sentiment de continuité d'existence » dont parle D.W. Winnicott.

Le corps silencieux qui paraissait aller de soi, vécu avec ses sentiments de continuité, source d'éprouvés non questionnés ? on ne questionne pas les éprouvés corporels tant qu'on est en bonne santé ? au moment de la maladie, devient un corps étrangement inquiétant. Il est porteur de l'inquiétante étrangeté. A partir des rencontres avec les patients dans le cadre de ma pratique, je constate de plus en plus que le sujet est confronté à un étranger qui habite son corps qu'il pensait connaître. Le malade est dans une quête de sens où il essaiera de faire co habiter un avant et un après la maladie. La défaillance du corps, l'abandon dans lequel il projette le sujet en fait un objet de trahison. Son corps lui échappe et le sentiment d'Unheimliche devient une tentative de guérison, une tentative issue de cet auto-clivage dont parle S. Ferenczi afin de protéger la psyché. Le malade se sent trahi. La question de la trahison revient souvent avec ce corps qui est tout d'un coup défaillant, souffrant, douloureux, menaçant de disparaître en entraînant avec lui le sujet psychique qui se croyait à l'abri.

Comment faire pour que ce corps étranger puisse devenir encore du familier avec la maladie mortelle ? Comment va-t-on pouvoir se familiariser avec cette étrangeté qui a toujours élu domicile dans le corps ? Le malade devient étranger à lui-même. Ce devenir étranger peut évoquer une logique mélancolique qui a été abordée par beaucoup de grands écrivains. Ils décrivent à quel point le monde leur est étranger. Une espèce d'éloignement, de distanciation de ce monde, une quête de sens prend alors forme dans un mouvement douloureux. A partir de ma clinique[2], je propose de questionner la place que le corps médical donne au corps du sujet malade quand celui-ci est habité par la maladie mortelle. Quel corps pense/panse t-on quand le réel de la mort est palpable ? Comment accompagner le sujet malade quand son corps ne peut plus accepter les traitements ?

[1] LERICHE R., « De la santé à la maladie, la douleur dans les maladies, où va la médecine ? » in Encyclopédie Française, 1936, t. VI. [2] En Médecine palliative périnatale, pédiatrique et adulte à l'hôpital Necker Enfants-Malades. Vendredi 26 - 10h - 3

Les apports de la psychologie clinique dans la formation à la relation et communication en DFASM2

Mercadié Lolita ¹

1 : Faculté de Médecine (UBO)
Université de Bretagne Occidentale [UBO]
22 avenue Camille Desmoulins 29200 Brest

Les compétences issues de la psychologie clinique sont des éléments intéressants à mettre en évidence auprès des étudiants de médecine pour les former, sensibiliser, aux atouts nécessaires pour mener à bien une relation de soin efficace, suivant l'approche globale du patient. Un procédé d'enseignement a été mis en place auprès des étudiants de DFASM2 de la faculté de médecine de Brest afin de conceptualiser les principes de l'Approche Centrée sur la Personne (issus de Carl Rogers). Cette approche est mise en évidence via un document pédagogique, réalisé en collaboration avec un professeur en hématologie et un enseignant de psychologie clinique, incluant aussi les compétences médicales nécessaire au bon déroulement d'une consultation de médecine. Tous ces éléments sont schématisés avec comme objectif interpersonnel la construction de l'alliance thérapeutique, outil indispensable à la relation et à la communication soignant-soigné. Ensuite ces éléments sont mis en application par les étudiants lors de simulations de consultations de médecine générale et d'annonce d'un cancer. Les éléments sont repris entre chaque simulation lors d'un débriefing avec les étudiants (groupe d'une douzaine de personnes) et les deux enseignants (médecine et psychologie clinique). L'éclairage de la psychologie clinique semble ainsi intéressant lors de la formation à la relation et la communication des étudiants de médecine pour leur transmettre et leur permettre de mettre en application les concepts d'empathie, de congruence, d'écoute active, d'acceptation inconditionnelle positive, de neutralité bienveillante, d'intersubjectivité et d'alliance thérapeutique. Nous souhaitons vous présenter par cet exemple l'apport que peuvent avoir les sciences humaines et sociales, notamment de psychologie clinique, au sein d'enseignements de médecine.

Jeudi 25 - 9h30 - 2

Sous la retine de la science : enjeux de la représentation du corps handicapé vers 1900

Hoffbeck Valentine ¹

1 : Département d'histoire des sciences de la vie et de la santé (DHVS - SAUGE)
université de Strasbourg
4, rue Kirschleger 67000 Strasbourg

Le corps handicapé est considéré par essence comme le corps diminué, pathologique, altéré. Souvent cachés, les patients handicapés du service du docteur Bourneville à Bicêtre passent sous la retine de la science quand ce dernier (responsable des 1875 des photographies prises dans le service du Dr Charcot à la Salpêtrière) décide de lancer un "musée pathologique" dans lequel sont recueillies les photographies des patients du "service des idiots" créé en 1883.

Le but est de rendre visible un progrès dans le schéma corporel des handicapés mentaux (dont le handicap est souvent aussi physique), et par là de légitimer l'existence même de son service contesté sous la III^e République. La photographie est ici convoquée pour objectiver un résultat médical sur des sujets dont la pathologie est pourtant mentale, comme on a cherché à le faire une décennie plus tôt pour l'exemple plus connu de hystérie.

L'intérêt de la communication est aussi de montrer que cet enjeu scientifique crucial est double d'un objectif éminemment politique, dans la légitimation d'une pratique (entre psychiatrie, pédagogie et ce qu'on nommerait aujourd'hui éducation spéciale) dont l'existence même est alors contestée, notamment autour de la question de l'incurabilité des cas les plus graves, ceux que les aliénistes nomment alors les "idiots" et "imbeciles".

Mercredi 24 - 17h30 - 3

La représentation du corps possédé et ensorcelé chez les acteurs de la rouqya (France, Algérie, Egypte)

Cherak Fatima Zohra ¹

1 : Unité de Recherche en Sciences Sociales et Santé (GRAS)
Cité du Chercheur, Route de l'Aéroport, BP.: 1801/08-31000, Oran
<http://www.gras-oran.org/contact.html>

Les acteurs de la rouqya ou exorcisme au Coran, pratique dite thérapeutique se référant aux textes de l'islam, apportent un éclairage sur la conception du corps malade nécessitant un soin. Durant mes observations des rituels de rouqya et la fréquentation de malades (en majorité des femmes en France, en Algérie et en Egypte), j'étais amenée à distinguer la mise en scène du corps souffrant et la diffusion de représentations sur le pathologique qui serait de l'ordre de la possession et de l'ensorcellement. Le vocabulaire utilisé par les malades et les râqis, praticiens de la rouqya, pour décrire le corps malade, siège de forces surnaturelles qui l'occupent et l'agitent, témoigne de l'inscription du désordre biologique dans le social et de la complexité de discerner corps « sain » et corps « malade » à travers une multitude de symptômes. Comment ce corps qui s'exprime en symptômes relève-t-il du jugement social de la maladie mais aussi de la subjectivité des acteurs de la rouqya qui s'engagent dans des classifications et dans des évaluations ?

Le corps du malade s'identifie à une personne en demande de soins mais aussi à une entité « autre » qui doit négocier son effacement ou son départ pour assurer le retour à la « normal ». Comment ces jeux d'identité qui prennent le corps pour espace d'expression sont-ils perçus par les acteurs de la rouqya ?

Dans le cadre d'une analyse anthropologique comparative de trois terrains issue des recherches accomplies dans le cadre de ma thèse, j'essaie de mettre en exergue le discours des acteurs de la rouqya sur le corps malade et la demande de soins en prenant en compte les multiples inscriptions de ce corps dans des identités changeantes.

Mots-clés : Corps ? pathologique ? normal ? identité ? possession ? sorcellerie ? soins.

Jeudi 25 - 17h30 - 3

Accoucher autrement : discours et pratiques autour des accouchements physiologiques

Guilloux Ronald ¹

1 : Sciences et Société ; Historicité, Éducation et Pratiques (EA S2HEP)

École Normale Supérieure (ENS) - Lyon Université Claude Bernard - Lyon I (UCBL) : EA4148

Bâtiment " La Pagode" - 38 Boulevard Niels Bohr - Campus de la DOUA Université Claude Bernard Lyon 1 43,

Boulevard du 11 Novembre 1918 69622 Villeurbanne Cedex

<http://s2hep.univ-lyon1.fr/>

L'intérêt des SHS pour d'autres formes d'accouchement s'est surtout porté, historiquement, sur l'accouchement sans douleur apparu dans les années 1950 (Revault d'Allones 1960, Jaubert 1979, Caron-Leulliez et George 2004, Vuille 2004), puis sociologiquement sur l'accouchement à domicile apparu dans les années 1970 (Akrich 1996, Paumier 2001, Akrich 2007, Jacques 2007, Collonge 2008, Paumier et Richardson 2008). En revanche, peu d'attention (Akrich 1999, Vuille 1999) a été portée sur l'accouchement dit « physiologique » (sans péridurale), forme hybride apparue dans les années 2000, se situant entre l'accouchement hypermédicalisé et l'accouchement à domicile.

Alors que le discours progressiste voit dans la péridurale un moyen de libération de la douleur de l'accouchement, qu'est-ce qui pousse certaines femmes à se passer de péridurale dans une maternité ? Comment font-elles alors pour gérer leurs douleurs ?

Nous présenterons une partie des avancées d'une étude sociologique qualitative réalisée à la maternité de Givors (Rhône) (financement SFETD/Fondation Apicil). L'objectif principal est de comparer les discours, pratiques et vécus entre les femmes et les sages-femmes. Après une présentation générale, nous exposerons les analyses des entretiens réalisés avec 20 femmes (10 primipares + 10 multipares) avant, juste après et deux mois après l'accouchement (soit trois entretiens par femme), ainsi que les entretiens avec les sages-femmes les ayant accompagnées pendant l'accouchement.

Les discours des femmes sur l'accouchement physiologique sont composés de plusieurs éléments plus ou moins opérants. Pour les multipares, les expériences personnelles de l'accouchement (absence de sensations sous péridurale), ainsi que les échanges d'expérience avec l'entourage ont pesé. Pour certaines, les expériences de la douleur hors accouchement ont participé à leurs représentations de et leur rapport à la douleur. La dimension de la réalisation de soi (l'accouchement comme épreuve) a aussi pu jouer. Pour toutes, deux idéologies sont au centre des discours : le naturalisme selon lequel la femme est un mammifère et la douleur un élément de l'accouchement, l'important étant de lui donner les meilleures conditions pour favoriser les processus hormonaux nécessaires au bon déroulement du travail ; l'individualisme est l'autre idéologie portant les idées de liberté de choisir son accouchement et de mouvoir son corps pendant le travail.

Les récits d'accouchement nous ont alors permis d'accéder indirectement aux pratiques mises en oeuvre. L'analyse montre qu'un certain nombre de facteurs interviennent pour le bon déroulement de l'accouchement physiologique. L'absence de complications médicales certes. En amont, le type de préparation à l'accouchement, mais aussi, parfois, le vécu d'un accouchement précédent peuvent jouer. En situation, la capacité mentale de la femme à gérer ses douleurs va dépendre des relations d'accompagnement triangulaires avec l'homme (le papa) et la sage-femme ; cette dernière étant elle-même contrainte par l'état du service qui conditionne fortement sa disponibilité relationnelle et sa capacité à proposer des moyens de gestion de la douleur.

Au final, si les discours sont porteurs de et portés par l'idée de liberté de disposer de son corps pour accoucher, les pratiques montrent que la femme en travail (et non seulement son corps) est plongée dans un complexe de déterminants dont l'issue n'est jamais acquise.

Jeudi 25 - 11h - 4

La médecine personnalisée, entre médecine des preuves et épreuve de la maladie

Cohen-Scali Jonathan ¹

1 : Université Montpellier (UM)
Université Montpellier I

À partir d'une enquête sur la maladie chronique et les malades, et en prenant exemple sur le diabète de type 2, nous montrons en quoi les "univers médicaux", appréhendés comme un monde produit selon les perspectives de l'épidémiologie, de la santé publique, de l'administration et des instances sanitaires (recommandations professionnelles notamment) produisent une conception d'un individu biologique et/ou psychologique. Cette conception s'intègre dans le contexte de la médecine dite "personnalisée" et met au jour la tension et qu'il existe entre médecine "personnalisée" selon ces univers médicaux et celui de médecine personnalisée "subjective" selon les malades.

Mercredi 24 - 16h - 2

Communication et Simulation en Pédiatrie : l'annonce de nouvelles difficiles, retour d'une expérience pilote

Jacquelet Elodie ^{1*}, Baugnon Dr Thomas ^{1*}, Duracher Dr Caroline ^{1*}, Le Ficher Gaëlle ^{1*},
Orliaguet Pr Gilles ^{1*}

1 : iLUMENS (iLUMENS)

Université Paris Descartes-Paris V
45, rue des Saints-Pères 75 006 Paris
ilumens.fr/

* : Auteur correspondant

Contexte / Problématique

Il existe une importante lacune en matière de formation à la communication avec les familles chez les étudiants en médecine, nombreux à exprimer un besoin en la matière.

Pourtant, parallèlement à l'usage de leurs compétences techniques et médicales, ces professionnels ont couramment à faire des annonces, dans des contextes parfois extrêmement difficiles. Ces situations sont génératrices d'angoisse et peuvent déstabiliser les soignants comme les patients, chacun dans leur position respective. Ainsi, elles génèrent des défenses psychiques, nécessaires ou plus périlleuses pour la relation selon les cas.

Or, on sait combien la qualité de l'annonce et de la relation soignant-soigné impacte la prise en charge de ce dernier et son vécu de la situation.

Hypothèse

Si la communication aux familles ne s'apprend ni ne s'enseigne exactement comme les disciplines médicales plus classiques, la méthode innovante de simulation est un moyen de former les futurs professionnels.

Objectifs

Cette formation a pour but de proposer des repères aux étudiants en médecine et d'accroître leur confiance lors de cet exercice complexe et à la lourde charge émotionnelle et éthique qu'est l'information aux familles. Il s'agit de leur permettre d'accompagner au mieux ces dernières sur le plan relationnel, notamment lors d'annonces difficiles, grâce à l'acquisition de compétences nouvelles en communication.

Méthodologie

Dix internes du département d'anesthésie-réanimation de l'hôpital universitaire Necker Enfants-Malades ont participé à des séances de simulation d'entretiens d'annonce de nouvelles difficiles. Le rôle des parents était joué par des comédiens professionnels. Ces entretiens simulés étaient suivis de débriefings approfondis et entrecoupés de sessions théoriques interactives à visée pédagogique, sur des thèmes tels que : les techniques d'entretiens, les différents modes de communication, l'annonce d'un dommage lié aux soins ou les mécanismes de défenses des patients et des soignants.

Une évaluation pré-test (formation préalable à la communication, importance accordée à ce domaine) et post-test évaluant l'intérêt de la formation ont été réalisés. Les évaluations utilisaient une échelle de Lickert en 5 points. Les résultats sont présentés comme la médiane (valeurs extrêmes).

Résultats

Les résultats ont notamment montré :

- _ L'utilité de la formation (1 : Inutile, 5 : Très utile) / Médiane 5 (5 ? 5).
- _ La pertinence du dispositif et sa réponse aux attentes et besoins (1 : Non pertinent, 5 : Très pertinent) / Médiane 5 (4-5).
- _ Que la formation augmentait la confiance vis-à-vis de l'annonce de nouvelles difficiles (1 : Peu confiant, 5 : Très confiant) / Médiane 2 (1-4) en pré-test et médiane 4 (3-5) en post-test.

Conclusion / Perspectives

Les exercices de simulation, étayés par des supports théoriques et nourris de débriefings approfondis sont un moyen efficace de satisfaire le besoin de formation des professionnels à la communication et d'accroître leur confiance. Il serait donc souhaitable de pérenniser ce dispositif pour les internes et probablement de l'étendre, en l'adaptant, aux professionnels paramédicaux, qui sont largement demandeurs. Au-delà de l'objectif principal qui reste pédagogique, différents axes de recherche peuvent aussi être envisagés.

Vendredi 26 - 17h30 - 1

Les « résistances » au mécanisme dans la transplantation cardiaque

Biaudet Julien ¹

1 : Laboratoire lorrain de Sciences Sociales (2L2S)

Université de Lorraine : EA3478

UFR Sciences Humaines et Arts Ile du Saulcy, BP30309, 57006 Metz cedex 1 France

<http://www.univ-metz.fr/recherche/labos/2l2s/>

L'assimilation du corps à une « machine » a caractère d'évidence dans le domaine médical de la transplantation, et même au-delà. Les images du cœur « pompe », de l'opération chirurgicale de transplantation comme « plomberie » sont courantes dans le discours médical et ne contreviennent d'ailleurs pas aux représentations mécanistes du corps transparaisant dans les titres ou sur les couvertures des livres d'anatomie à destination du grand public. Pourtant, lorsqu'une greffe est proposée puis pratiquée, les choses se compliquent : subitement, l'organe ? l'organe « à remplacer » comme l'organe « de remplacement » ? devient irréductible à la chair qui le compose, irréductible à la fonction qu'il remplit.

L'objectif de ma communication est de montrer que, si les « résistances » à la vision mécaniste du corps humain sont à comprendre comme une adaptation au bouleversement du schéma corporel comme l'a bien montré la psychologie, elles sont aussi l'expression de représentations corporelles socialement situées. La représentation mécaniste du corps apparaît dès lors comme une représentation possible parmi d'autres, dont l'adoption est en partie corrélée à certaines variables socio-démographiques telles la PCS ou la croyance religieuse.

Ma démonstration s'appuiera sur les données produites lors de mon travail de thèse de sociologie, soutenue en novembre 2013, issues de l'analyse de 426 questionnaires adressés à des personnes transplantées cardiaques, complétés par 25 entretiens ainsi que par des observations en milieu hospitalier et associatif. Elle se déroulera en trois temps.

Premièrement, le mécanisme sera présenté comme « cadre épistémique » de la transplantation. La notion, empruntée à Jean Piaget, permet de souligner que le mécanisme est une des conditions par lesquelles la transplantation d'organes est non seulement réalisable, mais surtout pensable. Historiquement datée (le médecin William Harvey, théoricien moderne de la circulation sanguine, assimile le premier le cœur à une « pompe » au XVII^e siècle), elle rend envisageable l'exploration du corps puis sa fragmentation et, finalement, l'échange de ses « rouages », les organes.

Deuxièmement, nous expliquerons que le mécanisme est également une stratégie du discours médical pour obtenir du patient des comportements estimés désirables. En effet, alors que la représentation strictement mécaniste a dû être dépassée par la discipline immunologique pour que la transplantation parvienne à un niveau de maturité suffisant pour en faire une pratique quotidienne, elle demeure l'image la plus répandue du corps.

Troisièmement, nous présenterons les principaux résultats de l'enquête menée auprès des personnes transplantées cardiaques elles-mêmes et aboutirons à l'objectif annoncé en montrant que les représentations du corps ne sont pas réparties aléatoirement dans l'espace social.

(Une bibliographie pourra être communiquée sur demande)

Jeudi 25 - 17h - 1

Usage pédagogique des séries médicales

Moutot Gilles ¹

1 : Université de Montpellier (UM)
Université Montpellier I

À partir de quelques expériences menées cette année, je voudrais montrer comment, dans le cadre notamment d'enseignements de DFGSM3 et de master (mais également, dans une mesure plus contrainte, des cours de PACES), les séries médicales permettent de mettre en lumière, à partir de leurs caractéristiques formelles mêmes, certains enjeux éthiques et/ou épistémologiques afférents à l'expérience de la maladie, à la relation de soin ou encore à la figure du médecin aujourd'hui.

Sur un plan général, le régime de temporalité propre à la série fait ainsi particulièrement ressortir cette « inquiétante étrangeté de l'ordinaire » dont parle Cavell. S'ouvre ainsi une perspective particulièrement fructueuse pour examiner la maladie, dans une tension entre l'aigu et le chronique, comme événement révélant le quotidien comme étant constamment hanté par le dérapage vers l'extra-ordinaire, la rupture d'un état dit de « santé » ou/et de « normalité ».

C'est dans ce contexte que la multiplication et la variété des séries médicales entre en résonance avec les questions que les théories du care ont promues au cours des dernières décennies. Ainsi la profusion des situations mises en scènes comme des schémas narratifs forme-t-elle une exposition sensible de la thèse selon laquelle la vulnérabilité est la condition de tous ? mais cette variabilité permet en même temps d'empêcher que la notion de vulnérabilité ne se transforme en « butoir pour la réflexion » (S. Haber).

À cet égard, la figure fondamentalement ambivalente campée par un personnage comme celui du Dr House, médecin arc-bouté sur le refus de sa propre vulnérabilité, peut fournir un exemple privilégié.

Vendredi 26 - 11h30 - 1

Les figures du «presque-humain» dans le manga japonais

Hoquet Thierry ¹

1 : University Jean Moulin Lyon 3
University Jean Moulin Lyon 3

De multiples personnages mettent en scène l'humanité et ses limites : mutants, cyborgs, zombies, robots ..., la liste n'est pas exhaustive et l'on pourrait y ajouter les hubots, les clones, et autres hybrides, symbiontes, etc. Qu'elles soient amies ou ennemies, qu'elles soient mécaniques, organiques ou hybrides, ces figures de fictions mettent en scène le corps humain face à ses limites. Les corps de ces personnages sont hantés par la relation de l'humanité à ses « autres » : aux figures classiques du « transhumain » et du « posthumain », on doit ajouter les catégories du déjà-humain, de l'encore-humain, et même du « presque-humain ».

Nous partirons de l'étude de six personnages différents, construits comme des idéaux types de ce que peut être un corps : Robot, Cyborg, Organorg, Mutant, Zombie, Bétail. Nous en étudierons la valeur philosophique : le type de dépassement ou de limitation de l'humain qu'ils mettent en scène. À partir de là, nous mettrons cette typologie à l'épreuve des exemples empruntés à l'univers du manga japonais.

Jeudi 25 - 10h - 3

Pourquoi et comment enseigner les inégalités sociales de santé aux étudiants en médecine ?

Birouste Guilhem ¹

1 : Département de SHS en médecine
Faculté de médecine. Université de Montpellier
4 boulevard Henri IV 34000 Montpellier

Les inégalités sociales de santé sont un sujet de plus en plus souvent abordé par la santé publique. Sans dénier la légitimité de cette dernière, le quasi-monopole dont elle jouit pour expliquer ce phénomène pose question. Plusieurs points peuvent et doivent être discutés par les sciences humaines et sociales, qui sont autant d'occasions d'illustrer aux futurs professionnels de santé des aspects de leur métier. L'enseignement des inégalités sociales de santé est ainsi autant un moyen d'améliorer la connaissance de ce phénomène par les professionnels, que de comprendre le rôle qu'ils y tiennent ou d'aborder différentes thématiques propres aux SHS.

Les inégalités sociales de santé sont presque systématiquement pensées sous la forme du résultat, s'accompagnant donc de mesures. Les indicateurs retenus ne vont pas de soi et les critiquer n'est pas l'apanage des SHS, ils sont aussi questionnés par l'épidémiologie. On peut cependant interroger la prédominance des fins (l'état de santé) sur les processus (le soin), particulièrement quand on s'adresse aux professionnels qui auront la responsabilité d'accompagner les individus et les populations dans leur santé. Il est évidemment important de prendre en compte les résultats de santé dans une optique de justice sociale, mais il est tout aussi nécessaire de s'intéresser à l'équité dans le déroulement des soins, en particulier en tenant compte du libre-arbitre des individus.

En pratique, pour les praticiens, la vision du monde social prend principalement deux formes explicites. La première consiste à voir le social comme un obstacle aux soins. En ce sens, celui-ci est extérieur au cœur de métier du médecin, il est un élément nuisible au raisonnement scientifique biomédical. Paradoxalement, ce social n'apparaît au médecin que quand il est absent : manque d'argent, pas d'assurance maladie ou d'entourage familial. Le second type de social explicité par les médecins s'intègre au raisonnement médical dans ce qu'il a de plus scientifique. En construisant ces données comme un élément objectif, l'épidémiologie a fait du social un déterminant de la santé au même titre que les éléments biologiques. En contrepartie, ce social est essentialisé, l'individu étant défini par la somme de ces caractéristiques.

Ces deux visions considèrent la médecine comme une simple application de la science. Or elle est aussi une rencontre entre deux individus rendant vaine toute volonté d'objectivation totale de la relation. Au sein de cet exercice prudentiel de la médecine, le social concerne non seulement le patient, mais aussi le médecin, tous deux étant des êtres socialisés. Il est alors un élément faisant partie intégrante de la pratique médicale, parfois bénéfique, parfois nuisible. Ainsi, une proximité sociale peut favoriser le dialogue, mais une distance trop importante peut aboutir à des incompréhensions ou des jugements moraux.

Prendre conscience du rôle de ces différentes formes de social permet au médecin de ne pas se penser en dehors de la question des inégalités sociales de santé, comme devant les traiter, mais au cœur de celles-ci. Enseigner les inégalités sociales de santé revient ainsi à enseigner aux médecins ce que leur pratique a de sociale.

Mercredi 24 - 15h30 - 1

Du médecin de soi même à une médecine sans médecin : origine et postérité d'un thème

D'hombres Emmanuel ^{1,2}

1 : Sciences, Philosophie, histoire (SPHERE)

CNRS : UMR7219

Université Paris 7 - CNRS Laboratoire SPHERE UMR 7219 Equipe Rehseis Case 7093 5 rue Thomas Mann 75205

PARIS CEDEX 13

<http://www.rehseis.univ-paris-diderot.fr/>

2 : Université catholique de Lyon (UCLy)

Université Catholique de Lyon

25 rue du Plat, 69002 Lyon

Le thème du médecin de soi-même est un leitmotiv de la réflexion médicale occidentale depuis l'Antiquité. Il est diffusé en Europe via les traités de médecines populaires (Archer, 1673, Devaux, 1682, Flamant, 1692), qui font l'apologie de l'instinct considéré comme seul et unique « médecin des maladies », rejettent la médecine officielle et institutionnelle, voire le principe même d'un art médical. Mais il est aussi défendu par les autorités médicales les plus en vue, d'obédience vitaliste (Stahl, 1696, 1707) aussi bien que mécaniste (Hoffmann, 1699, 1704), également influencées par le naturisme médical inspiré d'Hippocrate, et promouvant une médecine plus préventive (diététique, hygiène) que curative.

Dans la première moitié du XIXe siècle, le thème du médecin de soi-même a perdu une grande partie de sa dignité épistémologique et tend à être relégué au rang de vulgate anti-médicale rétrograde. C'est pourtant à cette période que le thème du médecin de soi-même va se voir réactualisé, moyennant il est vrai une modification substantielle de sa compréhension d'origine. Cette réactualisation s'opère à la faveur de la divergence croissante apparaissant entre la lenteur des progrès de la thérapeutique, d'une part, et les progrès remarquables de l'anatomie pathologique, de la nosologie et de séméiologie médicale induits par l'emploi de la « méthode clinique » (Laennec, Corvisart), d'autre part. Ces progrès rendent définitivement caduc le dogme classique de l'infailibilité vitale des sens et des instincts comme guides de la santé, et de plus en plus problématique la référence hippocratique en la (bonne) nature médicatrice. C'est alors qu'on voit réapparaître le thème du médecin de soi-même. Mais qu'il figure dans les plaidoyers en faveur d'une « médecine sans médecin », d'une médecine économique, d'une médecine « à recette », ou bien qu'il argumente les réflexions des modernes partisans du « nihilisme thérapeutique » affichant leur scepticisme à l'endroit des diverses propositions thérapeutiques existantes, toujours est-il qu'il n'est plus désormais synonyme d'une contestation de principe quant à la légitimité même d'un art médical, médiateur entre le malade et sa maladie.

Nous montrerons dans notre communication comment les propositions d'auto-thérapies et d'autodiagnostic contemporaines héritent et reconduisent ces multiples dimensions parfois contradictoires, qu'a historiquement revêtues le thème du médecin de soi-même.

Vendredi 26 - 9h - 2

Formation en présentiel et réseaux sociaux : retour d'expériences de formation de soignants par des patients.

Maynié-François Christine ¹

1 : Collège Universitaire de Médecine Générale - Lyon
Université Claude Bernard - Lyon I (UCBL)

Chaque année, le Fellow Immersion Training (FIT) program in Addiction Medicine organisé par la Boston University School of Medicine propose une session de tables rondes entre de jeunes médecins en formation en addictologie et des patients concernés par les problématiques addictives. J'ai pu bénéficier de l'une de ces sessions lors du FIT 2013. L'idée est de pouvoir échanger avec les patients, entendre leur vécu, leurs attentes vis-à-vis des professionnels de santé, leurs expériences de soin positives ou négatives, afin de se rendre compte de leurs parcours, hors du cadre d'une relation de soin. J'ai également bénéficié d'une session de formation avec le responsable d'une association de parents d'adolescents usagers de drogue, à destination d'un panel pluri-professionnel en addictologie. Ces deux expériences extrêmement positives et enrichissantes sont des exemples de ce qui est faisable en termes de formation en santé par des patients pour des soignants.

Le web médical 2.0 et les réseaux sociaux représentent également un espace de réflexion novateur permettant d'associer patients, professionnels et étudiants en santé. Sur les réseaux sociaux, les échanges peuvent être sous forme de discussions organisées, telles que le « chat » #mededfr sur Twitter, qui rassemble chaque semaine professionnels et étudiants en santé ainsi que des patients (e-patients, patients experts ou « simples » usagers du système de santé) autour de thèmes sur l'enseignement en santé. Un chat a ainsi été organisé sur le thème des patients experts, avec discussion sur leur rôle possible dans la formation des professionnels de santé. En tant que co-organisatrice de ce chat au sein d'un groupe pluri-professionnel, je propose de présenter les réseaux sociaux et le web 2.0 comme outils pédagogiques permettant l'intervention de patients auprès de professionnels de santé en formation initiale ou continue.

Jeudi 25 - 12h - 1

Prérequis pour savoir dire son expérience de patient

Schoendorff Marianne ¹

1 : GEM Icebergs

Aucune

<http://www.icebergs.fr>

Vivre avec une maladie chronique peut s'apparenter à exercer un métier pour lequel il n'existe pas de vacances. La personne atteinte d'une maladie chronique a une expérience singulière. Si elle fréquente au quotidien d'autres patients, elle peut trouver des récurrences, des similitudes pour favoriser la constitution d'un « savoir patient ». Ce savoir porte sur la vie quotidienne (fatigue et susceptibilités, entourage, alimentation ...), sur la gestion de la maladie (repérer les signes précurseurs de crise, connaître les médicaments et leurs effets), ou sur la relation avec les médecins (comment établir une relation de confiance, préparer sa consultation, parler de ses effets secondaires et être entendu, etc.). Dans le domaine de la santé mentale, on doit apprendre aussi à connaître ses modes relationnels et réactionnels, les situations « à risque », le vécu de la stigmatisation dans le cadre du travail, d'une première rencontre, dans le milieu familial ou amical... En m'appuyant sur des expériences de formation devant des soignants (dans le cadre des formations aux soins infirmiers, ou devant des soignants de la fonction territoriale), je propose dans cette communication de discuter des prérequis pour se mettre en posture de formation. Cela commence notamment par le fait de savoir établir un juste rapport avec son expérience. J'illustrerai mon propos en décrivant des approches de formation permettant de faire vivre et donc de prendre conscience de la stigmatisation ambiante.

Jeudi 25 - 9h - 1

Patient partenaire en cours de SHS

Moreau Alain ¹

1 : Sciences et Société ; Historicité, Éducation et Pratiques (EA S2HEP)

École Normale Supérieure (ENS) - Lyon Université Claude Bernard - Lyon I (UCBL) : EA4148

Bâtiment " La Pagode" - 38 Boulevard Niels Bohr - Campus de la DOUA Université Claude Bernard Lyon 1 43,
Boulevard du 11 Novembre 1918 69622 Villeurbanne Cedex

<http://s2hep.univ-lyon1.fr/>

Contexte :

La dynamique de « patients partenaires » se développe dans un contexte de chronicisation des maladies, d'autonomisation des patients (« patient empowerment ») et de décision médicale partagée. Dans une approche centrée patient, le patient est reconnu comme le meilleur connaisseur de lui-même et son expertise sur soi le rend partenaire du professionnel qui l'accompagne. Par l'écoute active de la narration de la perspective "VRAI" (Vécu, Représentations, Attentes, ce qui est Important pour lui) du patient dans une approche globale biopsychosociale, le professionnel du soin favorise une relation et une alliance thérapeutique qui donnent confiance et motivent aux changements. Cette réalité de la pratique soignante doit émerger au cours des études médicales dès le deuxième cycle pour sortir d'un savoir purement académique sur la maladie. L'objectif pédagogique consiste à faire intervenir l'expertise du patient dans le cadre des cours de façon à renforcer la réflexivité des étudiants.

Méthode :

La séance devait durer 2 heures. L'objectif du cours était de reproduire une première séance de consultation d'éducation thérapeutique axée sur l'écoute active de la perspective d'une patiente diabétique de type 2 pendant 20 minutes environ. Les étudiants avaient des consignes précises : décrire le contenu de l'entretien, observer les techniques de communication utilisées (verbales et non verbales) et exprimer leur vécu. Dans un deuxième temps, les étudiants étaient encouragés à poser des questions pour compléter ce qui n'avait pas été abordé et qu'ils avaient envie d'entendre. Puis, dans un troisième temps pédagogique, sans la présence de la patiente, les étudiants pouvaient restituer leur observations et réflexions.

Discussion :

Cette expérience fera l'objet d'un échange avec un étudiant qui a participé à un tel cours : qu'est-ce que ça a apporté aux étudiants ? Cela pourra être une amorce à un débat : doit-on développer ce genre de cours ? Faut-il des patients formateurs de médecin ?

Jeudi 25 - 11h - 1

Le Tutorat PACES en SHS : un projet commun entre étudiants et enseignants

Ribault Shams ^{1*}, Barraud Victor ^{1*}, Ballot Maurine ^{1*}, Paccard Jane-Rose ^{1*}

1 : Université Claude Bernard Lyon 1

Université Claude Bernard - Lyon I (UCBL)

Université Lyon 1 43, boulevard du 11 novembre 1918 69622 VILLEURBANNE CEDEX

<http://www.univ-lyon1.fr/>

* : Auteur correspondant

La PACES est une année particulière dans les cursus de santé. Cette année prépare en effet à un concours extrêmement sélectif, qui permet aux 15% d'étudiants les mieux classés de poursuivre leurs études dans les filières de médecine, kinésithérapie, ergothérapie, pharmacie, odontologie, ou maïeutique.

Devant cette configuration se sont développés de nombreux organismes privés, qui, moyennant finances, promettent d'aider les étudiants à préparer ce concours, en leur proposant des entraînements réguliers, des supports de cours, et un accompagnement personnalisé.

Dans l'optique de rétablir au maximum l'égalité des chances que doit assurer l'Université par rapport à la poursuite d'un cursus, le Tutorat fut mis en place par des étudiants de 2ème et 3ème année de chaque filière. Le Tutorat propose également une préparation au concours, mais gratuite, ouverte à tous, et de qualité, puisque réalisée en collaboration avec les enseignants.

Cependant, le rôle du Tutorat va plus loin, et tend à évoluer d'année en année : premier interlocuteur des étudiants en PACES, il assure le lien entre les équipes pédagogiques et les étudiants. En Sciences Humaines et Sociales en particulier, les projets développés en collaboration avec les enseignants ces dernières années ont permis non seulement d'améliorer la préparation des étudiants au concours, mais aussi l'intérêt et l'implication des étudiants envers l'enseignement de Sciences Humaines et Sociales, qui, bien souvent, passe pour eux au second plan dans le cadre de cette année difficile. En effet, cette collaboration nous a permis de mettre en place des épreuves d'entraînement supplémentaires, mais aussi, par l'usage de la vidéo notamment, d'apporter aux PACES un regard plus concret sur l'intérêt de l'enseignement de sciences humaines et sociales pour la pratique quotidienne à laquelle se destinent les étudiants.

Par le biais de cette intervention, nous souhaitons présenter un exemple de travail commun entre étudiants et enseignants, dans une optique d'amélioration des enseignements par une meilleure compréhension de chaque partenaire et la création de projets innovants.

Vendredi 26 - 9h30 - 1

Formation de binôme Patient ressource/soignant en ETP : pour une plus grande pertinence de l'intervention éducative

Sannié Thomas ¹, Meunier Sandrine ^{.2*}, Verheye Jean-Charles ^{.3*}, Gagnayre Rémi ^{.3*}

1 : Association française des hémophiles (AFH)

AFH

6 rue Alexandre Cabanel 75015 Paris

www.afh.asso.fr

2 : Centre de Référence des Maladies Hémorragiques constitutionnelles (CRMH)

Hôpitaux Civiles de Lyon

groupement hospitalier Est - Hôpital cardiologique 59 boulevard Pinel 69500 BRON cedex

3 : Laboratoire Educations et Pratiques de Santé EA 3412

Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité

* : Auteur correspondant

L'Association française des hémophiles (AFH) avec l'appui méthodologique du Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (EA 3412) - Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité, a mis en oeuvre et validé, en collaboration étroite avec les soignants[1], un dispositif de formation des patients/parents ressources (PPR) afin qu'ils interviennent en complémentarité des soignants dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Une formation de 40 heures, en adéquation avec les exigences réglementaires françaises, permet de développer les compétences nécessaires aux PPR pour intervenir auprès de leurs pairs.

Depuis 2011, 31 PPR ont été formés : 19 patients et 12 parents répartis sur 19 CTH (centres de traitement de l'hémophilie), soit 18/23 régions dont les 3 collectivités d'Outre-Mer. Dans un premier temps exclusivement destinée en principe aux patients ou parents, la formation a été évaluée entre 2011 et 2013. A cette occasion, PPR et soignants ont plébiscité le développement et/ou le renforcement des compétences de co-animation des ateliers éducatifs. Plusieurs d'entre eux ont ainsi proposé des temps de formation en commun PPR et soignants.

En 2014, à l'occasion de l'appel à projet DGS, les partenaires ont donc souhaité aller plus loin en formant des binômes soignants-PPR pour renforcer le degré de collaboration portant deux perspectives différentes. Il est apparu important de développer des temps de formation qui réunissent les PPR et les soignants puisqu'ils collaboreront dans la cadre de l'ETP, aussi bien dans la co-animation de séances que dans la contribution au développement, à la conception, à la mise en oeuvre et à l'évaluation des programmes.

La première formation en commun a eu lieu les 17 et 18 janvier 2015. Les 9 binômes soignants et patients ont développé des modes de collaboration favorables à une intervention éducative originale. Les objectifs pédagogiques étaient de :

Mettre en oeuvre l'animation d'un atelier d'ETP,

Définir des thèmes d'animation à réaliser en binôme PPR/soignant,

Structurer et formaliser un atelier en binôme,

Définir les règles favorables à son intervention d'ETP dans une logique interdisciplinaire,

Se donner des règles de fonctionnement au sein du binôme et de l'équipe pluridisciplinaire.

Les auteurs présenteront les premiers résultats de cette formation originale et chercheront à montrer en quoi cette synergie éducative contribue particulièrement à proposer des programmes mieux adaptés aux besoins des patients.

[1] Le centre de référence maladie hémorragique (CRMH), le Centre de référence Maladie de Willebrand (CRMW), CoMETH, société savantes des médecins, Fidel'hem, société savante des infirmières, GRIKH, société savante des kinésithérapeutes et PERMEDES, société savante des pharmaciens sont partenaires de ce projet.

Jeudi 25 - 9h - 1

La bioéthique peut-elle s'enseigner ?

Gateau Valérie ¹

1 : Centre Georges Canguilhem
Université Paris Diderot - Paris 7
5, rue Thomas Mann 75205 - Paris cedex 13
<http://centrecanguilhem.net>

Depuis la fin des années 1990, l'enseignement de l'éthique dans les sciences est une préoccupation majeure au plan international. L'Unesco a initié en 2002 un programme international de recherches sur l'enseignement de la bioéthique et de l'éthique des sciences afin de comparer les enseignements existants et d'élaborer des programmes d'enseignement et cursus communs. Cette tentative de structuration d'un socle d'enseignement commun émerge dans un contexte international très disparate, dans lequel les tensions entre traditions anglophones et continentales sont évidentes. Aux Etats-Unis et dans les pays anglophones, la bioéthique est une discipline organisée autour d'un enseignement qui conduit à un diplôme professionnalisant. En Europe (et particulièrement en France) où les réticences quant à l'enseignement de la bioéthique [i] sont nombreuses, l'enseignement de la bioéthique est organisé en général au niveau Master ou en DU et reste non professionnalisant[ii].

Si la position française s'inspire d'une forme de prudence normative et d'un refus du « moralisme »[iii], elle conduit à des difficultés importantes comme la fragilisation des enseignements en éthique qui dépendent de l'enthousiasme des enseignants, sans soutien institutionnel pour former de nouveaux enseignants en éthique[iv]. Dans les pays anglophones, les difficultés sont conséquentes aussi, particulièrement pour ce qui concerne l'évolution d'un enseignement structuré initialement par les philosophes et théologiens. Avec l'arrivée de nouvelles disciplines en bioéthique, certains demandent que les enseignements se composent désormais des disciplines empiriques et descriptives pour s'adapter aux nouveaux besoins de la bioéthique. Au contraire, d'autres comme Arthur Caplan restent attachés à l'enseignement des disciplines comme la philosophie ou le droit[v].

Sur ce sujet, les oppositions « bioéthiques » reformulent la question classique de l'enseignement de la morale : est-il possible d'enseigner la vertu ? Qui est habilité à identifier, définir et enseigner les vertus ? L'objet de l'exposé est de contribuer à l'examen de ces questions.

Il vise en premier lieu à discuter ce qui s'enseigne actuellement sous le terme de bioéthique dans les traditions européennes et nord-américaines : peut-on y trouver des critères qui témoignent de l'émergence d'une discipline autour d'enseignements et de diplômes « partagés » ou équivalents ?

Ensuite, il interroge la façon dont la bioéthique est actuellement enseignée : entre les enseignements universitaires centrés sur l'exposé et l'explication des théories morales et les enseignements professionnels centrés sur l'analyse de cas, l'enseignement bioéthique vise-t-il à transmettre une connaissance et/ou à modifier les comportements ?

Enfin, l'exposé interroge la façon dont le champ bioéthique, en même temps qu'il définit les types d'enseignements légitimes, détermine aussi les critères d'une expertise dans ce domaine.

[i] Parizeau M. H., Bioéthique, Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale (dir. Canto-Sperber M.), Paris, PUF, 1996, pp. 184-190.

[ii] CCNE, Avis n°84 sur la formation à l'éthique médicale, disponible sur <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis084.pdf>

[iii] CCNE, Avis n°84 op. cit.

[iv] Have T. H., The activities of UNESCO in the area of ethics, op.cit.

[v] Caplan A., Bioethics needs more than Numbers Crunchers, disponible sur <http://www.bioethics.net/2009/10/bioethics-needs-more-than-number-crunchers-says-ca/>

Mercredi 24 - 16h - 1

Faire écrire les étudiants en médecine : une nécessité !

Knebusch Julien ¹, Wenger Alexandre ¹

1 : Université de Fribourg (UNIFR)
PER 03, Rue Albert-Gockel 1, CH-1700 Fribourg
<http://www.unifr.ch/mh/fr>

Faire écrire les étudiants en médecine reste une pratique assez marginale dans les cursus européens. Outre-Atlantique, la pratique du writing portfolio est nettement plus répandue. Néanmoins, les buts assignés à l'écriture sont très divers d'une université à l'autre. Dans le cadre du programme Médecine et société de l'Université de Fribourg, nous menons depuis quelques années une réflexion sur la pertinence de l'écriture dans la formation médicale : pourquoi et comment faire écrire ? selon quels critères évaluer les textes ?

Dans cette communication, nous présenterons l'exercice d'écriture obligatoire pour nos étudiants en médecine. Les étudiants doivent rédiger le compte-rendu circonstancié d'une rencontre avec un patient effectuée dans le cadre d'un stage de médecine générale. Leur récit doit répondre à un ensemble de directives formelles insistant sur la cohérence interne, la construction, la pertinence et l'analyse des informations retenues. L'objectif est d'amener les étudiants à réfléchir de façon concrète, à travers l'écriture, à la communication médicale, à l'importance de la formulation dans la relation clinique, à leur propre rôle de (futur) praticien, ainsi qu'à la complexité des contextes (sociaux, familiaux, économiques, etc.) qui peuvent aussi bien faciliter qu'entraver la relation médecin-patient.

Vendredi 26 - 11h - 1

Les sciences humaines en IFSI, des savoirs pour construire la compétence des infirmiers

Laupeze Alex ¹

1 : Rectorat de l'académie de Créteil

Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

4, Rue Georges Enesco 94010 Créteil Cédex

<http://www.ac-creteil.fr/>

La place des enseignements des sciences humaines et sociales dans le cursus des IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) s'est considérablement accrue depuis la mise en application de l'arrêté du 23 mars 1992 fixant les nouvelles conditions d'admission, de fonctionnement et de programmation des enseignements qui conduisaient au diplôme d'état d'infirmier. Cette volonté d'amplifier la présence des sciences humaines dans le cursus des infirmiers avait pour but d'améliorer la relation entre le soignant et le patient, afin de former des professionnels plus polyvalents.

La réforme enclenchée par l'arrêté du 31 juillet 2009, transformant l'ancien diplôme d'état d'infirmier en licence, a encore approfondi cette transformation en apportant aux étudiants de nouveaux outils conceptuels pour faire face aux mutations sociales auxquelles les confronte le métier de soignant. Cette évolution s'accompagne d'une intégration universitaire du cursus de formation des infirmiers, mais aussi des contenus des enseignements, dans un contexte francophone où les formations en sciences infirmières sont déjà, pour au moins trois pays, en capacité de proposer des diplômes de 3^e cycle menant au doctorat !

A partir d'une analyse diachronique des enjeux de l'enseignement des sciences humaines et sociales au cœur de la formation en soins infirmiers, et de notre pratique d'anthropologue en IFSI, nous nous proposons de cerner en quoi ces disciplines participent à la professionnalisation des étudiants infirmiers en développant leurs capacités d'analyse. Comment transmettre les savoirs des sciences humaines et sociales en adoptant la « pédagogie par compétences » requise par cette formation professionnelle ?

Jeudi 25 - 11h - 2

Représentation du corps et relation au patient dans le cadre de la recherche sur le microbiote intestinal

De Montera Béatrice ¹

1 : UMRS 449, Laboratoire de Biologie Générale, Université Catholique de Lyon, UCLy; Laboratoire de Reproduction et Développement Comparé, Ecole Pratique des Hautes Etudes (UCLY et EPHE)
Université catholique de Lyon et Université Paris 1
25 rue du Plat 69002 Lyon

Comment penser notre corps et notre identité biologique au moment où les données scientifiques récentes tendent à gommer les notions d'intérieur et d'extérieur en révélant l'importance de stimuli environnementaux pour la régulation épigénétique de l'expression de nos gènes et alors qu'est révélée l'importance d'un monde de microbes qui sont devenus « nôtres » ? Nous avons en effet co-évolué avec nos microbes endosymbiotiques et s'ils ne peuvent survivre sans nous, nous ne pouvons guère non plus survivre longtemps sans eux. Deux représentations du microbiote intestinal existent avec des conséquences différentes pour la représentation qu'un individu peut avoir de son corps et pour la relation que le soignant peut avoir avec le patient. Ainsi, on conçoit le microbiote intestinal comme un organe dont l'importance ne remet pas en cause notre définition de la physiologie et de l'homéostasie qui définit notre équilibre corporel, ou bien on le conçoit comme un écosystème auquel participent des entités d'origine génétique différente -cellules eucaryotes, humaines ou animales, levures, bactéries et virus coexistent pour le maintien de tous en vie- écosystème qui, remet en cause la délimitation spatiale, temporelle et symbolique du corps et qui de plus, est en relation constructive avec l'environnement « externe ». Nous analyserons en quoi ces deux représentations impliquent d'une part des reconfigurations nécessaires non seulement de la représentation du corps impliquant des enjeux épistémiques et d'autre part, des reconfigurations aussi de l'approche patient en cas d'intervention sur le microbiote intestinal, que ce soit au niveau du recueil du consentement, du droit de savoir ou de pas savoir, ou pour ce qui touche à la moralisation des résultats biologiques et des comportements lorsque que l'on parle d'un « bon » ou d'un « mauvais » microbiote.

Mercredi 24 - 17h30 - 2

Elaboration d'outils pédagogiques par des patients pour des professionnels de santé

Leger Jean-François ¹

1 : Université Montpellier 1 (UM1)

Université Montpellier IPRES Sud de France Laboratoire de Sciences Humaines et Sociales

5, boulevard Henri IV - CS 19044 - 34967 Montpellier cedex

<http://www.univ-montp1.fr/>

La notion de travail du patient, amorcée par Anselm Strauss aux Etats Unis dans ses ouvrages : *Chronic illness and quality of life* 1975 et *Unending work and care : managing chronic illness at home* 1988, mérite d'être étudiée par le biais de témoignages de patients, actualisés sur la base du vécu de la maladie chronique au 21^{ème} siècle dans notre pays, au système de santé et aux organisations sociales bien différents des modèles anglo-saxons.

Le département de Sciences Humaines et Sociales de l'Université de Montpellier 1, propose dans son cursus de master II « maladie chronique et société » une approche participative sur les processus d'empowerment des patients, sous la coresponsabilité d'un sociologue et d'un patient expert.

Méthode : Séances filmées (3heures), avec consentement éclairé des patients.

Animation des séances par le patient-expert et le sociologue

1er temps : Témoignage libre sous forme de récit de vie d'un patient atteint d'une ou plusieurs maladies chroniques.

2^{ème} temps : Questions réponses entre les étudiants et le patient, en référence à la bibliographie distribuée en début d'année sur ces sujets.

3^{ème} temps : synthèse effectuée par un étudiant pour la session suivante.

Choix des patients : Les patients volontaires pour l'intervention, sont sélectionnés suivant des critères de pathologies de types différents, impliquant des répercussions sur la vie quotidienne et des trajectoires diverses. Ils répondent aux trois types d'empowerment : empowerment individuel, empowerment collectif et empowerment politique.

Huit patients ont été reçus sur l'année 2014-2015 présentant les spécificités de la polyarthrite rhumatoïde, le cancer du sein, le vih, l'asthme, l'affection de la thyroïde, une maman d'enfant atteint de maladie rare, la dystrophie musculaire, et le diabète.

Résultats : Découverte par les étudiants professionnels de santé de l'impact de la maladie chronique sur la vie quotidienne, prise de conscience que la trajectoire de la maladie est aussi influencée par les décisions du patient. Mise en évidence du travail permanent du patient dans la gestion de ses incertitudes, de son environnement qui se trouve également affecté par la maladie. Mise en lien de causalité entre le vécu des patients et le type d'empowerment qui en découle.

Production de films pédagogiques destinés aux enseignements universitaires sur les différents concepts sociologiques relatifs à la gestion de la maladie chronique au quotidien.

Jeudi 25 - 11h30 - 1

Enquête sur les approches pédagogiques pour l'enseignement des SHS en PACES

Lechopier Nicolas ¹, Maxence Gaillard ²

1 : Sciences et Société ; Historicité, Éducation et Pratiques (EA S2HEP)

École Normale Supérieure - Lyon Université Claude Bernard - Lyon I : EA4148

Bâtiment " La Pagode" - 38 Boulevard Niels Bohr - Campus de la DOUA Université Claude Bernard Lyon 1 43,

Boulevard du 11 Novembre 1918 69622 Villeurbanne Cedex

<http://s2hep.univ-lyon1.fr/>

2 : Centre d'épistémologie des sciences cognitives

ENS Lyon - UMR 5037

Une unité d'enseignement qui comporte des sciences humaines et sociales est obligatoire en première année commune aux études de santé (PACES). Cette UE est réalisée de façon très variée dans les différentes facultés de France. Y a-t-il une cohérence entre les objectifs de cet enseignement et les modalités d'enseignement et d'évaluation ?

Pour répondre à cette question, nous avons entre 2013 et 2014 mené une enquête auprès de différents acteurs des sciences humaines et sociales en PACES de dix universités en France, en interrogeant enseignants, tutorat et étudiants. Cette enquête a été complétée par une évaluation qualitative de l'enseignement de SHS menée auprès des étudiants de Lyon1, qui nous a aidé à nous faire une idée de la manière dont les étudiants perçoivent l'enseignement de SHS et ses objectifs. Dans cette communication, nous présentons les résultats de cette enquête.

Les axes de l'analyse sont premièrement la conception unitaire ou plurielle de l'enseignement, deuxièmement les modalités d'enseignement en tenant compte de la place du cours magistral, et troisièmement les modalités d'encadrement du travail des étudiants. Ces pratiques pédagogiques sont mises en perspective par rapport à des conceptions et représentations différentes de ce que peuvent apporter les sciences humaines et sociales aux étudiants de PACES. Aboutir à une bonne cohérence entre les objectifs de ces enseignements et les moyens mis en oeuvre pour les atteindre, dans les conditions pédagogiques difficiles très particulières de la PACES, constituent encore un défi à relever.

Vendredi 26 - 12h - 1

Index des auteurs

| | |
|---|--------|
| Aglaou, Fatima..... | 53 |
| Andrieu, Bernard..... | 3 |
| Ballot, Maurine..... | 81 |
| Barraud, Victor..... | 81 |
| Batista Dias, Andreia..... | 23 |
| Baugnon, Dr Thomas..... | 72 |
| Bergounioux, Marie..... | 42 |
| Biancarelli, Lorenza..... | 34 |
| Biaudet, Julien..... | 73 |
| Bigéard, Amandine..... | 49 |
| Birouste, Guilhem..... | 76 |
| Boarini, Serge..... | 7 |
| Bonah, Christian..... | 22, 40 |
| Boucand, Marie-Hélène..... | 19 |
| Bouratroff, Vilma..... | 52 |
| Burnier, Isabelle..... | 6 |
| Campergue, Cécile..... | 21 |
| Carpigo, Eva..... | 58 |
| Cernat, Cristina..... | 32 |
| Chambe, Juliette..... | 40 |
| Chenault, Marceau..... | 59 |
| Cherak, Fatima Zohra..... | 69 |
| Claudie Haxaire*, Francis Couturaud** Et Christophe Leroyer**, Claudie..... | 38 |
| Cohen-Scali, Jonathan..... | 71 |
| D'hombres, Emmanuel..... | 77 |
| Danet, Joël..... | 57, 60 |
| De Barros, Fernando..... | 56 |
| De Montera, Béatrice..... | 86 |
| Delacour, Chloé..... | 62 |
| Delassus, Eric..... | 2 |
| Douillard, Jean-Luc..... | 15 |
| Duracher, Dr Caroline..... | 72 |
| Durif-Bruckert, Christine..... | 61 |
| Fainstein, Elisabeth..... | 35 |
| Faya Robles, Alfonsina..... | 18 |
| Flora, Luigi..... | 16 |
| Flourié, Bernard..... | 24 |
| Gagnayre, Rémi..... | 82 |

| | |
|--------------------------------------|--------|
| Gateau, Valérie..... | 83 |
| Gilormini, Graziella..... | 14 |
| Goffette, Jérôme..... | 28 |
| Granier, Bettina..... | 17 |
| Grard, Soazic..... | 54 |
| Grenouilloux, Armelle..... | 47 |
| Gross, Olivia..... | 41 |
| Groud, Paul-Fabien..... | 10 |
| Guilloux, Ronald..... | 70 |
| Gutiérrez Privat, José Carlos..... | 55 |
| Henry, Julie..... | 13 |
| Hoenen, Laure..... | 51 |
| Hoffbeck, Valentine..... | 68 |
| Hoquet, Thierry..... | 75 |
| Jacquelet, Elodie..... | 72 |
| Jaquemin, Justine..... | 40 |
| Jung, Catherine..... | 40, 53 |
| Kerneis, Antoine..... | 62 |
| Kessler-Bilthauer, Déborah..... | 44 |
| Kivits, Joëlle..... | 44 |
| Klipfel, Amandine..... | 50 |
| Knebusch, Julien..... | 84 |
| Lainé, Agathe..... | 24 |
| Lallmahamood, Nizaar..... | 66 |
| Lamy, Julien..... | 12 |
| Laugel, Julie..... | 40 |
| Laupeze, Alex..... | 85 |
| Laurent, Alexandra..... | 24 |
| Le Fischer, Gaëlle..... | 72 |
| Le Hesran, Anne-Lise..... | 65 |
| Leaune, Edouard..... | 8 |
| Lebars, Marie..... | 11 |
| Lechopier, Nicolas..... | 88 |
| Lefebvre Des Noettes, Véronique..... | 4 |
| Leger, Jean-François..... | 87 |
| Lellinger, Solène..... | 45 |
| Magnolfi, Andrea..... | 33 |
| Mariage, André..... | 24 |

| | |
|---------------------------------|----|
| Maxence, Gaillard..... | 88 |
| Maynié-François, Christine..... | 78 |
| Mercadié, Lolita..... | 67 |
| Meunier, Sandrine..... | 82 |
| Moreau, Alain..... | 80 |
| Moretti, Chiara..... | 63 |
| Moumjid, Nora..... | 48 |
| Moutot, Gilles..... | 74 |
| Munoz, Brian..... | 29 |
| Naamouni, Khadija..... | 25 |
| Naillon, Pauline..... | 33 |
| Nancey, Stéphane..... | 24 |
| Olivier, Delphine..... | 43 |
| Orliaguet, Pr Gilles..... | 72 |
| Paccard, Jane-Rose..... | 81 |
| Paul, Scheffer..... | 26 |
| Perru, Olivier..... | 5 |
| Perry, Marielle..... | 54 |
| Pichon, Marianick..... | 39 |
| Rasmussen, Anne..... | 57 |
| Ribault, Shams..... | 81 |
| Rimbault, Claire..... | 40 |
| Rougerie, Fabien..... | 62 |
| Ruaux, Nathalie..... | 31 |
| Sanahuja, Almudena..... | 1 |
| Sannié, Thomas..... | 82 |
| Sanselme, Anabel..... | 62 |
| Schoendorff, Marianne..... | 79 |
| Tessier, Peggy..... | 20 |
| Torres, Gisela..... | 36 |
| Trouessin, Mélanie..... | 64 |
| Verheye, Jean-Charles..... | 82 |
| Vialle, Manon..... | 37 |
| Vinel, Virginie..... | 44 |
| Visier, Laurent..... | 46 |
| Voléry, Ingrid..... | 44 |
| Vonarx, Nicolas..... | 9 |
| Weber, Jean-Christophe..... | 27 |

| | |
|------------------------|--------|
| Weber, Stéphanie | 40 |
| Wenger, Alexandre..... | 84 |
| Zimmer, Alexis | 22, 30 |

