Séminaire pluridisciplinaire
Sciences humaines et Santé

Échanges

de savoirs

Recherche
Formation
Action

Le 15 septembre 2012
au Centre Popincourt, Paris

LES ACTES

Actes coordonnés par Cécile Fournier et Jacques-Claude Cittée

SHS
Sciences humaines et Santé

Sommaire

OUVERTURE ET INTRODUCTION **4**

UN RAPPEL HISTORIQUE DE L'EVOLUTION PROGRESSIVE DE NOTRE DEMARCHE ASSOCIATIVE par Matthieu LUSTMAN 4

PREMIERE PARTIE : RETOURS D'EXPERIENCES DE RECHERCHES PLURIDISCIPLINAIRES EN SCIENCES HUMAINES ET SANTE **9**

COMPRENDRE ET RENOUVELER LES LIENS ENTRE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTE ET LES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES : APPORTS D'UN SEMINAIRE PLURDISCIPLINAIRE par Cécile FOURNIER et Joëlle KIVITS 10

DISCUSSION modérée par Matthieu LUSTMAN 24

RECHERCHE INFIRMIERE EN SCIENCES SOCIALES : LE CADRE CHERCHEUR, « MYTHE OU REALITÉ ? » par Dorsafe BOURKIA 31

DISCUSSION modérée par Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ 36

RECHERCHE QUALITATIVE « CORSAC » : LES DIFFERENTES APPROCHES DU CANCER ENTRE SOCIO-ANTHROPOLOGUES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTE par Anne VEGA et Guillaume COINDARD 41

DISCUSSION modérée par Isabelle BOURGEOIS 49

SECONDE PARTIE : TRANSMISSIONS DE SAVOIRS ET SAVOIRS FAIRE ENTRE PROFESSIONNELS DES SCIENCES HUMAINES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTE **53**

INTRODUCTION par Jacques CITTEE 54

AVOIR UNE DOUBLE CASQUETTE, EST-CE BIEN SERIEUX ? par Dominique LE BŒUF et Matthieu LUSTMAN 55

DISCUSSION modérée par Jacques CITTEE 85

PARTENARIAT UNIVERSITE - INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ : UNE COOPERATION A CONSTRUIRE par Béatrice FERMON et Isabelle BOURGEOIS 91

DISCUSSION modérée par Dominique LE BŒUF 93

SYNTHESES - FILS ROUGES par Laurent MARTY, Thibaud POMBET, Annie-Joëlle Priou-Hasni et Irma LAMBERT **97**

EN GUISE DE CONCLUSION par Anne VEGA **102**

PREAMBULE AUX ACTES DU SEMINAIRE

L'association Sciences humaines et santé (SHS) a vocation à promouvoir une pensée et des actions interdisciplinaires dans le champ de la santé, mobilisant des professionnels des sciences humaines et sociales et des professionnels de la santé.

Le séminaire du 15 septembre 2012 a été préparé par les membres du conseil d'administration de l'association SHS :

Matthieu Lustman, président

Anne Vega, vice-présidente

Jacques Cittée, secrétaire

Dominique Le Bœuf, secrétaire suppléante

Irma Lambert, trésorière

Guillaume Coindard, trésorier adjoint

Isabelle Bourgeois, membre du CA

Cécile Fournier, membre du CA

Les actes du séminaire ont été composés à partir des contributions fournies par les intervenants, des retranscriptions ou synthèses des débats réalisées par les discutants et des fils rouges rédigés par des participants à partir de leurs interventions en fin de séminaire : **Isabelle Bourgeois, Dorsafe Bourkia, Jacques Cittée, Guillaume Coindard, Béatrice Fermon, Cécile Fournier, Annie-Joëlle Priou-Hasni, Joëlle Kivits, Irma Lambert, Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Dominique Le Bœuf, Matthieu Lustman, Laurent Marty, Thibaud Pombet, Anne Véga.**

Sciences Humaines et Santé

71, Bd Paul Vaillant Couturier
94 240 L'HAY LES ROSES

sciencehumainesante@gmail.com

OUVERTURE ET INTRODUCTION

UN RAPPEL HISTORIQUE DE L'EVOLUTION PROGRESSIVE DE NOTRE DEMARCHE ASSOCIATIVE

par Matthieu LUSTMAN[1]

Le désir de créer cette association repose sur des rencontres, des échanges, des débats, des parcours personnels spécifiques, des impasses et des interrogations permanentes.

En effet, si je suis présent ici c'est que j'ai été tout d'abord un étudiant en médecine malheureux. Je n'ai pas trouvé ma place lors de mes études. Je n'étais pas fasciné par la technique médicale et je me trouvais à l'étroit dans le modèle biomédical dans lequel baignaient nos études. En revanche, j'étais très intéressé par la relation médecin/malade, comme beaucoup d'étudiants au début de leurs études de médecine. En effet, comme le montrent bon nombre d'interviews, au départ les étudiants sont assez ouverts d'esprit et portent un discours « humaniste », puis la formation universitaire et hospitalière se déclinant, le discours se fait de plus en plus biomédical : il s'agit avant tout d'être un « scientifique » au sens biologique du terme[2].

Cette opposition - présentée comme une évidence - « scientifique » d'un coté, « humaniste » de l'autre - nous confronte à un paradoxe. La domination apparente du modèle biomédical est contradictoire avec un autre modèle qui semble s'être imposé, au moins dans les discours : le modèle de l'approche « globale » ou « biopsychosociale ». Deux discours, deux logiques qui semblent vivre des vies presque parallèles avec une contradiction entre un enseignement théorique qui s'ouvre vers les sciences humaines et sociales (assez tardivement en médecine) et une pratique qui reste très imprégnée par le modèle biomédical. Ce paradoxe n'est que le premier d'une longue suite, tant le dialogue entre le monde des sciences humaines et sociales et le monde de la santé reste complexe et difficile. Plus précisément, quelle est la place, le statut, de ces savoirs, et dans quelle mesure peuvent-ils être mobilisés par les professionnels de la santé ?

Il existe un important corpus en sciences humaines et sociales sur le monde de la santé, corpus qui reste largement ignoré des acteurs du soin. Cela en partie en raison de la domination d'une approche biomédicale centrée sur la « cure » et quantitativiste. Une des explications possibles est la complexité de la transmission interdisciplinaire des savoirs. Cette hypothèse entraîne de nombreuses questions dont nous pourrons débattre : comment transmettre le savoir d'un champ à un autre, surtout quand il existe des oppositions sur la manière théorique de transférer les

[1] Président de l'association Sciences humaines et santé. Médecin généraliste et docteur en sociologie, Université catholique de Lille

[2] Voir à ce sujet l'ouvrage de B. Good, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*. Les empêcheurs de penser en rond, Le Plessy, 1998

connaissances (apprentissage versus réflexion) ? ; de quelle manière et jusqu'où faut-il s'adapter à un public de soignants ? ; de quelle manière prendre en compte le fait que pour les soignants les connaissances provenant des sciences humaines et sociales sont encore jugées non « scientifiques » (en particulier les résultats d'études « qualitatives ») ou pas assez « pratico-pratiques » ?

Pourtant, historiquement, il existe une grande proximité entre médecine et philosophie. Plus largement, soigner a toujours été perçu comme intimement lié aux notions « d'humanisme », de « savoir être », incluant une attention aux dimensions sociales. Ce fait est présenté de nos jours comme quelque chose de nouveau, comme s'il y avait eu entre-temps *un trou de mémoire* sur la proximité conceptuelle entre ces deux univers. La médecine technique et triomphante des années 50/60 a-t-elle laissé croire, tant aux patients qu'aux soignants, que la technique résoudrait tous les problèmes ? La création progressive de la sociologie et de l'anthropologie de la santé à partir des années 1970 donne l'impression qu'il faut redécouvrir que la médecine fait partie intégrante des sciences humaines et sociales.

Cette démarche de « redécouverte » ne s'effectue pas sans heurt, mais plutôt à travers un processus ambigu de fascination et de rejet réciproques… propres à toutes disciplines voisines. Ces paradoxes donnent l'impression de deux mondes qui s'ignorent en partie, ou tout du moins qui se connaissent peu et qui ont du mal à communiquer, malgré de nombreuses interrelations. Le constat est fait de part et d'autre qu'il n'est pas toujours facile de travailler ensemble. Ce constat ne relève pas d'une étude précise mais d'un ressenti empirique, après avoir navigué depuis quelques années dans le monde de la santé, dans le monde des sciences humaines et sociales et à l'interface de ces deux mondes, en écoutant les uns et les autres.

Cette présentation pourrait sonner un peu comme un constat d'échec. Pourtant, nous ne voulons absolument pas nous enfermer dans une perspective pessimiste. Il existe en effet en même temps de très nombreux échanges entre ces mondes, qui témoignent d'une réelle volonté de (re)connaissance réciproque. Si nous sommes ici réunis, c'est, je le suppose, que nous partageons tous l'idée que ces échanges représentent une énorme richesse : qu'il existe un très grand potentiel à partager ensemble et qu'une construction commune est possible. Après ce constat empirique, une évidence s'est imposée et nous a réuni au sein de cette association : « il faut promouvoir le dialogue entre le monde des sciences humaines et sociales et le monde de la santé ». Cependant, malgré cette évidence, créer cette association n'a pas été un long fleuve tranquille.

Nous avons essayé de la créer une première fois en 2006 et cela a été un échec, un échec prometteur certes, mais un échec. Dans un premier temps de réflexion, je me suis dit : « si nous n'y sommes pas arrivés, c'est que nous n'étions pas assez nombreux et pas assez motivés ». Dans un second temps, la réflexion a été affinée : « et si ce premier échec faisait sens » ? Actuellement, je me retrouve face à un nouveau paradoxe : si l'idée d'améliorer le dialogue entre dans les mondes semble une idée évidente, ***sa mise en application ne l'est pas***. Sans parler des difficultés à répondre à des questions simples : « mais d'un point de vue pratique, vous allez faire quoi ? », « c'est quoi votre objet au final ? », « et d'un point de vue conceptuel ? ». Pourtant il existe déjà des expériences de travail en commun, et plein d'idées, de projets, de perspectives de travail possibles, dont nous allons entre autres débattre aujourd'hui. Car parmi les quelques

questions que j'avais commencé à lister depuis 2006, il n'y a jamais de réponses univoques, *a fortiori* lorsque l'interface entre les deux mondes est à rechercher.

Ainsi aux premières questions ébauchées en 2006, de nombreuses autres se sont ajoutées, dès lors qu'on s'interroge en profondeur sur les relations entre monde de la santé et monde des sciences humaines et sociales. Cette petite liste n'est qu'un extrait d'une liste potentiellement bien plus longue :

- de quelle manière et selon quelle logique les sciences humaines et sociales décrivent-elles, comprennent-elles, analysent-elles, explicitent-elles le monde de la santé ?
- de quelle manière et selon quelle logique le monde de la santé (par ailleurs pluriel) réceptionne-t-il, entend-il, prend-il, utilise-t-il, intègre ou réfute-t-il, caricature-t-il, les analyses proposées par les sciences humaines et sociales ?
- de quelle manière ces deux mondes dialoguent-ils, ou ne dialoguent-ils pas ? Ou à moitié ?
- de quelle manière les concepts des sciences humaines et sociales diffusent-ils dans le monde de la santé ?
- de quelle manière, en retour, le monde de la santé enrichit-il ou non les sciences humaines et sociales ?
- quel rôle le monde de la santé joue-t-il pour les sciences humaines et sociales ?
- quel rôle les sciences humaines et sociales jouent-elles dans le monde de santé ?
- quelle place les sciences humaines et sociales ont-elles dans la formation des étudiants ? dans la réflexion des enseignants ?
- quelle place le monde de la santé a-t-il dans l'évolution des sciences humaines et sociales ?
- quels sont les enjeux institutionnels en termes de pouvoir, de prestige, d'économie(s) ?

Si l'objet de notre association semble infini et difficilement lisible au premier abord, cela permet d'expliciter en partie nos difficultés et notre premier échec, qui faisait effectivement sens. Cette liste montre entre autres la grande complexité de la question qu'une naïveté initiale cherchait à embrasser dans son ampleur. Dans les multiples dimensions qu'elle interroge, elle fait apparaître aussi la difficulté qu'il y a à vouloir analyser ce qui se passe à l'interface ou plutôt dans l'interstice entre deux champs disciplinaires. Il s'agit donc à la fois d'une recherche sur une multitude de questions et d'une recherche d'un savoir sur le savoir et non d'une connaissance directe et pure. L'intérêt de cette démarche n'étant pas directement opérationnalisable, il est beaucoup plus difficile à expliciter.

L'analyse des difficultés que nous avons eues à fonder l'association en 2006 avec entre autres la compréhension de notre incapacité à répondre aux questions pratiques auxquelles nous avons été confrontés à l'époque était donc essentielle pour refonder l'association en 2012. De cette réflexion, deux certitudes se dégagent : l'important à plus ou moins long terme sera de se recentrer en limitant le champ des questions et de prendre le temps de réfléchir à la posture à adopter pour répondre aux questions posées. La démarche relève évidemment d'une logique ***réflexive*** telle que proposée par Schön [3] pour les professionnels et par Beck [4] pour les

[3] D. Schön, *Le praticien réflexif*. Les éditions logiques, Québec, 1994

chercheurs. Donald Schön propose aux professionnels de partir à la recherche « des savoirs cachés dans l'agir professionnel » et Ulrich Beck propose aux « scientifiques » d'amorcer une analyse critique de la logique « scientifique » en observant leurs propres démarches avec la même rigueur qu'ils utilisent pour observer le monde.

Ainsi, tant du côté des sciences humaines et sociales que du côté de l'approche médicale, un travail d'explicitation des méthodes, approches, démarches – y compris analytiques – semble essentiel.

Car de même que les soignants, les chercheurs en sciences humaines et sociales sont-ils capables, pour construire ce dialogue, d'analyser leurs propres démarches scientifiques avec le même regard critique qu'ils ont pour analyser monde de la santé ? Sont-ils aussi critiques vis-à-vis d'eux mêmes qu'ils le sont parfois avec les acteurs de terrain ? Quelle place y-a-t-il pour ce type de réflexivité en sciences humaines et sociales ?

Il s'agit d'une de mes interrogations actuelles et qui, à mon avis, justifie entre autres notre rencontre de ce jour : la recherche doit-elle ou peut-elle se faire un miroir ? Je sais qu'ici - en tout cas chez les chercheurs et/ou enseignants que je connais - l'autoréflexion, si elle ne fait pas partie intégrante de leur travail, explique au moins leur présence à ce premier séminaire. Car il semble bien que, de part et d'autre, nous ayons tous peu ou prou des parcours professionnels et personnels spécifiques.

Pour résumer, l'association SHS a donc un objet théorique relativement simple, « le dialogue interdisciplinaire », mais un objet pratique complexe. Cette *question complexe à mettre en pratique* est l'objet même de notre séminaire et sera interrogée aujourd'hui : de quelle manière peut-on allier la création d'une association avec un objet et des actions si possible clairs, visibles et partagés, et ceci avec la complexité des attentes encore peu définies de chacun de nous ici ?
Les possibilités d'action et de réflexion étant multiples, la première étape est de commencer par en présenter quelques unes, très concrètement, et de les partager. Se réunir et bâtir ensemble des projets communs a aussi pour enjeu d'éviter qu'on devienne « des experts d'experts », ce qui est un risque non négligeable. Enfin, il nous faut être conscients qu'une telle démarche peut susciter des peurs qu'il nous faudra explorer. Certains soignants appréhendent le fait qu'une réflexion trop théorique les perde justement dans un débat d'experts qui les éloigne trop de leurs enjeux concrets. Ou certains socio-anthropologues craignent que les soignants pillent leurs méthodes, leurs théories et « leurs » appels d'offres.

Dans ce sens, il nous faut éviter des logiques de hiérarchie entre chercheurs et acteurs de terrain, des logiques de juxtapositions ou d'opposition des savoirs les uns contre les autres, pour donner plutôt un sens concret à notre idée de « promouvoir un dialogue », afin que la réflexivité soit partagée par tout le monde et puisse porter sur tous les domaines. En conclusion, si nous souhaitons avoir « des étudiants réflexifs », il faut d'abord avoir « des formateurs réflexifs » et si nous souhaitons avoir « **des soignants réflexifs** » il faut en conséquence avoir « **des chercheurs réflexifs** ».

[4] U. Beck, *La société du risque*. Flammarion, 2003

PRESENTATION DU SEMINAIRE DU 15 SEPTEMBRE 2012

Le séminaire d'aujourd'hui est centré sur la recherche, l'enseignement et la construction identitaire. Nous avons en effet tenu à relier tous ces éléments, reflets de la complexité de la réalité : la recherche se fonde en partie sur l'enseignement et vice versa. Et créer des liens interdisciplinaires en se plongeant dans la recherche et l'enseignement d'une autre discipline entraine des transformations identitaires non négligeables, comme nous le verrons.

Nous avons également tenu à la parité. Il y aura cinq présentations, qui seront effectuées à chaque fois par deux intervenants dont l'un vient du monde des sciences humaines et sociales et l'autre du monde de la santé ; ainsi que la parité homme/femme comme la parité médecin/infirmier, sociologue/anthropologue (il nous manque cependant des intervenants issus d'autres champs disciplinaires).

Chaque intervention durera une heure, avec 30 minutes de présentation et 30 minutes de débat. Nous sommes là avant tout pour discuter, pour débattre, pour réfléchir ensemble. Tout en sachant qu'il s'agit d'un premier séminaire, qui nous l'espérons sera suivi de plein d'autres. Cependant qui dit premier séminaire dit que nous nous inscrivons dans une logique exploratoire et constructiviste. Nous attendons donc vos retours critiques à l'issue du séminaire pour le faire évoluer.

Je vous remercie d'être là - en particulier celles et ceux qui sont venus de province - et je remercie tout particulièrement l'association *Recherche et rencontre Paris* dirigée par Philippe Carette qui nous accueille dans ses locaux, ainsi que l'université Paris-Ouest pour son financement (Sophiapol-LASCO).

Je vous souhaite de fructueux échanges.

PREMIERE PARTIE :

RETOURS D'EXPERIENCES DE RECHERCHES PLURIDISCIPLINAIRES EN SCIENCES HUMAINES ET SANTE

COMPRENDRE ET RENOUVELER LES LIENS ENTRE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTE ET LES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES : APPORTS D'UN SEMINAIRE PLURDISCIPLINAIRE

par Cécile FOURNIER et Joëlle KIVITS[5]
et les membres du séminaire[6]

Cette intervention constitue un témoignage et un retour réflexif sur une expérience de séminaire interdisciplinaire qui s'est tenu en 2008 et 2009. Ce séminaire portait sur les conditions d'une « rencontre » entre la recherche en santé publique (ciblée ici sur les services de santé) et la recherche en sciences humaines et sociales (SHS), à l'initiative de chercheurs en philosophie et en sociologie et de médecins chercheurs en santé publique.

1. ORIGINES DU SEMINAIRE

a) Constats de départ

A l'origine, plusieurs constats ont été posés par les membres du séminaire :

L'existence, dans le champ de la santé, de recherches à caractère interdisciplinaire ou se situant aux frontières entre d'une part la santé (faisant appel prioritairement aux sciences biomédicales et à certaines sciences sociales comme l'épidémiologie ou l'économie de la santé) **et d'autre part des sciences sociales** telles que la sociologie, l'anthropologie ou la philosophie**.** Ces recherches se développent le plus souvent de manière éparse, sans lien les unes avec les autres, avec généralement un faible soutien institutionnel et peu d'encouragements financiers. Elles sont cependant porteuses de grandes potentialités, comme le montrent par exemple les travaux pluri-ou interdisciplinaires autour du sida soutenus par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS).

La coexistence d'intérêts réciproques : d'une part les soignants et l'administration de la santé portent un intérêt croissant aux apports des SHS. Ils leur donnent une place naissante dans les formations initiales et font des appels à projets de recherche ; d'autre part il existe un engagement accru de chercheurs en SHS dans une transmission de ces apports, pour éclairer et parfois accompagner les transformations en cours dans les modèles de soins.

[5] Cécile Fournier, médecin spécialiste de santé publique, chercheur associé au Cermes3, doctorante en santé publique / sciences sociales à l'Université Paris 11 - ED420.
Joëlle Kivits, maître de conférences en sociologie, Ecole de santé publique, APEMAC EA4360, Université de Lorraine.
[6] Céline Lefève, Jean-Christophe Mino, Marie-Odile Frattini, Magali Robelet, Myriam Winance.

Le besoin, pour les chercheurs engagés dans des recherches interdisciplinaires innovantes, de mettre en commun les approches, d'échanger sur les difficultés rencontrées et les solutions inventées, avec le constat de la nécessité d'une « double traduction »[7] pour construire ensemble des projets à l'interface entre le monde de la santé et celui des sciences humaines.

Le caractère délicat de la rencontre entre ces mondes, ancrée dans l'histoire et les enjeux autour de la constitution des disciplines impliquées (Herzlich et Pierret, 2010). Il existe des « résistances » à la collaboration entre chercheurs en santé publique et en SHS, liées notamment à une méconnaissance et à des degrés d'institutionnalisation différents qui se traduisent par une méfiance, le risque d'impositions réciproques de problématiques… Il est plus confortable de rester chacun dans son domaine de compétences et d'expérience.

b) Quel champ, quelles approches épistémologiques ?

Santé publique et recherche sur les services de santé

La santé publique est classiquement présentée comme l'effort organisé par la société pour protéger, promouvoir et restaurer la santé des populations. Elle pose la santé comme bien suprême des populations, comme la médecine pose la guérison ou le retour à une meilleure santé comme bien suprême de l'individu. La recherche en santé publique a pour objet la connaissance et la surveillance de l'état de santé de la population, la compréhension de ses déterminants et l'identification d'interventions visant à améliorer la santé des populations et la réduction des inégalités face à la santé. Elle jouit d'une faible reconnaissance académique, probablement parce qu'elle est le lieu d'une recherche appliquée, mais aussi parce qu'il s'agit d'un champ de recherche et non d'une discipline : elle repose sur plusieurs disciplines, dont certaines comme l'épidémiologie sont plus reconnues que d'autres.

La recherche en santé publique comprend un champ d'investigation consacré aux services de santé, qui s'intéresse aux aspects organisationnels de la santé. Traduction du terme anglais "health services research" (HSR), il s'agit d'une production de connaissances "applicables", directement liées à l'action et à la décision. Née aux Etats-Unis, elle n'est pas institutionnalisée en France, même si de nombreux travaux de santé publique pourraient en relever. Cette activité de recherche reste essentiellement appliquée, orientée par l'idée d'améliorer la qualité des soins et l'efficience du système de santé.

Elle s'ouvre actuellement à des approches issues des sciences humaines et sociales[8].

[7] Il existe une longue histoire d'essai de mobilisation des sociologues par l'Etat, visant à effectuer ce qu'Amiot appelait une « double traduction » : traduction des questions que l'administration se pose sur son environnement en thèmes sociologiques […] et traduction des projets des chercheurs en thèmes opérationnels » (Amiot, 1986, cité par Herzlich et Pierret, 2010).

[8] Selon l'appel à projets de recherche sur les services de santé lancé en 2008 par l'Iresp, la recherche sur les services de santé « regroupe des travaux dont l'objectif est d'étudier les relations entre le fonctionnement des services de santé, la production de soins et l'état de santé des populations bénéficiaires des services ». Elle « relève de plusieurs disciplines scientifiques, dont les disciplines de base de la santé publique, l'épidémiologie, les sciences humaines et sociales, l'économie, la gestion et le droit. »

Sciences humaines et sociales

La recherche en sciences humaines et sociales est une activité de production de connaissances qui appréhende des phénomènes sociaux : compréhension des « faits sociaux », des pratiques et des usages, des organisations et des politiques, des interactions sociales et des comportements, des idées et des discours, des normes et des valeurs, des conceptions profanes, professionnelles ou scientifiques. Cette perspective se révèle indispensable pour pouvoir décrypter actions et décisions dans un contexte complexe et incertain. Dans le domaine de la santé, les approches de sciences humaines et sociales (anthropologie, sociologie, histoire, épistémologie, éthique…) permettent d'analyser les systèmes de santé et leurs acteurs comme le résultat d'une histoire, comme un champ travaillé par différentes forces, traversé par des rapports contradictoires, dont les enjeux évoluent au gré des controverses, notamment celles autour de la qualité. De telles recherches apportent une compréhension des actions et décisions et des objets auxquels elles s'appliquent.

En France, selon l'analyse de Claudine Herzlich et Janine Pierret, la constitution de la sociologie de la santé résulte de la conjonction entre une transformation du contexte sociopolitique dans les années 1960-1970, d'un effort de financement accru de la recherche publique et d'« un intérêt pour les sciences sociales dans certains segments du monde médical, rompant avec la tradition d'une pensée médicale hégémonique sur les liens entre la santé et le social » (Herzlich et Pierret, 2010).
Le développement d'une sociologie de la santé autonome en tant que secteur spécifique de la sociologie s'est produit à travers un processus caractérisé par des approches pluridisciplinaires[9].

Dans le champ de la santé, la question de l'engagement du chercheur en sciences sociales dans l'action a été posée de manière récurrente et les chercheurs y ont répondu de manières différentes. Aux Etats-Unis, Robert Straus a ainsi fait la distinction en 1957 entre une sociologie « dans » la médecine et une sociologie « de » la médecine : la « sociology in medicine » renvoie pour lui à un travail collaboratif entre des sociologues et des professionnels de santé au sein d'institutions de santé, ou à une sociologie dite « appliquée » et réformatrice, en réponse à une demande des soignants d'inclure les déterminants sociaux dans la recherche clinique. Straus l'oppose à la « sociology of medicine », qui serait une sociologie « pure », académique, contribuant principalement à la discipline mère (Straus, 1957). Quarante ans plus tard, en 1999, Straus introduit la notion de « sociology with medicine » pour désigner l'approche, observée et souhaitable selon lui, qui permet à la fois au sociologue un engagement dans l'action et une contribution académique dans sa discipline (Straus, 1999).

c) Problématique du séminaire : besoins et définition des conditions de la rencontre

L'approche des sciences humaines est essentielle à l'heure où les services de santé et médico-sociaux sont traversés par des transformations importantes, d'ordre à la fois démographique et épidémiologique (vieillissement de la population, développement des maladies chroniques et invalidantes), social (nouvelles attentes en matière de qualité des soins et de qualité de vie des

[9] comme l'approche qui a associé par exemple des sociologues, des anthropologues, des économistes et des médecins (psychiatres, psychanalyses, épidémiologistes et professeurs de santé publique et médecine sociale…) dans le cadre d'une recherche coopérative sur programme « Médecine et société » animée par Jacques Maître dans les années 70.

personnes atteintes et de leurs proches) ou économique et organisationnel (réorganisation des soins dans un contexte de contrainte économique et de changement des modes de financement).

Même si les transformations actuelles appellent plus que jamais la pluridisciplinarité, croiser les regards sociologiques sur ces questions avec des approches de recherche propres à la santé publique ne va cependant pas de soi. Et si des expériences de rapprochement de disciplines ont existé par le passé, les manières de faire sont rarement analysées afin d'être saisies par d'autres, dans d'autres contextes de recherche.

L'objectif du séminaire était précisément de s'interroger sur les mécanismes à l'œuvre lors de la préparation et de la réalisation de recherches pluridisciplinaires. Il s'agissait d'explorer les modalités concrètes d'articulation entre des recherches en santé publique et des recherches en sciences humaines et sociales, afin de mieux cerner les conditions, les tensions et les apports d'une telle rencontre et d'un travail commun.

d) Les porteurs initiaux, leurs positionnements, leurs questionnements et le choix des autres membres

En 2008-2009, un séminaire méthodologique visant à explorer les spécificités du dialogue entre sciences humaines et sociales et santé publique/services de santé a été organisé par Céline Lefève à l'université Paris 7, avec le soutien de l'équipe REHSEIS du Laboratoire d'Histoire et de Philosophie des Sciences SPHERE (UMR 7219/Paris Diderot), en association avec le Centre Georges Canguilhem et la Société française de Santé Publique (SFSP).

Il a été initié par deux personnes : la première, Céline Lefève, est philosophe, maître de conférences en histoire et philosophie de la médecine, enseignant les SHS et l'éthique aux étudiants en médecine de la faculté, à différents moments de leur cursus. Elle a développé une réflexion approfondie sur les mutations en cours dans le soin, et elle est convaincue de l'importance d'acculturer les jeunes médecins aux concepts philosophiques, afin de les aider à prendre du recul sur leurs pratiques et à renouveler leur posture de soin. Elle a notamment codirigé un manuel sur les sciences humaines et la médecine (Mouillie, Lefève et Visier, 2007). La seconde personne, Jean-Christophe Mino, est médecin spécialiste de santé publique et chercheur, à l'époque praticien hospitalier à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et au Centre national de ressources sur les soins palliatifs. Formé en éthique et en sciences sociales à l'EHESS, il a mené plusieurs recherches à visée compréhensive, articulant des approches de santé publique ou de soin (notamment en soins palliatifs) et de sciences sociales. Il avait déjà construit et animé avec Céline Lefève plusieurs rencontres interdisciplinaires sur le soin.

Ils ont constitué autour d'eux un groupe de sept personnes, choisies pour leur positionnement à l'interface entre les champs de la santé publique et des SHS, avec pour la plupart d'entre elles des compétences doubles, et intéressées par une réflexion sur cette problématique : Marie-Odile Frattini, médecin chercheur au Centre national de ressources sur les soins palliatifs, inscrite en doctorat de sciences sociales sur le handicap à l'EHESS, ayant dirigé une société d'études et de recherches mobilisant des chercheurs en santé publique et en SHS ; Magali Robelet, maître de conférence en sociologie de la médecine et de la santé à l'Université Lyon 3/GRAPHOS, ayant collaboré à divers travaux avec la Haute autorité de santé ; Myriam Winance, sociologue du handicap à l'Inserm (Cermes3) ; Joëlle Kivits, sociologue, alors responsable de projets à la Société française de santé publique (SFSP) et enseignante à l'Ecole de Santé publique de

Nancy ; et Cécile Fournier, médecin de santé publique, alors chargée de recherches à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), titulaire d'un DEA de sociologie à l'EHESS.

2. ORGANISATION ET REALISATIONS

a) Orientations

Des choix préalables sur l'orientation du séminaire ont été posés dans deux dimensions, celle de la problématique et celle de l'organisation matérielle.

Concernant la problématique, le **positionnement** initial sur la « santé publique » a été réorienté en cours de route sur les « services de santé », pour traduire notre intérêt pour les aspects organisationnels de la santé (au sens d'organisation sociale telle que l'entendent les sciences humaines et sociales), incluant aussi bien les dimensions d'organisation institutionnelle et les approches collectives que la pratique clinique et la relation soignant-soigné.

La réflexion s'inscrivait dans une **visée compréhensive** des processus en jeu dans la relation de soin, afin de ne pas se limiter à une acception étroite de la recherche clinique qui serait au service de l'amélioration des pratiques soignantes et donc principalement sous-tendue par des objectifs biomédicaux.

Dans la **logique pluridisciplinaire** que nous avions choisie, la réflexion sur les termes à retenir dans le séminaire - « lien » / « articulation » / « dialogue » entre disciplines - a donné place à de nombreux débats.

Nous avions pour **parti pris méthodologique** de ne pas nous interroger de manière abstraite ni normative sur ce que « devrait être » une collaboration pluridisciplinaire entre sciences humaines et sociales (SHS) et santé publique, mais au contraire d'aborder ces questions tout d'abord à partir de l'étude de l'histoire de cette collaboration (travail bibliographique), puis à partir de l'analyse détaillée de cas de recherches récentes ou en cours[10], dont les **critères de sélection** étaient les suivants : recherches portant sur des sujets émergents, liés aux questions actuelles du champ de la santé publique, se situant à l'articulation du champ de la santé publique et de celui des sciences sociales, ayant un objectif explicite d'aide à la compréhension des organisations et des services de santé, des pratiques professionnelles et des situations de soins (et parfois un objectif explicite de recherche appliquée et d'action).

Du temps a été consacré à **l'élaboration collective**, grâce à des réunions longues et des comptes rendus rédigés à deux, avant d'être soumis aux autres membres du groupe, puis validés par les chercheurs et discutants invités.

[10] En effet si les recherches pluri- (ou inter-) disciplinaires sont souvent promues dans le champ de la santé publique, elles restent peu conceptualisées. En outre, il est délicat d'articuler le traitement de certaines questions entre des champs disciplinaires différents, de sorte que la réalisation de recherches pluridisciplinaires peut souvent rester de l'ordre de l'injonction ou du leurre. Il était donc nécessaire selon nous de n'adopter aucune position de principe et d'approcher ces questions avec pragmatisme et prudence.

Les choix organisationnels ont abouti à un **séminaire semi-ouvert**[11], reposant sur le noyau des sept chercheurs permanents, avec l'invitation de chercheurs en santé publique et en sciences humaines pour présenter leurs recherches, et l'invitation de discutants. L'annonce et le programme du séminaire étaient mis en ligne sur les sites du REHSEIS et du Centre Georges Canguilhem, le séminaire étant ouvert au public sur demande.

Un **travail par phases** a été réalisé, avec une première année consacrée à la recherche bibliographique et au démarrage du séminaire, une deuxième année consacrée à la poursuite du séminaire.

b) Cas étudiés

L'idée était de travailler sur des recherches en cours ou achevées, comme objets de réflexion pour une montée en généralité. L'ambition était d'identifier des dimensions qui sont régulièrement problématiques et que les chercheurs résolvent de manières diverses.

Pour chaque cas de recherche, deux séances ont eu lieu. Une première séance était consacrée à la présentation d'un projet de recherche par un ou plusieurs chercheurs et à sa discussion, avec l'aide de deux discutants extérieurs. Lors d'une seconde séance, une mise en perspective était réalisée par les chercheurs permanents du séminaire, avec les promoteurs des recherches, pour discuter des aspects épistémologiques et méthodologiques de leurs travaux, et pour questionner plus particulièrement les conditions d'une fertilisation croisée entre les approches de santé publique et de SHS.

En 2008-2009, les quatre cas de recherche analysés sont les suivants, dont nous présentons les porteurs et un bref résumé.

Cas 1 : « L'expérience et la trajectoire des enfants et adolescents greffés »

La chercheuse invitée était Isabelle Aujoulat (chercheuse en santé publique, Unité d'éducation pour la santé RESO de l'Université Catholique de Louvain) et les discutants Franck Guichet (sociologue, CSI, ENSMP, menant des recherches sur les aides à domicile intervenant auprès de personnes confrontées au handicap ou à la maladie d'Alzheimer) et Philippe Barrier (philosophe et docteur en sciences de l'éducation à Paris XIII, spécialiste des questions d'éducation thérapeutique).

A la suite d'une demande médicale (identifier les jeunes greffés à risque de non-adhésion au traitement antirejet, afin de leur proposer un accompagnement psychosocial personnalisé), Isabelle Aujoulat a effectué une recherche qualitative pour comprendre les facteurs de non-adhésion sur lesquels il serait possible d'agir par la relation de soin. Elle visait aussi à aider les professionnels à développer une démarche systématique d'éducation auprès des jeunes patients et de leurs parents. Elle s'est intéressée en parallèle aux représentations de soi qu'avaient ces jeunes patients greffés et à la question du transfert de responsabilité à l'égard des traitements. Elle a combiné des approches hypothético-déductives et inductives.[12]

[11] Ce choix de séminaire semi-ouvert a été fait dans un premier temps pour poser les bases de la réflexion. Il était prévu de l'ouvrir dans un second temps.

[12] Aujoulat I, Deccache A, Charles A-S, Janssen M, Struyf C, Pélicand J, Ciccarelli O, Dobbels F, Reding R. Non-adherence in adolescent transplant recipients: The role of uncertainty in health care providers. *Pediatric*

Cas 2 : « Démarche palliative dans la prise en charge aiguë des accidents vasculaires cérébraux graves. Etude multicentrique observationnelle prospective évaluant les décisions de limitations de traitements dans les unités neuro-vasculaires françaises » (Etude nationale TELOS / PHRC)

L'équipe invitée était composée de Sophie Crozier (médecin neuro-vasculaire, Paris, La Pitié-Salpétrière) et de Jean-Christophe Mino (médecin de santé publique, Paris, La Pitié-Salpétrière[13]). La recherche a été discutée par Elsa Gisquet (sociologue au CSO, menant des recherches visant à mieux comprendre les limitations de traitements et accompagnement de la fin de vie) et Florence Douguet (sociologue à l'Université de Bretagne Sud, Lorient, travaillant notamment sur la santé au travail et sur le métier d'infirmière libérale).

La recherche visait à comprendre comment se prennent des décisions de limitation et d'arrêt de traitement lors des accidents vasculaires cérébraux (AVC) graves, et la démarche palliative proposée. Elle comprenait un premier volet quantitatif (enquête prospective par questionnaire avec recueil de données lors des AVC graves dans une vingtaine d'unités neuro-vasculaires) suivi d'un volet qualitatif (observation et entretiens dans quatre services prenant en charge des accidents vasculaires cérébraux).

Cas 3 : « Organisation, pratiques de soin, place des usagers et de l'entourage dans les services d'accompagnement des adultes souffrant d'un handicap psychique »

Les chercheurs invités étaient Carole Peintre (économiste de la santé au CREAI Ile de France) et Jean-Yves Barreyre (sociologue au CREAI Ile de France). Leur recherche a été discutée par Livia Velpry (sociologue à l'Université Paris 8, spécialiste du handicap psychique) et Fabrice Gzil (philosophe à l'Université Paris 7 - Paris Diderot, ayant travaillé sur l'histoire et l'épistémologie de la maladie d'Alzheimer et travaillant sur les questions éthiques touchant à sa prise en charge).

Jean-Yves Barreyre et Carole Peintre ne nous ont pas proposé une discussion autour d'un projet de recherche, mais plutôt autour d'une méthodologie construite à partir de leurs différentes recherches sur les trajectoires d'adultes et d'enfants atteints de handicap psychique, pris en charge dans des établissements médico-sociaux[14]. Il s'agissait pour la plupart de recherches

---

Transplantation 2011; 15(2): 148–156. Aujoulat I, Schwering K-L, Reding R. Living-related donation: a challenge to adolescent transplant recipients who transition from parental care to self-managed care? *Child: Care, Health & Development* 2011**;** 38(1): 146–148. Reding, R., Aujoulat, I. The long-term psychosocial impact of living-related donation in paediatric transplant recipients. Response to: Long-term care following paediatric liver transplantation. *McKiernan Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2011; 96: 82-86. Aujoulat, I., Reding, R. L'adolescent greffé hépatique : Quels défis spécifiques lors de la transition vers une gestion autonome de sa santé ? *Percentile* 2012 ; 17(4) :2 4-29.

[13] Mino JC, « Vieillissement, biotechnologies et fin de vie, un enjeu pour l'évolution de la médecine » in Fortin S, Blain MJ (dir), Mourir à l'âge biotechnologique, Montréal, Editions du CHU Sainte Justine, à paraître en 2012
Mino JC, Soin Intensif. La technique comme relation, PUF, Paris, 2012
Mino JC., Fournier E. Les mots des derniers soins. La démarche palliative dans la médecine contemporaine. Paris, Editions Les Belles Lettres, 2008 (Prix d'Ethique Médicale Maurice Rapin)
Crozier S, "Le pari éthique de la complexité. Action médicale dans le champ des AVC graves", thèse d'Ethique, Université Paris Sud, 2012

[14] Barreyre JY, Peintre C. Evaluer les besoins des personnes en action sociale - Enjeux, méthodologie, outils. Paris, Dunod, 2004. Barreyre JY, Bouquet C, Peintre C. Les adultes souffrant d'autisme ou de syndromes apparentés prise en charge par les établissements médico-sociaux. *Etudes et résultats* 2005, n°397, 8p. Barreyre

appliquées, co-construites par des chercheurs, des professionnels, des patients et leur entourage.

Cas 4 : « Epidémiologie et anthropologie sociale : intérêts et difficultés d'une rencontre. L'exemple de l'unité d'épidémiologie des virus oncogènes de l'Institut Pasteur. »

Le chercheur invité était Christophe Perrey (pharmacien et anthropologue à l'Unité de recherche clinique Robert Debré et à l'Unité de recherche IGR). Sa recherche a été discutée par Guillaume Lachenal (maître de conférences en histoire et anthropologie de la médecine à l'Université Paris 7 Paris Diderot, spécialiste des politiques scientifiques et de santé publique en Afrique postcoloniale).

Christophe Perrey a présenté deux recherches menées de front, « sur » et « avec » une unité d'épidémiologie : une ethnographie de l'unité d'une part, et une étude des dynamiques spatiotemporelles des maladies associées aux rétrovirus d'autre part (étude du lien avec des migrations humaines) [15].

c) Réalisations concrètes dans le cadre de ce séminaire

Au cours de la première année se sont tenues deux réunions de préparation entre membres permanents et huit réunions au cours desquelles ont été examinés les quatre cas de recherche. Un travail de bibliographie et d'enrichissement de la problématique a également été partagé entre les membres permanents, réalisé au fur et à mesure des réunions et de l'émergence des questions.

Au cours de la deuxième année du séminaire ont eu lieu deux réunions de préparation de la valorisation des travaux par les membres permanents (plan d'un ouvrage, initiation d'un article pour la revue *Santé publique*). Une réponse à un appel à projets de l'Iresp et une demande de subvention auprès de l'Inpes ont également été rédigées pour rechercher un soutien financier.

3. LES QUESTIONS RECURRENTES DANS L'ARTICULATION DE RECHERCHES EN SHS ET EN HSR

Les différentes recherches présentées ont été prises comme supports pour identifier au fur et à mesure des questions « exemplaires », d'ordre épistémologique ou méthodologique, auxquelles les chercheurs qui mènent des recherches articulant santé publique et SHS étaient confrontés. La plupart de ces questions sont traitées dans les approches de sciences humaines et sociales mais, de l'avis des chercheurs en santé publique, ne sont pas abordées dans les manuels de santé publique. La « réflexivité » du chercheur sa recherche, sa position par rapport à son objet, son rapport à l'action peuvent cependant poser des difficultés pratiques, méthodologiques ou éthiques particulières dans le champ de la santé. D'un autre côté, le chercheur en sciences sociales n'est pas toujours à l'aise avec l'objectif d'aide à la décision qui peut être inclus dans son projet de recherche : le rapport à l'action et à la décision divise la

JY, Bouquet C, Fiacre P, Peintre C. Les trajectoires institutionnelles et scolaires des enfants passés en CDES. *Etudes et résultats* 2007, n°580, 8p.

[15] Perrey C, de Thé G. Le souple et le dur : les sciences humaines au secours des sciences biomédicales. Paris, CNRS, 2009.

communauté scientifique, de sorte que les réflexions issues de la recherche en santé publique autour de « l'intervention » peuvent venir enrichir ces débats.

Quant aux résultats de ce travail, les questions récurrentes que nous avons commencé à creuser sont les suivantes :

Les conditions institutionnelles de la recherche et leurs effets sur la recherche

La question partagée par l'ensemble des chercheurs rencontrés, quelle que soit leur origine (SHS, santé publique) est celle des conditions institutionnelles de la recherche qui viennent encadrer le déroulement de l'activité, de manière plus ou moins contraignante. En lien est posée la question de l'autonomie du chercheur : comment la garantir tout en restant attentif aux questions des acteurs de terrain, des commanditaires ou des gestionnaires d'appels à projets de recherche ?

L'analyse des cas a permis de caractériser les conditions dans lesquelles se déroule la recherche, d'analyser la façon dont elles peuvent influencer le cours de la recherche (ses modalités, son objet, son contenu) et d'en tirer les conséquences pour préserver la pertinence et la rigueur de la recherche. Entre « autonomie totale » et « être tenu complètement », le chercheur est placé dans un large spectre de « positions » possibles. A partir des cas étudiés, nous pouvons identifier des critères permettant de caractériser de façon plus précise diverses positions (en fonction du type de demande, des délais, des compétences mobilisées, des commanditaires, de l'utilisation prévue des résultats… et en fonction du degré de liberté ou de maîtrise que le chercheur peut avoir vis-à-vis de ces différents aspects). Ce qui laisse entrevoir des pistes de recommandations pour conduire la recherche dans ces différentes positions.

Ainsi, si l'on prend l'exemple des recherches analysées, dans le premier cas [trajectoires des adolescents greffés] le chercheur a pu « négocier » la commande ; dans le deuxième cas [démarche palliative dans les AVC graves], les chercheurs ont obtenu un financement pour un projet plutôt quantitatif et biomédical, mais ont pu réaliser des choix scientifiques cohérents avec leur objet et avec la méthode déployée, dans la limite du budget et du temps impartis ; dans le troisième cas [prise en charge des personnes souffrant de handicap psychique], une recherche de financements complémentaires a été effectuée afin de disposer d'une marge de négociation avec le commanditaire dans la mise en œuvre de la recherche ; enfin dans le dernier cas [épidémiologie des virus oncogènes et anthropologie sociale], le chercheur s'est trouvé libre de définir et délimiter son objet et de construire sa méthode, c'est-à-dire dans une situation initiale d'autonomie épistémologique, mais qui rendait difficile la réalisation de son terrain du fait du peu d'interactions avec l'équipe dans laquelle il était accueilli.

La construction de l'objet, ou comment opérer la « déconstruction » de l'objet dans une recherche sur les services de santé

Au départ, il s'agissait d'identifier comment les chercheurs rencontrés « construisaient » un objet de recherche. Cette étape, classique en SHS, est moins évidente dans des recherches dites appliquées. On s'est donc intéressés aux déplacements effectués, aux médiations éventuelles avec les demandeurs, aux effets de ces déplacements sur la production de connaissance et sur l'utilisation possible de cette connaissance.

En particulier la plupart des cas étudiés concernaient des recherches parties d'une question qui se posait aux acteurs de terrain, ou d'un problème rencontré par ces acteurs. Il s'agissait souvent au début de questions floues, de situations que les acteurs ne savaient pas bien définir, comprendre, saisir, ou alors qu'ils posent de façon étroite. Du point de vue de la démarche de recherche, il y avait souvent un objectif de compréhension d'une question complexe, qui devait permettre dans un second temps d'agir sur la réalité sociale.

Ainsi dans le premier cas analysé [trajectoires des adolescents greffés], la recherche a commencé par une revue de littérature biomédicale sur les facteurs de risque de non-adhésion à un traitement. Il a fallu que la chercheuse pointe les manques dans cette revue de littérature pour justifier auprès des commanditaires l'élargissement de son objet à la question de l'expérience de la greffe au moment de l'adolescence, et expliquer la nécessité d'une approche inductive. Cela ne l'empêchera pas de répondre aux questions posées dans la « commande » mais l'adhésion n'apparaîtra plus nécessairement comme l'objectif ultime à atteindre. Au cours de ce travail de déconstruction de l'objet émergent de nouvelles questions, liées à la période de l'adolescence : en quoi « grandir » avec une greffe est-il différent de grandir sans être greffé ? Les apprentissages (du corps, de l'autonomie…) se font-ils différemment ? Les enjeux liés à l'adolescence se trouvent-ils reformulés dans ce contexte particulier ?

Dans l'exemple du second cas [démarche palliative dans les AVC graves], des allers-retours entre des points de vue différents et un changement de calendrier ont mené à une redéfinition du champ d'étude. En effet, l'observation de terrain ayant débuté avant l'enquête quantitative a montré que l'objet « limitations et arrêts de traitement » était en quelque sorte « invisible » pour beaucoup des médecins neuro-vasculaires eux-mêmes. En d'autres mots, s'ils posaient des abstentions ou des arrêts de traitement, ce n'était pas ouvertement et de manière formalisée. Administrer dans le cadre de l'enquête quantitative un questionnaire trop explicite aurait alors risqué d'induire des pratiques. Il valait mieux analyser la prise en charge des AVC graves en étant attentif à voir si des traitements étaient suspendus et pour quelles raisons. Pour des raisons méthodologiques, la question initiale sur les limitations et arrêts de traitement s'est donc élargie à celle des stratégies à la fois médicales et organisationnelles de prise en charge des AVC graves

L'engagement du chercheur sur son terrain et le lien entre recherche et intervention

Nous avons été amenés à reformuler cette question classique du fait de la spécificité des recherches présentées. Est apparue dans le courant des discussions une manière particulière pour les chercheurs d'arriver à intéresser les différents partenaires de la recherche. Dès lors, la position n'est plus celle, surplombante, du chercheur qui s'engage vis-à-vis de son exigence de vérité, de la congruence avec les méthodes de sa discipline et des attentes de la communauté scientifique
– y compris des organismes de recherches qui le financent. Les positions deviennent plus symétriques, avec la coexistence d'intérêts réciproques pour la recherche chez les enquêteurs et les enquêtés. Ici s'articulent questions épistémologiques, éthiques et politiques, qui ont été approfondies par plusieurs auteurs dans le champ de la santé. Il serait intéressant d'étudier si ces questions se posent également dans d'autres domaines.

Les particularités de la santé publique et cette manière d'envisager la collaboration modifient également le rapport à l'action : l'intérêt vient du fait que l'on est d'emblée dans l'action, ou du

moins que l'action ou les retombées de la recherche sont en ligne de mire du travail. Comme Robert Straus appelant à une « sociology with » (menée « avec » les acteurs), nous nous intéressons aux conditions de possibilité d'une approche de SHS « avec » ou « aux côtés » des acteurs de santé publique.

Dans les exemples apportés par nos quatre cas, cela se traduit dans le premier cas [trajectoires des adolescents greffés] par des retours réguliers des résultats de la recherche au comité scientifique, et par l'inclusion dans la recherche d'une démarche de co-construction avec l'équipe soignante d'une offre de prise en charge adaptée en fonction des résultats de la recherche. Dans le deuxième cas [démarche palliative dans les AVC graves], le travail « avec » les soignants se fait au sein de l'équipe de recherche même, le rapport entre recherche et action étant particulièrement étroit : certains membres de l'équipe « attendent » des résultats directement applicables ; or le questionnement des chercheurs sur l'objet vient remettre en cause la demande initiale, qui est ainsi amenée à évoluer. Dans le troisième cas étudié [prise en charge des personnes souffrant de handicap psychique], le rapport à l'action est fort puisque la recherche résulte d'une commande, cependant la réflexion dépasse la seule aide à la décision. Enfin dans le quatrième cas [épidémiologie des virus oncogènes et anthropologie sociale], le chercheur qui se trouve dans une situation très autonome, libre de définir son propre objet de recherche, fait face à la difficulté d' « intéresser » l'équipe qu'il prend pour objet ; il ne parvient à développer un travail « avec » l'équipe qu'à partir du moment où il s'engage avec l'équipe dans un projet de recherche parallèle, co-construit.

Nous rejoignons ainsi la réflexion du Réseau des jeunes chercheurs santé et société, qui plaide pour la pratique d'une recherche non pas « appliquée » mais « impliquée », c'est-à-dire assumée comme une activité sociale et collaborative, avec le souci de « dialoguer » sur ce qui est « souvent des questions communes, approchées différemment » et de « concevoir des formes de collaboration négociées, impliquées et - tant qu'à faire - rémunérées » (Chabrol, Hunsmann et Kehr, 2012). Cette position est nécessairement liée à un engagement à la fois d'ordre scientifique et politique, qui nécessite d'être réflexif vis-à-vis de la manière dont les objets sont définis et analysés.

L'articulation des méthodes de recherche

Les articulations entre approches quantitative (recherche épidémiologique ou clinique) et qualitative (recherche en SHS) ont été analysées dans ce contexte bien particulier où les conceptions médicales sont souvent le point de départ du projet, et discutés au-delà du seul cadre du choix méthodologique. En effet, cette articulation se fait en lien étroit avec la construction de l'objet. Par exemple dans la seconde étude de cas [démarche palliative dans les AVC graves], le questionnement de départ était médical et partait de l'expérience d'un service particulier sur les limitations et arrêts de traitement lors des AVC graves. L'étude devait ainsi commencer par un volet quantitatif national sur les pratiques, avec un questionnaire construit à partir des manières de penser et de faire de ce service, le volet qualitatif étant prévu dans un second temps pour mieux comprendre les résultats du volet quantitatif. En pratique, le déroulement du projet a inversé le calendrier et par conséquent la logique de recherche. Commencer par l'observation qualitative a permis de s'apercevoir que les questions ne se posaient pas de la même manière dans tous les services, que le recueil quantitatif de données risquait d'influer sur les pratiques en donnant une définition normative explicite, tant pour les

limitations de traitements que pour le processus décisionnel, issue de l'expérience du service promoteur de l'enquête.

Certaines conditions ont été mises en évidence pour une réelle articulation des méthodes et non une simple juxtaposition : le choix du dispositif de recherche, la position du chercheur sur son terrain, la place donnée à une démarche inductive permettant d'aborder de nouvelles dimensions de l'objet… A ce stade de notre réflexion, nous avons prévu d'étudier les nombreuses publications faites récemment sur les méthodes mixtes de recherche, champ en plein développement, pour approfondir les questions qui se posent spécifiquement dans le champ de la santé publique (Guével et Pommier, 2012).

4. DISCUSSION

a) Des préalables à la rencontre…

Un certain nombre de préalables à la rencontre entre la recherche en SHS et sur les services de santé nous semblent importants à souligner.

Dans le champ de la santé, il existe un rapport particulier du savant au politique. Nous rejoignons Marc Bessin et ses collègues du Réseau des jeunes chercheurs santé et société lorsqu'ils soulignent les spécificités d'un travail collectif interdisciplinaire en SHS qui se confronte à un travail avec des professionnels de santé. On se heurte aux « enjeux de la production de connaissance […] dans ce domaine où l'implication individuelle et la dynamique collective posent de façon singulière le rapport du savant au politique » (Bessin, Chabrol, Kehr, Michels, 2012). Avec ces auteurs, nous nous demandons d'ailleurs « si le champ de la santé, comme d'autres (social, genre, discriminations…) tout aussi enclins à se confronter directement aux enjeux politiques, n'incite pas d'avantage à une posture qui ose interroger les espaces académiques et sociaux investis, sans renier la prétention à la rigueur des sciences sociales ».

Il faut avoir conscience des tensions liées aux positions institutionnelles de chacun et aux appartenances disciplinaires : des positions plus ou moins fragiles dans le milieu de la recherche (chercheurs statutaires, chercheurs contractuels, chercheurs travaillant dans des associations professionnelles ou des agences de santé…) ; une tension entre visée scientifique et professionnalisation ; une évaluation sur des critères différents (la production d'articles scientifiques disciplinaires pour les chercheurs statutaires, et la production d'écrits de l'ordre de recommandations professionnelles pour les acteurs de santé publique) ; des logiques de publication différentes : valorisation des articles signés par un seul chercheur en SHS, valorisation des articles collectifs en santé publique. Si la tension entre recherche fondamentale et appliquée est un faux débat, des tensions se jouent souvent autour de frontières disciplinaires, appelant une négociation permanente du rôle de chacun.

Des traductions permanentes sont nécessaires, avec une ouverture réciproque des chercheurs issus de la santé publique et des sciences humaines et sociales, et du temps passé à une élaboration en commun et à des va-et-vient entre différents types de savoirs. Les chercheurs placés aux points d'interface sont amenés à entrer en dialogue avec une multitude d'acteurs

différents, doivent « comprendre et raisonner dans une pluralité de grammaires », ce qui les met en situation de « traducteur », « à l'interface entre les mondes intime, médical, social et politique » (Chabrol et coll., op. cit).

Un soutien institutionnel et financier est un élément crucial pour rapprocher - dans la durée - des chercheurs isolés, travaillant sur le même champ mais dans des disciplines et des institutions scientifiques différentes, et des laboratoires où ils sont souvent seuls à travailler sur le thème de la santé.

b) A propos du séminaire

- **Apports**

Les recherches que nous avons analysées dans le cadre de notre séminaire nous permettent d'affirmer que dialogue et action commune existent bel et bien dans la recherche en SHS et sur les services de santé.

Au niveau de notre séminaire, le dialogue a également été très constructif, et le croisement des approches a été riche à deux niveaux : d'une part entre membres permanents du séminaire, dans la construction de l'approche qui a nécessité des temps de rencontre, le partage de références bibliographiques et l'élaboration d'un vocabulaire partagé ; et d'autre part entre membres permanents et membres invités, dans les moments de présentation des recherches et dans le travail d'analyse transversal réalisé après chaque présentation.

Les apports concernent les modalités concrètes d'articulation de ces approches de recherche que nous avons commencé à analyser et l'existence de questions récurrentes et de tensions partagées.

- **Difficultés rencontrées dans le déroulement du séminaire, bilan et projets d'avenir**

Cependant, la démarche n'est pas allée sans rencontrer des difficultés.

L'une d'elles a concerné le positionnement des chercheurs permanents vis-à-vis des recherches présentées. Il était bien rappelé à chaque séance que l'objectif n'était pas d'apporter une aide méthodologique aux porteurs de la recherche, mais de réfléchir à partir de leur projet et de leurs questionnements à des questions plus générales. Cependant les questions posées par les discutants ont parfois été vécues comme des critiques : des critiques attendues et vécues comme positives dans l'un des cas, puisque les échanges au cours du séminaire ont contribué à une modification ultérieure du protocole de recherche ; des critiques vécues comme négatives et déstabilisantes dans un autre cas où la recherche était débutante et fragile institutionnellement, et où probablement la « double traduction » n'a pas fonctionné.

Au-delà de cette difficulté de positionnement, les obstacles importants rencontrés n'ont pas concerné le dialogue lui-même, mais la difficulté à trouver un soutien institutionnel et financier pour favoriser et prolonger ce dialogue, et aboutir à une valorisation scientifique. Le projet a en effet reposé en majeure partie sur un investissement bénévole des membres permanents. Alors que nous débutions l'écriture collective, rendue elle-même déjà difficile par l'éloignement géographique des personnes engagées, les recherches de financement entreprises n'ont pas

abouti, ni auprès de l'Iresp, ni auprès de l'Inpes, d'où la décision d'une suspension provisoire du séminaire. Il nous semble que l'une des explications à la difficulté de trouver des financements tient au fait que le rapprochement d'approches aujourd'hui cloisonnées vient heurter des enjeux disciplinaires importants et que les viviers de réflexion interdisciplinaires sont encore rares.

Les difficultés rencontrées questionnent enfin la légitimité des membres de notre séminaire pour interroger les articulations entre recherche en SHS et en santé publique. Il nous semble qu'après la première étape d'apprentissage et de capitalisation à partir de recherches existantes, il serait intéressant et peut-être plus légitime de se positionner en tant que cellule de soutien méthodologique pour des projets interdisciplinaires qui solliciteraient des regards croisés.

Le séminaire organisé par l'association *Sciences humaines et santé* constitue pour nous l'occasion de valoriser les travaux développés dans le cadre de notre séminaire au travers d'une communication orale, et de les discuter avec un auditoire porteur de questionnements similaires. Cette communication sera suivie d'une publication scientifique, dans la perspective de relancer la dynamique de notre séminaire méthodologique.

BIBLIOGRAPHIE

Amiot M., *Contre l'Etat, les sociologues*, Paris, Editions de l'EHESS, 1986.

Bessin M., Chabrol F., Kehr J. et Michels D., « Le « Réseau des jeunes chercheurs Santé et Société » : un acteur des sciences sociales de la santé », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie* [en ligne], 7 / 2012, mis en ligne le 10 juillet 2012, URL : http://socio-logos.revues.org/2671

Chabrol F., Hunsmann M. et Kehr J., « Réaliser un doctorat en sciences sociales de la santé : financements, pratiques de recherche et enjeux de professionnalisation », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie* [en ligne], 7 / 2012, mis en ligne le 24 février 2012, URL : http://socio-logos.revues.org/2629

Guével M-R. et Pommier J. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé publique* 2012/1, p. 23-38.

Herzlich C. et Pierret J., « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*, 2010/1 Vol. 51, p. 121-148.

Laurent-Beq A., Et pendant ce temps-là, les sociologues travaillent, *Santé publique* 2001/3, N° 13, p. 301-303.

Mouillie J-M., Lefève C. et Visier L. (dir.), *Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales*, Editions des Belles Lettres, Paris, 2007.

Straus R., « The Nature and Status of Medical Sociology », *American Sociological Review*, 1957 Vol. 22, No. 2 p. 200-204.

Straus R., « Medical sociology: a personal fifty year perspective ». *Journal of health and social behavior* 1999; 40, p. 103-10.

DISCUSSION

modérée par Matthieu LUSTMAN[16]

Introduction : Cette présentation confirme bien l'idée que la place des sciences humaines et sociales dans le monde de la santé est complexe, avec plusieurs niveaux de complexité. Il semble que, dans certaines situations, les sciences humaines et sociales doivent encore lutter pour trouver leur place. La séparation entre approche biomédicale et approche « sciences humaines et sociales » est encore nette, les sciences humaines et sociales étant renvoyées vers un « blabla » théorique. Alors que dans d'autres contextes, les sciences humaines et sociales ont toute leur place, les différents acteurs travaillent côte à côte depuis plusieurs années, partagent des projets en commun, même si le dialogue demeure malgré tout difficile et reste encore à construire. La question qui s'impose serait de comprendre quel est le degré de proximité adéquat, car chacun arrive avec sa propre culture et ses propres paradigmes et les incompréhensions demeurent largement possibles. Ainsi, les relations entre ces deux mondes se jouent à plusieurs niveaux et doivent être explorées dans l'ensemble de leurs dimensions.

L'exposé que vous avez proposé ici montre bien de quelle manière il est possible de creuser en profondeur et de construire des synergies. En même temps, vous montrez bien toutes les embûches de ce chemin - de cette aventure - qui demeure escarpé. Il est donc important de faire le point sur la façon dont sciences humaines et sociales et monde de la santé collaborent, d'observer de quelle manière se construisent les interactions et dans quelles logiques plus vastes s'inscrivent tous ces enjeux.

Laissons la place au débat :

Question. J'ai trois questions : vous dites que dans votre expérience vous n'aviez pas la légitimité pour interroger les méthodes. Pourquoi ? Vous dites que dans certaines situations les chercheurs qui présentaient leur recherche pouvaient se sentir mal à l'aise, pourquoi ? Y avait-il des moments où vous reparliez de l'étude présentée, en dehors de la présence des chercheurs ? Avez-vous parfois critiqué les méthodes présentées ?

Deuxième question : pourquoi avez-vous arrêté cette expérience ? Qu'est-ce qui s'est arrêté exactement ?

Troisième question : est-ce que vous n'auriez pas envie de réactiver ?

Réponse : Ce que nous voulions faire au départ, c'était comprendre les articulations entre sciences humaines et sociales et santé dans les projets présentés, ce n'était pas faire du conseil méthodologique. Mais lors de la présentation du projet TELOS sur les limitations et arrêts de traitement après des accidents vasculaires cérébraux graves, les chercheurs nous ont posé des questions sur la méthodologie de leur projet, qu'ils avaient envie de faire évoluer. Nous n'étions pas là en premier lieu pour dire comment faire et d'ailleurs ces chercheurs avaient déjà

[16] Président de l'association Sciences humaines et santé, médecin généraliste, docteur en sociologie, Université catholique de Lille

commencé à évoluer dans leur manière de procéder, mais la discussion qui a eu lieu lors de notre séminaire leur a permis d'aller plus loin. Nous nous sommes donc demandé, à un moment, s'il ne serait pas intéressant de développer cette dimension de conseil méthodologique, même si nous ne le voulions pas au départ. Le conseil méthodologique ne serait-il pas le bienvenu dans la suite de notre projet ? Je ne sais pas si c'est une envie, mais en tout cas c'est une question que nous nous sommes posée et que nous avons commencé à discuter entre membres du séminaire.

Le principe que nous affichions, c'était que les chercheurs devaient nous présenter quelque chose de manière très ouverte, et que nous allions réfléchir ensemble à partir de là, avec l'aide de discutants. Donc il s'agissait de chercheurs qui se retrouvaient dans la position d'être observés et qui le vivaient de manières différentes. Certains étaient dans une situation un peu fragile dans le cadre d'une recherche débutante et étaient confrontés à des enjeux interdisciplinaires. De plus l'intervention de nos différents discutants (un discutant philosophe, un discutant sociologue, etc.) a ajouté de la complexité et « la traduction » entre sciences humaines et sociales vers les chercheur du monde de la santé ne se faisait pas forcément très bien. Certains chercheurs, fragiles, se sont sentis remis en cause par une question d'un discutant, alors que ce dernier ne cherchait qu'à provoquer la réflexion. Mais d'autres au contraire, majoritaires, ont considéré que ces regards extérieurs les aidaient à construire leur recherche. Donc en fait les choses ne dépendaient pas trop de nous. Je pense aussi que c'était une question de suivi dans le temps.

Nos commentaires étaient également reçus différemment selon les types d'équipe : certains étaient assez isolés et devaient beaucoup négocier pour réaliser leur recherche avec des comités scientifiques, etc., tandis que d'autres formaient une équipe soudée qui se connaissait bien, et là nous pouvions nous exprimer plus librement et mettre sur la table toutes nos questions. Donc, au vu des différentes situations, nos commentaires n'étaient pas reçus de la même manière.

Je pense que nous avons aussi évolué pendant le séminaire. A la première recherche présentée, on ne pouvait pas monter en généralité, on n'avait pas de point de comparaison, il a fallu construire peu à peu et arriver à confronter le chercheur à autre chose qu'à lui-même. Et cette démarche peut aussi poser problème.

Nous avons envie de continuer. L'une des évolutions possibles que nous verrions à ce projet serait de se poser en « cellule de conseil méthodologique » en allant au-delà de la méthodologie même, c'est-à-dire en devenant un lieu de discussion ouvert avec des gens intéressés ayant des expériences différentes. Je pense que maintenant, armés de notre expérience, il est possible d'évoluer de cette manière.

Plusieurs raisons expliquent l'arrêt de ce séminaire. Premièrement, nous avons répondu à plusieurs appels d'offre, mais peut-être n'avons-nous pas été assez clairs, car nous n'avons pas obtenu de financement. Deuxièmement, le fait d'être un groupe de sept était très enrichissant, mais aussi une complication car c'était un petit nombre : quand la personne qui jouait le rôle de moteur s'est moins investie et n'a plus pu nous accueillir dans son institution, le projet s'est étiolé. Nous avions un projet d'ouvrage à la suite de ces études de cas, mais certains d'entre nous ont été confrontés à des événements de vie qui ont suspendu leur participation au séminaire pour plusieurs mois. Cela a suffi à enrayer la dynamique.

Cependant, le fait de présenter ce travail aujourd'hui nous a permis de le relancer, d'y réfléchir autrement et donc de reprendre cette idée d'écriture. Nous intervenons ici avec l'accord de tous les membres du séminaire. Nous avons travaillé puis diffusé aux autres membres notre document préparatoire à la présentation d'aujourd'hui, ils ont tous répondu et contribué à sa finalisation, donc notre séminaire n'est pas oublié. Nous espérons qu'il est juste suspendu et qu'après ce nouvel échange, il va reprendre.

Intervenant 1 : Est-ce que les patients étaient présents dans votre dispositif ? J'ai l'impression qu'il y a là une interface à travailler puisque la légitimité du médecin vient du patient. Je voulais mentionner que dans le laboratoire dans lequel je travaille à Paris VIII, on a un chercheur qui est lui-même patient et qui fait une thèse sur les patients experts. Il va soutenir sa thèse en novembre 2012 et il va monter un module de formation à Québec. Il a essayé de faire cela en France, et cela n'a pas marché, il part donc au Québec, parce que là-bas, il est accueilli à bras ouverts. Il s'appelle Luigi Flora et il a coordonné avec Emmanuelle Jouet la série d'articles le « *patient expert* »[17] dans la revue *Pratique, formation et analyse*, qui est la revue de notre laboratoire à Paris VIII.

Matthieu Lustman : Ce serait bien effectivement d'avoir des patients dans notre association SHS, pas nécessairement experts.

Cécile Fournier et Joëlle Kivits ; Je pense que c'est pertinent et que dans une des perspectives d'ouverture, le séminaire devrait y réfléchir.

Intervenant 2 : Qu'attendriez-vous du projet de l'association SHS qui a pour but de mettre les gens en réseau ? Est-ce qu'il y aurait des interactions possibles ? De quelle manière peut-on partager cette expérience ? Peut-on évoluer vers des choses pratiques, comme un guide méthodologique ? Si vous faites une publication, elle serait plutôt académique ou pratique ?

Joëlle Kivits : Je ne parle qu'en mon nom, ce séminaire a permis de relancer un peu ce travail. Il faudrait donc une deuxième étape, cela pourrait se faire sous forme d'une publication, une diffusion. Ce serait presque un appel, puisque l'idée est de pouvoir être publié dans une revue comme *Santé publique* qui est à la fois lue par les deux publics (les chercheurs en sciences humaines et sociales et le monde de la santé). Puis pouvoir dire : nous avons réfléchi à cela, et que cela devienne aussi un appel, pas pour que tout le monde fasse la même démarche, mais que ce type de démarche entraîne une réflexion commune. Après, est-il possible d'aller vers un guide méthodologique ? Je ne sais pas. Il faudrait aborder cette question avec les autres membres du séminaire. L'enjeu est déjà que la dynamique redémarre. La difficulté est de faire avancer les choses avec le peu de temps des uns et des autres.

Intervenant 3 : Les recherches qui vous ont été présentées étaient-elles des recherches uni-disciplinaires mises sous un regard pluridisciplinaire ou étaient-elles pluridisciplinaires au départ ?

Cécile Fournier et Joëlle Kivits : C'étaient des recherches pluridisciplinaires. Ce qui nous intéressait était de voir comment s'organisait cette pluridisciplinarité. Parfois la pluridisciplinarité

[17] *Usagers-Experts : la part du savoir des malades dans le système de santé.* Coordination : Emmanuelle Jouet et Luigi Flora numéro 58-59 Janvier - juin 2010, *Pratique de Formation, analyse*

était portée par une personne qui mobilisait plusieurs regards mais le plus souvent c'était quand même porté par une équipe.

Intervenant 4 : Avez-vous choisi ces recherches ? Avec la question des frontières qui est toujours sensible, de quelle manière parle-t-on en face de l'autre, du regard qu'il est possible d'avoir etc. ?

Cécile Fournier et Joëlle Kivits : Nous les avons choisies en fonction de notre réseau personnel. Nous avions toute une liste de recherches qui nous paraissaient intéressantes, dans lesquelles nous avons opéré une sélection.

Intervenant 5 : Vous avez alors contacté les personnes ou attendu leur demande ?

Cécile Fournier et Joëlle Kivits : Nous nous sommes réunis puis, après avoir choisi, nous avons contacté les gens pour leur proposer d'intervenir. Ils présentaient la recherche à la première séance et s'ils le souhaitaient ils pouvaient venir à la seconde. La plupart sont venus à la seconde, en acceptant de se décentrer de leur recherche pour réfléchir avec nous. Ils étaient destinataires des comptes rendus, ils pouvaient réagir. Nous proposions des comptes rendus très détaillés qui étaient rédigés à deux, puis le compte-rendu était soumis à l'ensemble du groupe et ensuite, envoyé aux chercheurs et aux discutants ; c'était une démarche très riche.

Laurent Marty : je suis content de vous rencontrer car cela fait un petit moment que des collègues m'avaient parlé de ce que vous faisiez. Nous sommes alors allés voir sur le site et en même temps dans des articles. Je cite votre séminaire dans mes formations régulièrement. Il me semble bien cadrer les relations entre sciences humaines et santé aujourd'hui. J'insisterai aussi sur le passage aux conseils pratiques. En effet vous résumez parfaitement les problèmes que rencontrent tous les chercheurs et tous les soignants qui font de la recherche. Il s'agit de questions que chacun se pose et de problèmes auxquels chacun est confronté. Je pense qu'il faudrait formaliser l'ensemble et proposer ce que vous faites non comme un modèle mais plutôt comme une réflexion. Ce serait le pas essentiel à faire puisque tout le monde se retrouve dans ce questionnement. L'approche anthropologique, sociologique, socio-anthropologique, philosophique, des problèmes de santé est très riche.

Il est dommage que, jusqu'à présent, ces travaux soient effectués de façon récurrente, mal financés, peu considérés par les institutions, alors qu'il y a une demande forte, en particulier liée aux contraintes économiques actuelles.

Pour démêler la complexité des situations, les soignants ont absolument besoin de la recherche qualitative. Et dans ce contexte, proposer votre type de réflexion est essentiel – car il faut avoir un temps de mise à distance de ce que nous faisons et avoir un retour de la part des acteurs de terrain. Voir que ces questions se discutent aura, je pense, un effet boule de neige. Je ne sais pas si l'association SHS peut être porteuse de cela, mais c'est le moment de le développer.

Intervenant 6 : J'ai aussi trouvé votre exposé passionnant. J'ai une remarque et une question. Une remarque, qui est liée à l'habitude du chercheur de rester dans sa tour d'ivoire. Donc de mon point de vue de médecin généraliste, si je prends par exemple dans les PHRC[18] où l'on étudie une maladie, un patient, un médicament, à une époque les médecins généralistes n'étaient pas

[18] Programmes hospitaliers de recherche clinique

invités. Alors l'idée, maintenant, d'inviter un patient expert me ravit. Je travaille à la HAS[19] où y a dans toutes les commissions des patients experts qui apportent aux groupes des points de vue très enrichissants. Donc on peut malgré tout trouver cette logique en France. Il serait peut être intéressant d'inviter d'autres personnes parce que sinon on risque de ne pas avancer sur ce thème qui est d'une pertinence étonnante. L'enjeu est bien, que du haut de l'hôpital, le chercheur ne reste pas dans sa tour d'ivoire, sans se préoccuper des acteurs de terrains, qu'ils soient médecins ou patients.

Ensuite la question est de connaître les causes d'un éventuel refus de chercheur que vous auriez invité à votre séminaire ? Ont-ils bien compris la démarche ? Mais comme votre démarche est limpide, ce serait intéressant d'étudier leurs raisons. En effet il me paraît évident qu'il y ait quelqu'un des sciences humaines dans une équipe de recherche, mais c'est vrai que je suis médecin généraliste, donc j'ai une appétence pour les sciences humaines. Vous êtes-vous posé cette question ?

Cécile Fournier et Joëlle Kivits : En pratique, notre séminaire débutait, donc on invitait des gens qu'on connaissait et il n'y a pas eu de refus.

Intervenant 7 : Quelles ont été les causes du refus de financement par l'Iresp[20] ?

Joëlle Kivits : Les réponses étaient de l'ordre : « c'est déjà fait », « on ne voit pas l'intérêt », « on connait déjà les réponses à ces questions », c'était assez virulent d'ailleurs. Après, pour revenir à ce que nous avons proposé, ils nous ont posé la question « concrètement, qu'allez-vous faire ? ». Peut-être n'avons-nous pas été assez clairs dans notre manière de présenter ? Peut-être n'avons-nous pas su adopter le langage qu'il fallait pour bien répondre à l'appel à projets ? C'est possible, mais nous n'avons pas eu de deuxième chance.

Intervenant 7 : Mais c'était quel type d'appel à projets ? Parce que cela aussi, cela joue. Cela pose la question de l'autonomie du chercheur que vous avez bien évoquée tout à l'heure, parce que si vous ne rentrez pas dans un cadre, surtout dans ce format-là, cela ne marche pas, alors quel est le degré d'autonomie du chercheur ?

Cécile Fournier : Dans les appels à projet, il y a toujours une petite case pour les séminaires avec à chaque fois une petite enveloppe, c'est là-dedans que nous nous sommes inscrits.

Joëlle Kivits : C'est aussi assez subjectif et peut-être qu'il avait aussi une équipe qui travaillait sur des projets similaires. Ainsi nous avons pu attribuer à notre responsabilité la cause du refus alors qu'elle serait liée à un problème de concurrence. Autant je pouvais être critique sur la manière dont nous avons présenté le projet, autant la réponse était sèche et peu explicative.

Intervenant 8 : Je voulais rebondir sur la question de la traduction. C'est à la fois une très vieille question et elle est toujours actuelle et centrale : de quelle manière construit-on son objet ? Avec la question essentielle du langage, on utilise le même mot mais on ne parle pas de la même chose, et du coup on est dans un malentendu, mais chacun s'enferme dans sa logique. Quelle place ont eu dans votre séminaire les enjeux de traduction ?

[19] Haute autorité de santé
[20] Institut de recherche en santé publique

Intervenant 9 : Pourquoi avoir répondu uniquement à un seul appel d'offres ? En effet il y a souvent des refus et comme cela a été en partie la cause de l'arrêt, pourquoi ne pas avoir sollicité plusieurs appels d'offres ?

Cécile Fournier et Joëlle Kivits : Cela prend beaucoup d'énergie de répondre à un appel à projets, donc la première raison est celle-là. En fait, nous avons répondu à un autre appel d'offres. Nous avons demandé une subvention à l'INPES[21], dont on sait qu'il est intéressé par ces approches interdisciplinaires et qu'il a l'habitude de faire intervenir des chercheurs des sciences humaines et sociales. L'Inpes nous a répondu que « c'était très intéressant, mais que la démarche n'était pas centrée sur la prévention et l'éducation pour la santé ». Nous savons qu'il y a certaines instances qui sont intéressées par ce dialogue, mais elles sont engagées sur des thèmes précis. Par contre quand nous nous inscrivons dans des thèmes plus généraux comme ceux abordés par l'Iresp[22] , on nous répond que « notre question est bateau ». Nous avons répondu à deux appels avec une dépense de beaucoup d'énergie et à chaque fois, nous avons essuyé un refus. Nous n'étions pas assez disponibles pour nous mobiliser davantage.

Intervenant 10 : Dans ce que vous faites, il y a une part de bénévolat évidente. Je me demande s'il ne s'agit pas d'un ressort intéressant que des gens se mobilisent bénévolement, aussi bien médecins que chercheurs. Alors plutôt que d'aller s'épuiser à demander de l'argent à des gens qui ne comprennent rien, pourquoi ne pas s'appuyer sur cette logique de bénévolat ?

Ce que vous abordez là, ce sont les questions centrales en socio-anthropologie et socio-anthropologie de la médecine : « comment se fait le travail ? », « Comment se font les accommodements ? ». Beaucoup d'équipes travaillent sur ces questions dans le monde entier, donc que vous n'ayez pas pu être financés, c'est totalement incompréhensible. Cela signifie que nous sommes à côté de la plaque, comme se le demande Michel Wieviorka : « n'aurait-on pas raté, en France, le tournant des sciences humaines et sociales des années 1990 » ?

Quand vous parlez de guide méthodologique, qu'entendez-vous par là ? Ce qui est intéressant c'est la démarche dont vous parlez, c'est-à-dire : « comment fait-on en pratique ? ». La question ensuite, c'est « comment dupliquer ? », parce qu'un livre ou un article ne suffit pas. Une fois que les gens l'ont lu, ils ne savent pas forcément comment faire. Nous, concrètement, nous sommes tous localement confrontés à cette question pratique : « comment on fait ? » Savoir ce qu'il faut faire et ne pas faire et ce qu'on pourrait faire. Est-ce que c'est cela que vous entendez par guide méthodologique ?

Cécile Fournier et Joëlle Kivits : Nous n'avons rien défini encore.

Intervenant 11 : Cette démarche intéresse tout le monde, les facs de médecine se transforment en facs de santé et ils se coltinent comme enseignants tout un tas de professionnels : comment fait-on pour faire travailler toutes ces personnes ensemble pour faire de la recherche ? Cette question de la démanche méthodologique est vraiment importante maintenant, donc là vous avez un marché !

À chaud, j'imagine qu'il y a une première étape : il faut capitaliser sur l'expérience, faire ressortir ce que vous avez dit là, ça peut déjà faire l'objet d'une première publication. Et à partir de là il

[21] Institut national d'éducation et de prévention pour la santé
[22] Institut de recherche en santé publique

peut y avoir un deuxième travail, mais peut être avec des gens extérieurs, ayant plus facilement la distance nécessaire à l'analyse.

Donc qu'est-ce qu'on peut tirer de votre expérience ? Et pour quel public, avec quels enjeux pratiques? Peut-être faut-il être un peu normatif, en s'engageant et en disant « nous pensons qu'il est possible de faire telle recommandation aux acteurs de terrain », en identifiant des situations où les gens se posent ces questions. C'est aussi l'intérêt de l'association d'avoir à la fois les questions qui se posent et les tentatives de réponse.

Joëlle Kivits : Nous nous sommes interrogés au sein du groupe et nous avons conclu ne pas pouvoir être normatifs.

Intervenant 12 : C'est quelque chose que je pense être possible aujourd'hui.

Intervenant 13 : Il ne faut pas forcement être normatifs mais affirmer une position qui est la vôtre et ensuite chacun réfléchit à sa manière.

Matthieu Lustman : Pour finir ce débat, deux questions. La première résume en partie ce qui a été dit : quel est le statut de ce que vous avez fait ? Est-ce ponctuel ? Cela doit-il être une expérience limitée dans le temps et dans l'espace, ou votre démarche devrait-elle être pérenne et s'institutionnaliser ? Seconde question : de quelle manière peut-on développer cette idée avec d'autres personnes, comment donner accès à votre expérience ? Faut-il passer par un guide, des recommandations ou imaginer que ce type d'expérience se développe sur le territoire ?

RECHERCHE INFIRMIERE EN SCIENCES SOCIALES : LE CADRE CHERCHEUR, « MYTHE OU REALITÉ ? »

par Dorsafe BOURKIA[23]

Infirmière de formation et cadre de santé formateur en soins infirmiers, l'objet de mon intervention est un retour d'expérience sur mon cheminement de « chercheur débutant », en pleine construction de mon parcours universitaire après avoir fait une première année de master en management et santé. Mon année de formation de cadre m'a permis d'élaborer un mémoire de recherche qui me conduit à présent à me projeter en master 2 puis j'espère en thèse et envisager une carrière de chercheur. Il s'agit à la fois de partager ce cheminement avec vous et de susciter des échanges éclairants autour de lui.

Mes premiers pas dans la recherche

Cette recherche fait écho à ma propre histoire professionnelle : depuis ma première initiation à la recherche en IFSI, l'exercice m'avait permis de me découvrir une certaine aisance dans ma capacité à prendre en mains un travail de ce genre. J'avais à l'époque travaillé sur le lien entre les soins infirmiers et la psychanalyse, que j'avais abordé au travers des notions de transfert et de contre-transfert, ce qui m'avait permis de rencontrer des infirmiers de l'association SERPSY[24], qui m'avaient aidée dans l'élaboration de ce tout premier travail de recherche. A la suite de l'obtention de mon diplôme d'Etat d'infirmière, mon mémoire avait reçu le premier prix d'un concours organisé par la revue Soins Psychiatrie. Malgré ce début prometteur, par la suite, je n'avais pas su mettre plus en avant mes capacités à m'engager dans des travaux de recherches et d'écriture, faute d'oser « provoquer » des opportunités. En effet, une fois débuté mon exercice dans les services, je me suis complètement laissée absorbée par la « spirale » du travail, m'imaginant que les opportunités de recherche et d'écriture viendraient à moi, par l'institution ou mes collègues, de manière automatique. Avec du recul, je me dis à présent que je n'avais pas encore forcément la maturité et la conscience pour cela, que c'était peut-être à moi de me créer des occasions ; mais j'ai aussi et surtout saisi dans ma propre expérience à quel point le travail infirmier pouvait être beaucoup plus aliénant qu'apprenant, ce qui a fini par développer en moi une certaine frustration.

Au bout de près de 10 ans de carrière infirmière, j'ai intégré ma formation en IFCS[25] pour devenir cadre de santé et c'est là que cette appétence pour la recherche a pu de nouveau s'exprimer, m'ouvrant cette fois des portes que je n'aurais jamais imaginées…

Après des mois de cogitation sur mon futur sujet de mémoire, je me suis finalement posé la question d'une possible mission de recherche dans les fonctions de cadre de santé, et dans

[23] Infirmière, cadre de santé formateur en Institut de formation en soins infirmiers
[24] Soins et Recherche en Psychiatrie
[25] Institut de Formation des Cadres de Santé

quelle mesure cette mission pouvait être connue et reconnue : clairement, ce thème a enfin signé pour moi mon engagement durable dans la recherche, en me posant ces premières questions à la fois simples et complexes : comment les cadres de santé peuvent-ils s'approprier cette mission ? Par quels moyens ? Dans quel cadre institutionnel ?

Quelle place pour la recherche chez le cadre de santé ?

Mon point de départ de réponse à ces questions a été juridique, en m'appuyant sur les missions du cadre (annexe à la circulaire ministérielle 1990) qui comprenaient la recherche ; cela me semblait à la fois une évidence et en même temps m'étonnait quelque peu car je n'avais encore jamais rencontré de cadres « chercheurs ».

Ce sujet me fascinait autant qu'il me faisait peur mais j'ai eu en premier lieu le soutien de mes formateurs, qui ont validé du premier coup mon sujet sans aucune opposition particulière. Puis je me suis dit que la recherche documentaire allait s'avérer très compliquée…

Finalement elle s'est avérée fructueuse, notamment grâce à un article de Monique Formarier[26] insistant sur la nécessité pour les cadres de se former à la recherche, puis le rapport de Chantal de Singly[27] daté de 2009, qui souhaite valoriser les travaux intellectuels élaborés par des cadres hospitaliers. Enfin les écrits d'Anne Perraut Soliveres[28], qui pour sa thèse de sciences de l'éducation s'était penchée sur le vécu des infirmières de nuit, tout en ayant progressivement intégré une posture de praticien-chercheur.

Je me suis aperçue qu'un certain nombre de cadres avaient été jusqu'au bout du parcours universitaire et que leurs travaux avaient été publiés (Anne Perraut Soliveres, Paule Bourret,[29] sociologue ayant mis en évidence tout le « travail de lien invisible » du cadre de santé, Micheline Wenner[30], sociologue, qui a travaillé notamment sur les motivations conduisant à vouloir exercer la profession d'infirmière en étudiant les parcours de vie des différentes personnes interrogées…).

Je me suis donc sentie confortée dans ma démarche ; j'ai ensuite procédé à une première enquête exploratoire auprès de cadres, qui a montré qu'ils auraient aimé se lancer dans la recherche mais n'ont pas de moyens d'actions, d'autant qu'ils se sentent « embourbés » dans leur gestion du quotidien.

Il y a eu également l'avènement des « programmes hospitaliers de recherche Infirmière et paramédicale (PHRIP) » où les cadres de santé avaient également leur place, notamment sur des thèmes de management, confirmée par la ministre de la santé de l'époque, Roselyne Bachelot [31] .

[26] Fondatrice de l'Association de recherche en soins infirmiers
[27] Ancienne présidente de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, à présent directrice de l'agence régionale de santé de la Réunion
[28] Ancienne infirmière et cadre de santé de nuit, docteur en sciences de l'éducation, directrice de la rédaction de la revue « Pratique ou les cahiers de la médecine utopique »
[29] Paule Bourret, infirmière, docteur en sociologie, est cadre de santé formatrice à l'IFCS du CHU de Montpellier, auteur aux Éditions Seli Arslan du livre « Les Cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible ».
[30] Ancienne directrice d'un institut de formation en soins infirmiers et docteur en sociologie, auteur aux Éditions Seli Arslan de « Comment et pourquoi devient-on infirmière ? »
[31] OUHARZOUNE Yasmina, **Les cadres de santé sont à la croisée des chemins,** entretien avec Roselyne BACHELOT, Soins cadres, Vol 18, N° 725, novembre 2009 pp. 3-5

Il existe par ailleurs des postes qui ont été dédiés pour des cadres missionnés en transversal pour la recherche paramédicale dans les CHU de Toulouse et de Limoges en particulier.

J'ai ensuite dégagé progressivement la question de l'articulation entre pratique managériale et recherche, grâce à l'apport de la recherche-action, en lien direct avec la conduite du changement et la gestion de projets, cette dernière étant fortement valorisée dans la fiche du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

La recherche-action permettrait éventuellement de créer des groupes de travail institutionnels, voire de collaborer avec des chercheurs universitaires (qui peuvent eux-mêmes être issus des professions paramédicales), piste intéressante, d'autant plus qu'à présent les IFSI[32] et les IFCS tissent des partenariats avec les universités… Il appartient aux cadres de santé et aux directeurs de soins des hôpitaux d'impulser ce type de dynamique afin de participer activement au rapprochement entre les mondes professionnel et universitaire.

La recherche en milieu professionnel menée par des praticiens pose par ailleurs la question de la posture de chercheur, plus précisément de praticien-chercheur que ce mémoire a permis de soulever et de valoriser, notamment au travers des écrits d'Anne Perrault Soliveres[33], Nadia Péoc'h[34] et Luc Albarello[35], sociologue et professeur à l'Université catholique de Louvain. Cette posture de praticien- chercheur est particulièrement intéressante à faire connaitre et à développer car elle permet à des professionnels du terrain de valoriser leur expérience du quotidien en dégageant des objets de recherche issus de la pratique et de prendre du recul, notamment par le processus de problématisation et d'exploration documentaire.

A partir de l'hypothèse que la pratique de la recherche était conciliable avec les activités du cadre de santé, ce mémoire m'a donné l'opportunité de mener sept entretiens auprès de cadres de santé fortement intéressés par la recherche, dont deux étaient engagés dans des travaux liés au PHRIP, pour avoir leur point de vue sur la place de la recherche pour le cadre de santé.

La possibilité d'une recherche par le cadre de santé semble une évidence mais *quid* de la reconnaissance institutionnelle de cette mission ou du niveau de diplômes universitaires, master ou doctorat ? *Quid* également des moyens en temps, en financement ? Un autre point fait problème : les infirmiers ou des cadres chercheurs sont perçus par leurs pairs comme étant devenus des *intellectuels*, alors que les travaux de recherche sont porteurs de progrès pour la profession…

Ce qui est notamment ressorti de mes entretiens, c'est que les nouvelles générations d'étudiants issus du nouveau référentiel de formation infirmière sont très attendues par rapport au développement de la recherche en soins, avec un profil axé sur la réflexivité…

Dans la réalité, cette perspective reste incertaine, car les étudiants n'ont pas encore la maturité professionnelle et personnelle pour se projeter dans la recherche et ne sont pas forcément

[32] Institut de formation en soins infirmiers
[33] PERRAUT SOLIVERES Anne, **Infirmières, le savoir de la nuit**, Paris, PUF, 2001, 291p.
[34] PÉOC'H Nadia, **L'exigence d'un repérage ou comment comprendre la double posture intriquée du praticien et du chercheur**, recherche en soins infirmiers, n°95, ARSI, décembre 2008
[35] ALBARELLO Luc, **Devenir praticien-chercheur, comment concilier la pratique et la recherche sociale ?** Bruxelles, De Boeck, 138p.

enthousiasmés par le travail d'initiation à la recherche qu'est leur mémoire de fin d'études à l'IFSI.

Ce qui est également fortement ressorti de l'analyse c'est que les cadres qui avaient mené des projets de recherche dans leurs unités de soins ont perçu de manière flagrante que les équipes sont parties prenantes, qu'elles se sentent valorisées par ce travail, malgré toute la rigueur que cela demande. Les bénéfices vont jusqu'à la prise en charge du patient, qui permettrait ainsi d'être un moyen d'aider au développement de compétences collectives, ce qui a soulevé en fin de travail de rédaction la question du management des connaissances, de l'organisation apprenante, qui se prolonge avec l'analyse du rapport au savoir des professionnels de santé…

Lorsque l'on est dans une organisation apprenante, l'objectif est que l'ensemble des personnels puissent être en position de continuité de l'apprentissage en situation de travail et qu'ils puissent participer activement à la production de savoir, quel que soit leur niveau d'expérience professionnelle ou scolaire à la base. Ce type d'organisation s'avère être valorisant, pousse à la remise en question, au développement personnel et collectif, participe au bien-être au travail, lutte contre la routine, encourage à produire du travail intellectuel, à créer. Il semble que les médecins hospitaliers ont acquis cette culture de la circulation du savoir à l'hôpital, notamment pour ceux qui exercent à la fois comme cliniciens et enseignants-chercheurs, avec une visibilité très forte par les publications scientifiques et les communications. Les infirmiers et paramédicaux devraient eux-aussi pouvoir arriver à se décomplexer, allier clinique, formation et recherche, et communiquer bien davantage sur leurs pratiques soignantes, et que cela puisse se transmettre aux générations à venir d'étudiants.

Les institutions et leurs directions devraient également se saisir davantage du développement des savoirs et de leur gestion, afin de valoriser les travaux des différents personnels œuvrant auprès des patients.

Les suites de mon mémoire, l'ouverture vers la thèse

Ce mémoire qui m'a habitée pendant cette année de formation en IFCS m'a énormément apporté, notamment dans une meilleure compréhension de ce qu'est la recherche (même si j'ai encore tant de choses à apprendre en la matière…). Il m'a surtout permis d'approfondir mes questionnements, qui ont suscité à leur tour d'autres questionnements, avec l'impression que ça ne finira jamais ! C'est ainsi, que progressivement s'est révélé en moi le désir (enfoui) de poursuivre dans la recherche, d'aller plus loin et de me construire un cursus du master 2 recherche jusqu'au doctorat et au-delà…

Ce désir est d'autant plus fort que le temps imparti pour ce mémoire ne m'a pas permis de d'approfondir toutes les notions mises en évidence mais qui mériteraient largement d'être creusées, telles que la problématique de la reconnaissance par l'institution des travaux de recherche menés par des professionnels paramédicaux, du complexe d'infériorité vis-à-vis des médecins, des universitaires, du malaise par rapport à l'écriture, au travail intellectuel, au sein même des professions infirmière et cadres de santé… L'étude approfondie de la culture soignante paramédicale et notamment infirmière reste donc une toile de fond obligatoire pour la compréhension de ce qui se joue dans le développement difficile, lent, mais malgré tout prometteur de la recherche en soins. Les pays anglo-saxons sont très avance sur cette question et il y a encore un travail de fond à construire en France pour pouvoir arriver à leur niveau.

Et puis c'est là que les choses se sont compliquées, pour le choix de thèmes d'investigation : travailler sur la recherche chez les cadres de santé soulève tant de questionnement par ailleurs, notamment à propos de la formation initiale (infirmière majoritairement), en ajoutant la tendance actuelle du développement des analyses de pratiques professionnelles… Il s'agit également de penser la formation à la recherche pour les cadres, en IFCS et en lien avec l'université…

En termes de sciences humaines je ne me suis aperçue qu'à la fin de mon travail de tous les liens possibles : santé-médecine, sciences de l'éducation, sociologie des professions et des organisations, des institutions, sciences de gestion (organisation apprenante, knowledge management), psychosociologie, philosophie (épistémologie)…

J'ai ainsi pris conscience au fil des mois que j'étais plutôt attirée par la recherche qualitative, plutôt basée sur un versant psycho-social, avec un penchant pour l'analyse de contenu d'entretiens.

A ce moment où je vous parle, je n'ai pas encore définitivement choisi mon cursus, prise par une grande phase d'hésitation car je souhaiterai être dans une approche pluridisciplinaire et systémique autour des sciences humaines en lien avec le monde la santé et du soin. Je n'ai pas encore trouvé mon thème « phare » pour mon master 2 mais si je devais citer des mots-clés cela serait autour de l'organisation apprenante, le rapport au savoir, le rapport à l'autorité (soumission à l'autorité et enjeux de pouvoir mais aussi « s'autoriser » à devenir auteur…).

Ce qui est le plus difficile en ce moment c'est d'être par moment dans l'incertitude la plus complète, de me sentir « seule » par rapport à ce choix, par rapport à la construction de mes objets de recherche… Comment également départager entre les sciences humaines tout en ayant le désir de ne pas s'enfermer dans une seule science : faire un cursus en sciences de l'éducation ? Sociologie ? Sciences de gestion ?

En fin de formation cadre, mon mémoire m'a autorisé en moi-même à m'ouvrir des portes, à me créer des opportunités de rencontres, de collaboration… J'ai pu notamment par la suite adhérer à l'association SHS et je m'aperçois combien la recherche entraîne une démarche d'élaboration non seulement intellectuelle mais aussi d'un point de vue social avec la nécessité de s'entourer de personnes ressources.

En somme, les cadres de santé ont un rôle clé à jouer dans cette évolution vers la recherche et notamment les cadres formateurs qui initient les étudiants en soins paramédicaux à la recherche. Le mémoire de fin d'étude devrait être un véritable tremplin pour entraîner les futurs professionnels à poursuivre leur travail de recherche de manière plus approfondie en master, voire en doctorat. Ainsi, les cadres qui s'initient et s'engagent durablement dans la démarche de recherche seront d'autant plus porteurs pour le développement en amont d'une culture de recherche cruellement insuffisante en France pour les professionnels de santé paramédicaux et seront d'autant plus à même de les accompagner en termes de méthodologie et de soutien dans leurs projets de recherche sur le plan institutionnel.

DISCUSSION

modérée par Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ[36]

J'ai eu la chance de lire le parcours de Dorsafe un peu avant vous, et je le trouve vraiment passionnant. Je la remercie beaucoup parce que c'est vrai que c'est un peu une mise à nu.

De mon côté, mea culpa, j'ai fait de la bibliographie et je me suis aperçue qu'il y avait une recherche infirmière vraiment très importante, que je ne connaissais pas. J'ai trouvé des écrits de Michel Nadot que vous n'avez pas cité. Il y a beaucoup à découvrir de ce côté.

J'ai l'impression que l'on peut faire un parallèle entre la médecine générale et les infirmiers : les médecins généralistes étaient à peu près dans la même situation il y a environ dix ans. Jamais on ne pouvait imaginer qu'un praticien, un médecin généraliste allait pouvoir faire de la recherche. Nous avons peut-être quelques années d'avance, et encore ce n'est pas sûr. Voici quelques pistes que nous avons utilisées et qui ont été pertinentes pendant notre enseignement. Faire de la recherche et la publier permet de valoriser la discipline, de s'ouvrir sur d'autres champs, et quand on parle de politiques de la santé, on parle par exemple la délégation de tâches : donc si la recherche en soins infirmiers est publiée, on ira peut-être plus facilement vers certaines délégations de tâches comme on le fait dans de nombreux pays européens, la Hollande par exemple. Il y a aussi toute la recherche en pédagogie, et là les IFSI sont très en avance sur les facs de médecine : les médecins ont plein de choses à apprendre, donc il faut publier aussi la recherche en pédagogie. Ce sont les ouvertures que j'ai pu voir.

Une chose qui m'a frappée dès les premiers échanges, c'est cette histoire de hiérarchie. Il faudrait discuter de cela : l'interdisciplinarité, mais non hiérarchisée. Je l'ai expérimentée dans mon travail en hospitalisation à domicile, où il y a 90% de soins palliatifs, où tout le monde est « dans le même sac ». De l'aide soignante à la cadre, on travaille et on fait des réunions de synthèse, il n'y a pas de hiérarchie, ce qui est très enrichissant. Cela rejoint le premier travail discuté dans ce séminaire : il ne faut pas que les chercheurs, philosophe ou sociologues se hiérarchisent et disent : « Je vais vous montrer ce qu'on sait faire ou ce qu'il faut faire », c'est ce que vous avez voulu dire par votre refus de vous positionner en experts méthodologiques. S'il y a une chose importante dans notre association, c'est bien de travailler sur la non-hiérarchisation.

Avant de laisser la parole à l'assistance, je tiens à redire à quel point je trouve votre cursus passionnant et si, en tant que cadre formatrice à l'IFSI, vous impulsez cette réflexion, ce sera fantastique.

Un participant : Je me retrouve dans le parcours de Dorsafe Bourkia, pour avoir eu des expériences similaires quelques années auparavant. Parmi la multitude de questions et d'enjeux soulevés par cet exposé, j'aimerais relever deux choses qui me semblent importantes. La

[36] Professeur des universités de médecine générale, coordinatrice du Diplôme d'études spécialisé de médecine générale, Faculté de médecine de Tours.

première c'est qu'il existe de nombreux obstacles à l'émergence de chercheurs en soins infirmiers dans les institutions : la hiérarchie, le non-soutien institutionnel, avoir toujours le nez dans le guidon, l'absence d'argent pour dégager du temps ont été évoqués, mais il y a aussi un obstacle auquel les soignants sont très vite confrontés : c'est la méthodologie. Où trouver de l'aide méthodologique pour avancer dans son objet ? Le deuxième point est comment faire évoluer les mentalités, parce qu'il y a beaucoup d'obstacles qui sont à l'intérieur de notre profession, et pas forcément à l'extérieur. Comment lever ces obstacles-là ? Il y a aussi un élément important qui est la production de connaissance. Comment susciter cette production ? Elle existe déjà à un niveau international. La recherche en soins infirmiers en France est émergente. Et la question que pose Dorsafe Bourkia sur la discipline à aller chercher pour continuer sa recherche l'illustre bien : on se la pose en France, mais pas forcément ailleurs puisqu'il existe une discipline de sciences infirmières. Donc le problème qui se pose pour l'infirmier en France – contrairement à d'autres pays où il existe une discipline de recherche infirmière - est de savoir s'il est un infirmier qui fait de la recherche en sociologie ou un infirmier qui fait de la recherche en soins infirmiers. Et comment va-t-on faire la distinction et avancer sur cette question ? Je propose une piste sur laquelle on pourrait s'engager : définir les objets et les situations de soins. C'est pourquoi je pense qu'on a intérêt à ce que les cadres de santé « marchent dans la combine », mais que les infirmiers et infirmières de terrain ont encore plus d'enjeu à soutenir cette recherche. Les cadres sont engagés plutôt sur la pédagogie et le management mais très peu sur la clinique. Je pense que s'il y a une voie à soutenir, c'est justement celle de la clinique, car c'est celle qui s'enracine le plus dans les situations de soins, où l'on pourrait clarifier notre place de chercheur. Il y a plein d'enjeux derrière tout cela.

Dorsafe Bourkia : L'engagement du cadre de santé dans la recherche ne s'oppose pas à celui des infirmiers, bien au contraire. Les cadres se positionnent comme des facilitateurs pour des recherches menées par des infirmiers de terrain, et les recherches en pédagogie et management ont aussi toute leur place. C'est vrai que les cadres de santé occupent une place particulière dans le fait de gérer des équipes plurielles en milieu hospitalier. Et par rapport à cette gestion d'équipe et dans le travail de formation en soins infirmiers, il y a beaucoup d'enjeux en termes de gestion des ressources humaines. Ce que je trouve intéressant, c'est de pouvoir étudier toutes ces formes d'enjeux, enjeux de pouvoir notamment. Ces trois dimensions de recherche : clinique, management, formation, doivent former un socle et être d'égale importance. Il faut que les cadres de santé puissent aussi se positionner en tant que chercheurs de façon claire et décomplexée, avec légitimité. Mais dans quel cadre ? avec quels moyens ? Au-delà, cela interroge toute la culture scientifique dans le milieu infirmier et paramédical, qui est encore en plein développement, en plein questionnement.

Un autre participant : J'ai trouvé votre exposé très intéressant, effectivement c'était une forme de mise à nu. Mon avis personnel à partir de la façon dont vous avez exposé votre parcours est que vous avez du mal à trouver la bonne discipline parce que quand vous parlez de clinique, de formation, de management, on sent que pour vous la recherche c'est quelque part d'être en recherche par rapport à vous-même… J'ai le sentiment qu'il faudrait que vous ayez peut-être un peu plus de distance par rapport à cette recherche, pour arriver à choisir la voie qui serait la vôtre.

Un autre participant : Je voudrais vous réconforter par rapport aux difficultés que vous exposez. Il a existé un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) pour les paramédicaux avant même qu'il en existe un pour la médecine générale. La raison, c'est que le PHRC était centré sur l'hôpital et a exclu pendant très longtemps les soins de ville, de même que le monde universitaire en général. Je pense que pour faire émerger une discipline, c'est ce que l'on voit en médecine générale, il faut attendre à la fois des évolutions institutionnelles et des personnalités, dont apparemment vous faites partie. Il n'y a pas de secret, on n'est pas reconnu parce qu'on le vaut bien. Il faut se lancer et prendre quelques risques, et l'évolution institutionnelle se fera en parallèle. Alors, pour faire bien les choses, et pour être reconnu, il faut être compétent et donc être bien formé. Mon conseil pour que vous soyez reconnue dans la discipline et à l'international, c'est de bien vous former, faire un bon master de recherche. Les choses suivront leur cours et vous entraînerez d'autres personnes dans votre mouvance. Dans les aspects institutionnels et très structurants, les publications sont un élément essentiel. Il y a d'excellentes revues internationales de soins infirmiers, avec des articles de grande qualité notamment du point de vue méthodologique. A une époque, c'étaient les infirmières qui maîtrisaient le mieux la méthode Delphi. Je crois que c'est un exemple à suivre. Et au-delà des soins infirmiers, il faudrait réfléchir à avoir une revue de sciences humaines qui soit mieux reconnue que l'existant. Reconnue, dans le milieu de la recherche, cela veut notamment dire indexée.

Laurent Marty : Je suis très content de t'avoir entendue car je suis en train de monter une équipe de recherche qualitative qui s'est interrogée sur l'intérêt de rencontrer les infirmières et les cadres. Voilà, la réponse est là. Deuxièmement, je ne suis pas d'accord avec ce qui a été dit sur cette recherche trop personnelle... Ce qu'a dit Dorsafe est intéressant parce que c'est son parcours, et ça rejoint la problématique générale de la réflexivité, sur laquelle toutes les sciences sociales travaillent actuellement. A la limite, c'est ce qui structure et qui est la force de sa réflexion. Je trouve qu'il y a un bon équilibre entre sa recherche et sa réflexion. Elle pose très bien le problème de la contradiction entre la réflexion individuelle du patient, des médecins, des soignants, de tout le monde, et la capacité de nos institutions et de notre culture en général à l'intégrer. Là aussi, on est très en retard par rapport à d'autres cultures dans le monde. Je vous encourage à aller dans ce sens-là. D'autant plus qu'on a des outils maintenant, comme celui de l'« organisation apprenante » qui a été évoquée. Cela fait partie des conceptualisations passionnantes dont on dispose aujourd'hui sur la manière d'approcher les organisations professionnelles, parce que cela intègre tout : l'organisation générale, les missions, l'éthique, le concret, etc. Ce qui est intéressant dans cette intervention, c'est qu'elle montre qu'il y a des outils pour poser tous les problèmes complexes en recherche qualitative. Mon troisième point, c'est ce qui a été évoqué à propos des jeunes : les jeunes qui arrivent peuvent faire cela maintenant. Ce sont peut-être des structures comme Sciences humaines et santé qui doivent aider à mettre en culture ce genre de démarche et à faire entendre ce type de parcours comme étant une recherche honorable dont on a absolument besoin maintenant.

Une participante : Dorsafe à souligné que, dans son parcours, il a été important de se construire une identité et de se positionner par rapport à tous ces mondes. C'est complexe, cela prend beaucoup de temps et d'énergie. Je me suis aussi reconnue mais je ne vais pas parler de moi.

Un participant : J'ai été interpelé récemment par un chercheur en IFSI qui cherchait un enseignant en santé-environnement. Faisant partie du réseau environnement-santé, on a relayé

l'information et trouvé un intervenant. Je tiens à souligner l'importance du réseau. Ma deuxième remarque : j'ai lu dans le manuel « Médecine, santé et sciences humaines » (Les Belles Lettres) un chapitre sur la pensée infirmière. J'ai trouvé intéressant que soit montré le fait que les réflexions ne sont pas du tout les mêmes en Angleterre, avec le travail de Florence Nightingale qui avait tout de suite positionné les infirmières de manière indépendante par rapport aux médecins, avec un corpus qui date du 19ème siècle et une tradition de recherche et d'affirmation de recherche et de légitimité. Ce que je vois avec les diététiciens, c'est qu'il y a une grosse barrière de langue, qui fait qu'on n'a pas accès à cette culture. Peut-être qu'il y a là juste un enjeu de traduction, et c'est ce qu'on est en train de faire dans le cadre d'une association, car il y a une richesse énorme. Cela fait cent ans qu'il y a des choses qui se font en Amérique ou en Angleterre qui méritent d'être importées. Il y a peut-être un parallèle à faire avec la recherche infirmière.

Geneviève Picot : Je suis très heureuse d'avoir entendu cette intervention. Pour moi, la question centrale, c'est : une recherche infirmière est-elle possible ? La grosse difficulté pour la recherche est cette hiérarchie, existant aussi bien entre les médecins que chez les infirmières, y compris entre formateurs et cadres de terrain ou cadres-manageurs. Les cadres formateurs sont moins reconnus et moins valorisés. Il y a tout un travail d'appropriation du côté des cadres formateurs, avec ce lien entre théorie et pratique qu'ils ont commencé à faire. La démarche est là et importante, même s'il faut l'approfondir. Ce que je voulais dire aussi, c'est qu'infirmier et docteur, infirmier et sociologue, infirmier et anthropologue… ça existe, voilà ! Et qui ne sont pas cadres, et qui n'ont pas de reconnaissance institutionnelle. Alors, ils n'ont pas de reconnaissance dans l'institution, mais pas non plus du côté de leurs collègues sociologues, anthropologues. Je me suis présentée auprès de quelqu'un, et après j'ai appris que le souvenir que je lui laissais, c'est que j'étais infirmière. En plus, on a fait référence devant des élèves infirmiers à des écrits que j'avais faits, et ce qu'ils ont retenu, c'est que j'étais infirmière. Donc c'est un peu dommage. Cette difficulté, c'est à la fois parmi les universitaires, qui ont eu un parcours long, et dans l'institution, chez les infirmières, qui ont un parcours court.… Mais aussi comment faire de la recherche quand on a un parcours court ? Alors que ce qui différencie infirmières et médecins, ou infirmières et universitaires, c'est la durée de leur parcours. On veut accéder à un parcours long. Mais la difficulté est qu'on est entre plusieurs mondes : entre infirmiers et sociologues, entre professionnels et universitaires. On est au cœur de l'interdisciplinarité, on vit la difficulté quotidiennement.

Une participante : J'ai trouvé l'exposé intéressant et authentique. Je pense qu'il y a un réel besoin d'authenticité dans la science. Et le fait d'apporter ici une interrogation sur vos aspirations, votre parcours, ça interroge et ça donne des explications sur la réflexivité, qui est absolument nécessaire. Le parcours individuel qui est le vôtre peut être une forme de production de connaissance à la fois sur le sujet et sur la société. Ça apporte des éléments de psychologie sur celui qui raconte, mais aussi sur sa situation sociale, sur les hiérarchies à l'hôpital, les hiérarchies entre professions, etc. L'histoire de vie est une méthodologie de recherche. Ça m'a touchée personnellement, puisque je me reconnais dans ce parcours de professionnelle et de scientifique. Je pense qu'il reste un combat à mener pour permettre la coexistence de parcours de professionnels qui sont en même temps chercheurs.

Isabelle Bourgeois : Je souhaiterais intervenir sur des questions identitaires. Je voudrais répondre à Geneviève Picot, parce que moi je vous connaissais de nom. Pour moi vous étiez

sociologue et je ne savais pas que vous étiez infirmière ! Et pourquoi ? Je pense que c'est lié à la visibilité apportée par les publications et par les interventions en séminaire.

Anne-Marie Lehr-Drylewicz : En guise de conclusion, je pense qu'il faut des sages-femmes qui font de la recherche, des kinés qui font de la recherche, des travailleurs sociaux et, comme on avait dit des patients… et des cadres administratifs. Et puis il faut aussi des jeunes, parce que j'ai appris plein de choses. Pour Dorsafe, il faudra que tu choisisses entre la recherche en soins, la recherche en management et la recherche en pédagogie. Ce sont les aînés qui te le disent : on ne peut pas faire les trois.

La salle : Pourquoi pas ? Il faut rester un peu gourmand !

Anne-Marie Lehr-Drielewicz : Une autre idée à transposer peut-être aux sciences infirmières : en médecine générale, il a été très intéressant de faire un référentiel métier car cela permet de faire évoluer les représentations. Pour les jeunes étudiants en médecine, la médecine générale c'est de la « bobologie », on soigne des rhumes… Les infirmières, pour leur part, font des piqûres. Donc la première chose, c'est finalement de montrer ce que vous faites : il y a des infirmières anesthésistes, des infirmières qui font de l'éducation thérapeutique, il y a plein de choses… Voilà plein d'ouvertures.

RECHERCHE QUALITATIVE « CORSAC[37] » : LES DIFFERENTES APPROCHES DU CANCER ENTRE SOCIO-ANTHROPOLOGUES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTE

par Anne VEGA et Guillaume COINDARD[38]

Anne Vega : Notre histoire est partie d'une rencontre entre Guillaume et moi au Congrès national de médecine générale de Nice. On avait des intérêts communs pour répondre à un appel d'offres de l'INCa[39]. Donc Guillaume, médecin généraliste, a envisagé de faire un DEA en sociologie sur les médecins en oncologie. Quant à moi j'avais déjà commencé à travailler avec ou sur des médecins généralistes[40]. J'avais également mené deux études sur le cancer : d'une part des analyses d'entretiens de soignants et de soignés dans un centre de lutte contre le cancer[41], avec l'ambition de croiser des analyses d'anthropologues et de psychologues. Ce qui était intéressant, c'était d'avoir à la fois des psychologues de terrain qui travaillaient dans la structure qu'on étudiait et des institutionnels universitaires qui étaient porteurs du projet. D'autre part j'avais réalisé une autre petite étude, une post-enquête sur le dépistage du cancer du col de l'utérus avec un médecin généraliste[42]. Là, c'était une commande de médecins généralistes et nous avions réussi à obtenir de faire des entretiens, certes, avec des médecins généralistes et des gynécologues, mais aussi avec des patients. A la suite à ces deux recherches, j'avais des frustrations importantes car, finalement, le croisement des regards ne s'était pas réellement fait. Quand il a fallut rendre les rapports, les analyses sont venues surtout des chercheurs en sciences humaines, parce que les médecins et les psychologues de terrain avaient été complètement pris par leur travail de soignants, d'où un retard important dans leurs rendus. Nous avons eu aussi des difficultés entre nous, entre disciplines des sciences humaines : les résultats des anthropologues n'ont pas été compris par les psychologues et vice versa. Donc, au vu de cette expérience, Guillaume et moi avons beaucoup travaillé pour produire un texte à peu près

[37] Projet interdisciplinaire regroupant anthropologues, médecins, psychologues et sociologues (la Coordination des soins ambulatoires durant la phase thérapeutique initiale du cancer).
[38] Anthropologue, chercheur au Sophiapol-Lasco (université Paris-Ouest) ; Médecin généraliste, chef de clinique en médecine générale (faculté de médecine Paris-Sud).
[39] Institut national du cancer.
[40] ***Sociologie Santé***, « Les logiques des réseaux informels en médecine générale : la nécessaire personnalisation des métiers du soin » (co-écrit avec M. Lustman), 27, 3, décembre 2007, 18p. ***Médecine,*** Prescription de médicament en médecine générale, vol 8, n°4 et n°5, 2012. ***Sciences Sociales et Santé***, « Positivisme et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français », 30-3, 2012, 15p.
[41] ***Psycho-oncologie,*** Le "moral" en cancérologie : stratégies et discours soignants dans l'accompagnement des malades (collectif), septembre 2009, vol3, n°3, 6 p. ***Anthropologie et sociétés,*** " Scientific rationality meeting individual beliefs : coping strategies of caregivers to serious illness " (co-écrit avec F. Soum-Pouyalet), 34-3, 2010, 18p. ***Anthropologie et santé,*** « La mort, l'oubli et les plaisirs : les cheminements des patientes dans le cancer du sein », 4, 2012 (*en ligne*).
[42] ***Médecine***, « Cancer du col de l'utérus, regards croisés sur le dépistage » (collectif), 2009, vol 5, n°3, 3 p.

interdisciplinaire. Je dis bien « à peu près », en tout cas suffisamment pour obtenir les financements de l'INCa. Nous avons eu ce financement et une équipe a été constituée. Elle comprenait, outre nous deux, à nouveau une psychologue de terrain et deux futurs anthropologues alors à l'Université Paris Ouest (parce que le projet est actuellement dirigé par un directeur de laboratoire qui est professeur de socio-anthropologie et qui cherche à développer un pôle santé dans son laboratoire).

J'en arrive maintenant aux difficultés que nous avons rencontrées. Au fur et à mesure de l'écriture du projet et peut-être d'emblée, lors des premières réunions entre les équipes de recherche et de soins, on s'est aperçu qu'on n'avait pas du tout le même regard sur le cancer. Nous, les socio-anthropologues, nous avons buté d'emblée sur le vocabulaire médical. Et au de-là, sur certaines logiques qui étaient évidentes pour Guillaume, notamment le choix du nombre de patients enquêtés, des étiologies, des traitements. Bref, comme on l'a déjà souligné ici, il y a eu tout un travail d'explication et de traduction à faire. Il nous était également difficile de comprendre ce que nous racontaient des patients, avant de nous apercevoir en lisant la littérature qu'ils pouvaient eux aussi buter sur le vocabulaire médical. J'avais déjà rencontré ce problème en médecine générale, avec des médecins généralistes qui n'ont pas toujours conscience de cette nécessité de traduction du langage médical-; ou qui en ont conscience, mais cette traduction leur demande vraiment un effort et du temps, donc elle est faite plus ou moins. Il y a eu aussi l'inverse, je pense que Guillaume va en parler. Les premiers textes que j'ai écrits auraient parfois été difficiles à comprendre pour lui ; a fortiori pour l'équipe médicale derrière lui.

C'était la première difficulté. La deuxième, c'était que les patients, comme nous, les socio-anthropologues, ne connaissaient pas forcément les modalités de leur prise en charge à venir, c'est-à-dire l'organisation et la coordination des soins, notamment à l'hôpital de jour. Et troisième difficulté : nous avions pris du retard dans le recrutement de certains patients. Cela, les socio-anthropologues l'ont tout de suite fait remarquer – enfin, pas tout de suite, cela a mis du temps, car une certaine opacité existe dans le recrutement des patients en centre de lutte contre le cancer par rapport aux autres établissements. On pourra développer après tous ces points-là. Les échanges qui continuent avec Guillaume et avec les médecins qui recrutent les patients, notamment à l'hôpital de jour, nous ont permis au bout d'un an de mettre le doigt sur plusieurs caractéristiques générales du système de santé en France, au-delà du cancer. A la suite de ces échanges nous avons aussi fait des découvertes dont les médecins n'étaient pas forcément conscients.

Une autre difficulté forte, c'est que nous avons dû à nouveau faire face au manque de disponibilité du chercheur-soignant de terrain. Il est clair que les professionnels de santé qui continuent leur propre activité, qu'ils soient médecins, psychologues ou infirmiers, n'ont guère le temps de lire, de répondre aux mails, etc. On a aussi scrupule à leur téléphoner, parce qu'on sait qu'ils sont auprès de patients. Ils sont encore moins disponibles s'ils sont engagés dans des cursus de sciences humaines, de master ou de doctorat. C'est caractéristique à mon sens dans ce type de recherche. Alors, par rapport à ces deux difficultés, il y a des stratégies possibles qu'on a expérimentées et qu'on continue d'expérimenter. Pour commencer, il faut absolument dans les équipes un chercheur à temps plein, qui sache lui-même qu'il va se trouver parfois (et même souvent) seul, au moins à certaines étapes de la recherche à cause des indisponibilités de soignants ou autres, même s'il a lui aussi d'autres engagements, que ce soit enseignement,

colloques, publications ou autres. Le rôle de ce chercheur est beaucoup de rappeler les échéances, d'être le maître du temps et de l'organisation. C'est peut-être lui aussi qui va pouvoir le plus travailler sur la bibliographie (avec des limites quand même, car moi, par exemple, je ne peux pas lire à la place des médecins des travaux médicaux, ou ceux de psychologues. Ces répartitions de tâches en fonction des différences de disponibilité s'imposent absolument, sinon on aboutit des crises importantes au sein des équipes. Ainsi, Guillaume s'est chargé de tous les rapports avec les médecins et, en plus, de tout ce qui était administration, budget, autorisation de la CNIL[43] etc., qui forme aussi une grosse partie du travail.

En parlant avec les autres médecins, nous avons choisi de nous fixer à l'avance des rendez-vous téléphoniques. Par exemple quand Guillaume a une petite disponibilité, donc plutôt le jeudi (rires de l'assistance) il me passe un coup de téléphone. On est obligé de choisir des priorités, parce que, même à ce moment-là, le temps est limité. Donc je dois également sans arrêt prioriser pour répondre à ceci et cela. Je fais aussi très attention à garder des traces écrites de tous nos échanges. De même dans les réunions d'équipe, qui sont souvent très riches. Dans la phase de début d'analyse, à laquelle nous allons bientôt arriver, on va en revanche multiplier les réunions entre nous pour faire des analyses croisées, étant entendu que nous avons fait un travail préalable sur les regards et les centres d'intérêt des uns et des autres. Le guide d'entretien que nous avions préconstruit tous les deux dans l'appel d'offres a été discuté et réajusté par le reste de l'équipe, dont notamment la psychologue, pour que tout le monde se retrouve bien dans ce document et se l'approprie. Ensuite Guillaume a écrit un glossaire médical du cancer (qui, je le cite, est conçu « pour les nuls ») où figurent les notions de base absolument nécessaires. Il nous explique aussi régulièrement les logiques médicales, ce qui n'est pas rien pour nos analyses. De mon côté, j'ai dressé un état de la littérature en sciences humaines, en incluant un certain nombre d'articles déjà lus et commentés par lui en tant que médecin. Je l'ai fait le plus lisible que j'ai pu pour qu'il soit accessible aux chercheurs qui ne connaissent par forcément le champ de cancer, comme la psychologue. Ce document de travail devrait permettre de structurer nos analyses à venir ou au moins d'aller puiser dans des choses qui ont déjà été écrites. J'essaie de l'enrichir au fur et à mesure en incluant, quand c'est clair pour moi, des comptes rendus de l'équipe parce que chacun a petit à petit fait des commentaires et des résumés de fiches de lecture. On avance comme ça progressivement. La dernière chose importante c'est qu'on n'a pas eu et qu'on n'aura pas au final, de toute façon, les mêmes approches de l'entretien. Je pense que le tout est d'en être conscient. Donc, pour mieux connaître ces différences qu'on peut avoir dans l'entretien, face aux enquêtés, on a travaillé systématiquement en binômes dans les premiers entretiens réalisés. Cela nous a permis d'apprendre à nous connaître, et surtout de nous expliquer nos approches respectives et d'enrichir nos méthodes de recueil de données. Par exemple, je vais enfoncer une porte ouverte, on s'est rapidement rendu compte qu'il y avait une implication émotionnelle, voire personnelle qui était beaucoup plus développée par des socio-anthropologues, notamment par des anthropologues, par rapport au médecin généraliste. Des anthropologues qui ont éprouvé le besoin d'observations en hôpital de jour, là où les patients se rendent pour leur cure de chimiothérapie, pour mieux comprendre la logique de ces patients. Avec, du côté des socio-anthropologues, moins de jugements sur les patients après les entretiens – mais c'est notre formation. Et, au contraire, des approches beaucoup plus critiques sur l'organisation, l'accueil, les rapports de pouvoir, les inégalités sociales etc.

[43] Commission nationale de l'informatique et des libertés

Après discussion, nous avons ouvert davantage le recrutement des patients pour avoir des profils plus variés (c'est, là encore, une logique d'approche socio-anthropologique "qualitative") et ne pas nous en tenir à des données épidémiologiques. Mais clairement, et là, Guillaume, tu pourras développer davantage, le fait d'avoir un médecin dans l'équipe a favorisé le financement et l'entrée dans les centres de lutte contre le cancer. Cette étude confirme l'importance des réseaux de connaissances à la fois pour le recrutement des patients et pour travailler en milieu institutionnel. On a tous été plus ou moins confrontés à cela dans des milieux assez fermés ou prestigieux comme les centres de lutte contre le cancer. Il est clair qu'avoir une entrée par un médecin… Dans certains appels d'offres aussi, il est clair qu'avoir un médecin, même médecin généraliste, fait qu'on peut… *(rires de l'assistance)*. Voilà, j'ai dit l'essentiel de ce que je voulais dire.

Guillaume Coindard : Pour préciser la méthode de notre projet, parce qu'on va revenir dessus après, il s'agissait de faire des entretiens avec quatre-vingt patients, une vingtaine par type de cancer. Pour des raisons épidémiologiques, nous avions choisi d'analyser le parcours de soins de patients atteint des quatre cancers les plus fréquents *(Intervention d'Anne Vega : Ça, c'était toi !).* Une vingtaine de patients par cancer et donc un total d'environ quatre-vingts, c'était notre objectif. Une des grandes difficultés sur lesquelles nous avons buté en montant ce projet, était la méthode de recherche qualitative. Cette recherche est très peu et très mal connue dans le milieu médical, même si on en a parlé ce matin à propos du séminaire. Ça commence à venir mais il y a encore énormément de méconnaissance. Nous avions choisi de travailler sur deux centres de lutte contre le cancer. Un dans lequel un de mes amis de fac est oncologue, donc les portes étaient largement ouvertes : on n'a pas eu de problèmes de recrutement de patients dans ce centre-là. Dans l'autre, je n'avais pas de connaissance ; je me suis donc mis en relation avec les responsables de l'hôpital de jour. Cela a été compliqué, bien que je sois médecin… probablement parce que j'étais médecin généraliste.

J'ai présenté le projet, nous souhaitions un recrutement de quatre-vingts patients et il y en avait cinquante ou soixante dans ce centre, qui devait être le principal en région parisienne. Très rapidement j'ai reçu un mail que je ne résiste pas au plaisir de vous lire, d'un des responsables de son hôpital de jour : « *Cher Monsieur,…* » (« Cher Monsieur…» Déjà, j'avais écrit « Chère consœur », mais voilà…). Donc « *Cher Monsieur*, *nous avons discuté de votre projet au département. Ce qui se dégage de la discussion est que l'étude ne peut être menée en l'état, essentiellement pour un défaut de méthodologie. Quels sont les critères de choix des populations, du nombre de patients ? Y a-t-il une collaboration avec un service de statistiques ? Quelles sont les questions posées ? Va-t-on y répondre sur cette population limitée ? L'impact de l'effet de centre* (bon, ça je ne l'avais pas vu, mais effectivement s'il n'y a que deux centres c'est un argument que l'on peut recevoir) *et l'absence de validation du questionnaire* (qui est en fait le guide d'entretien)… *Nous sommes souvent sollicités pour des études de ce type, avec absence de conclusion possible compte tenu de ces problèmes méthodologiques* – etc. Donc il a fallu batailler pour se faire comprendre. Visiblement il y avait une méconnaissance totale de ce qu'était la recherche qualitative. Effectivement pour des médecins qui ont l'habitude de travailler en recherche clinique, un échantillon de quatre-vingts patients, c'est très faible. Peu de temps après, j'ai eu l'occasion de participer à une réunion dans ma fac où quelques grands professeurs de ce centre de lutte contre le cancer étaient présents. Je suis allé voir l'un d'entre eux pour essayer de faire un peu bouger les lignes, voir si je pouvais essayer d'approcher l'hôpital de jour

avec un appui supplémentaire. Je commence donc à parler de recherche qualitative etc., et la personne m'a un peu fait comprendre que, voilà, ce n'était pas… qu'elle ne pouvait pas vraiment m'aider. Tout en me disant « *C'est très important de travailler sur la qualité des soins, bravo* ». Voilà, recherche qualitative égale qualité des soins !

Finalement la situation s'est débloquée : plutôt que d'envoyer des mails, j'ai demandé un entretien avec l'un des responsables de l'hôpital de jour, on discuté et finalement ça s'est bien passé. On s'est présentés au staff du département de médecine de ce centre de lutte contre le cancer où étaient présents une trentaine d'oncologues. De mémoire, trois ou quatre seulement connaissaient la recherche qualitative. Il y a eu un bon écho, ça leur a semblé intéressant et finalement ils nous ont ouvert les portes de leur hôpital de jour. Mais voilà beaucoup de problèmes au départ. Et pour un non-médecin, je pense que ce serait encore plus compliqué.

Ensuite, il y a ce qui concerne la valorisation de nos travaux, donc la publication. En recherche qualitative, la publication aussi est un problème. On a eu plusieurs fois l'occasion d'en parler au GROUMF[44]. D'ailleurs le premier article qu'on a rédigé cet été a été refusé. C'était un article qui se proposait justement de présenter la méthode de notre projet, à la fois qualitative et pluridisciplinaire, et ses apports en oncologie. Même si de plus en plus d'articles sortent en recherche qualitative sur l'oncologie médicale (il y en a beaucoup en particulier sur les infirmières), dans les soins médicaux cela reste encore un peu marginal. Il nous semblait donc intéressant d'exposer ce que la recherche qualitative peut apporter à l'oncologie. Pour l'instant, nous avons essuyé un refus de la principale revue de cancérologie française. C'est un peu inquiétant mais on va rebondir je pense. La deuxième difficulté…

Anne Véga : On a quand même fait tout un travail de traduction, tu y as passé beaucoup de temps pour les médecins. Et même pour ton ami, pour bien lui expliquer la démarche, ça a pris du temps.

Guillaume Coindard : Oui, ça a pris beaucoup de temps, comme quand tu as rédigé cette première synthèse sur la littérature, la méthode etc., qui faisait quarante-cinq pages.

Anne Véga : Apprendre à faire des choses plus courtes en sciences humaines est un exercice extrêmement difficile, que ce soit d'ailleurs à l'oral ou à l'écrit.

Guillaume Coindard : C'est un autre obstacle énorme dans la conception même, et dans la "socialisation" de là où on vient. Quand on est médecin, on n'a pas l'habitude de lire des livres ou de participer à des colloques. On a l'habitude de s'en tenir aux articles de revues, qui font entre trois et dix pages quand ce sont des gros articles.

Anne Véga : Le pire c'est que je suis au courant… Si on veut vraiment divulguer des résultats de recherches aux médecins généralistes, il faut faire très court, très synthétique, à l'oral comme à l'écrit. J'essaie, via la revue Médecine, qui une revue indépendante, assez ouverte aux sciences humaines, de faire des fiches de lecture d'ouvrages de sciences humaines parce que je sais que beaucoup de médecins ne vont pas avoir le temps de lire. Elles font deux pages et, malgré tout, là, j'en ai quand même fait quarante-cinq. Il faut sans arrêt être dans une logique différente.

[44] GROUpe Universitaire de recherche qualitative médicale francophone, association créée en 2007 par des médecins généralistes issus du milieu académique de la médecine générale. Il a pour vocation de promouvoir la recherche qualitative (formation, amélioration, publication).

Guillaume Coindard : Au-delà de la longueur, le contenu aussi était difficilement compréhensible pour un non-initié, pour un non-socialisé aux sciences humaines.

Anne Véga : Il y a donc eu un traducteur entre les deux : toi.

Guillaume Coindard : J'ai essayé de le faire, C'était l'objet de cet article qu'on a essayé – et qu'on essaie encore – de publier. Je travaille à mon cabinet entre trois jours et demi et quatre jours par semaine. Donc il y a une journée par semaine où je suis disponible. Le reste du temps je peux envoyer des mails mais tous les généralistes enseignants sont dans cette situation : c'est très compliqué de jongler avec son activité clinique, qui peut d'ailleurs se ressentir du sujet sur lequel on travaille. C'est vrai que j'avais un autre regard sur les patients que je prends en charge pour leur cancer et j'en ai beaucoup plus en ce moment. Je ne sais pas pour quelle raison, c'est assez curieux : j'en ai beaucoup plus que je ne devrais. Je ne sais pas pourquoi.

Intervention : C'est une étude à faire.

Guillaume Coindard : C'est une étude à faire ? Je ne sais pas.

Intervention : Ils le sentent.

Guillaume Coindard : En tout cas, sur la possibilité de lire les ouvrages de sociologie, ce qui est quand même une base très importante quand on se lance dans cette communication entre médecine et sciences humaines, on est obligé de passer par les grands ouvrages de sociologie. C'est compliqué de les lire : d'abord on n'a pas le temps quand on fait autre chose, et puis il y a un mode de pensée qui est extrêmement différent. On a en a déjà parlé ici et je pense que ça reviendra largement. Tous les soignants, pas seulement les médecins, mais les infirmiers, les psychologues cliniciens etc., en souffrent, à cause d'un mode de pensée hiérarchique. Ce mode de pensée s'explique très simplement : face à un symptôme, on a une hiérarchie pour diagnostiquer ce qui est fréquent, ce qui est grave. Pour traiter, on a des médicaments et, effectivement, dans certaines indications on sait que la médecine allopathique fonctionne mieux que les médecines alternatives et complémentaires. Alors que le chercheur en sciences humaines a une vision a priori neutre.

Anne Véga : Oui, plus globale.

Guillaume Coindard : Il n'y a pas de hiérarchisation entre ce qui peut marcher plus ou moins. En tout cas, tout est écouté, entendu avec la même bienveillance.

Anne Véga : On cherche le point de vue de l'enquêté.

Guillaume Coindard : Le médecin, lui, va avoir une interprétation, même s'il n'en fait pas part ; il va avoir un jugement. Il faut essayer de se débarrasser de cela mais c'est évidemment compliqué. Quand on essaie d'être à la frontière entre les deux qualifications (on en a parlé aussi ce matin), on est considéré comme des extraterrestres, des vilains petits canards, tout ce qu'on veut, parce qu'on n'est plus d'un côté et pas non plus de l'autre. Il y a une identité nouvelle à trouver entre médecine, sciences humaines. On n'est plus reconnu d'un côté mais pas non de l'autre parce qu'on n'est pas issu de ce monde-là. On arrive donc aux difficultés de compréhension : comment peut-on communiquer une fois qu'on a repéré ces difficultés ?

Anne Véga : Peut-être peux-tu, juste avant, revenir sur les différences de regard sur le cancer ?

Guillaume Coindard : J'y viendrai. Voici comment on a réussi à se comprendre entre le soignant qui a le nez dans le guidon et le chercheur en sciences humaines qui essaie de prendre de la hauteur sur les choses. Non, mais c'est ça… ! De la distance, de la hauteur, du recul.

Anne Véga : Mais attention, on ne peut prendre de la distance qu'après s'être impliqué très fort. Du moins je parle des anthropologues : sur le terrain, il ne peut y avoir de distance que s'il y a eu une implication très forte.

Guillaume Coindard : En fait, ce sont deux parcours qui se croisent.

Anne Véga : C'est dans l'autre sens quoi.

Guillaume Coindard : C'est l'inductif et le déductif qui, quelque part, à un moment, se croisent. Donc nous avions un problème de terminologie. Tout simplement, on ne se comprenait pas, on y a mis énormément de temps – d'où le glossaire. Voici deux exemples :

- la trajectoire de soins : pour le soignant, c'est une question très pragmatique. A qui envoie-t-on le patient ? C'est le problème de l'adressage. Et on l'envoie comment ? C'est-à-dire (là, c'est vraiment le médecin qui parle), est-ce qu'on fait un bon de transport ? Si oui, en ambulance ou en taxi ? Voilà, ce sont des questions très concrètes. Pour le chercheur en sciences humaines, ça va être la multiplicité des intervenants et leurs impacts dans la vie du patient ;
- le cancer : pour un médecin, ce sont d'abord des modifications cellulaires, tissulaires. Une biochimie cellulaire qui va être compliquée, sur laquelle des médicaments vont pouvoir agir. Pour le chercheur en sciences humaines, c'est une rupture biographique, un rapport au corps, une certaine symbolique des soins, etc.

Anne Véga : Une rupture de vie.

Guillaume Coindard : Comment arriver à faire se comprendre ces mondes-là ? On en a beaucoup rigolé, mais ça n'a pas été simple. Ce sont deux exemples parmi d'autres mais effectivement quand on s'intéresse au cancer, qui est en plus une pathologie complexe, il y a énormément de termes sur lesquels on bute et on butera encore, je pense, dans la phase d'analyse. En résumé et en image : comment faire communiquer un soignant qu'on peut considérer comme un cycliste qui monte le mont Ventoux le nez dans le guidon, avec un chercheur en sciences humaines…

Anne Véga : …qui est aussi en train de monter avec sa bicyclette….

Guillaume Coindard : C'est un oiseau, c'est un albatros ! *(rires)*

Anne Véga : Non, on rame, tu ne peux pas savoir, dans la recherche.

Guillaume Coindard : On rame tous les deux, entre la logique soignante qui a pour finalité l'amélioration des soins et la logique socio-anthropologique qui a comme finalité la compréhension. L'enjeu est aboutir à une meilleure compréhension des soins et, finalement, à leur amélioration. Ça pose la question de comment communiquer aux soignants les recherches qu'on est en train de mener, donc ça suppose la critique et à l'acceptation de la critique de la part du monde médical, et du monde soignant en général. Probablement plus du monde médical, d'ailleurs.

A ce propos, je ne résiste pas non plus à vous faire part d'une expérience que j'avais eue durant ma première année de clinicat, dans ma fac où, en début d'année, un séminaire est organisé pour exposer le fonctionnement de l'hôpital. J'étais le seul médecin généraliste chef de clinique, tous les autres étaient des spécialistes d'organes. On était une cinquantaine de chefs de clinique nouvellement nommés. Donc les grands professeurs de la fac nous font un petit laïus et à deux reprises on nous a dit textuellement que nous étions des dieux. Des dieux, voilà. Comment Dieu peut-il être critiqué ? Je vous pose la question. Moi j'ai ouvert des yeux comme ça, je me retourne pour voir ce que les autres ont à en dire. Il y en a un qui croise mon regard et il me fait comme ça (un clin d'œil). On ne doit pas avoir le même moule, c'est pas grave. C'était en gros : vous êtes chef de clinique, vous êtes l'élite de la médecine, vous êtes des dieux. Textuellement.

Anne Véga : D'où, après, la difficulté à recevoir des critiques, qu'elles viennent du patient ou des proches du patient.

Guillaume Coindard : Ce n'est pas possible. Dans mon travail de master 2 que je soutiens à la fin du mois (sur la formation des oncologues médicaux, en particulier leur formation à la coordination des soins ambulatoires, le lien qu'ils peuvent avoir dans leur formation avec les autres intervenants), il y a aussi de grosses résistances parce que je leur offre la critique de leur formation. Même venant d'un médecin, mais qui plus est médecin généraliste, c'est extrêmement difficile à entendre pour un oncologue. Voilà, cela a été ouvertement dit… mais il y a un enjeu vraiment important dans cette communication destinée aux soignants. Je finirai là-dessus.

DISCUSSION

modérée par Isabelle BOURGEOIS[45]

Ce qui m'a plu dans votre expérience, c'est ce que vous aviez dit lors de la préparation du séminaire. Guillaume voyait dans le mot « cancer » une cellule et Anne une maladie, une trajectoire, une rupture biographique. Mon intérêt par rapport à votre présentation c'est : comment on s'adapte ? Je retiens deux choses : est-ce qu'il suffit pour les sciences humaines d'être plus synthétique pour se faire mieux comprendre ? Est-ce qu'il y a autre chose ?

Sur la posture de praticien par rapport à celle de chercheur, il y aussi des choses à dire : toi, Guillaume, tu t'es transformé en chercheur. Tu as mis entre parenthèses ta posture soignante de hiérarchisation des symptômes. Vous, praticiens, vous vous coupez en deux et j'ai l'impression que ce n'est pas impossible, non ? En tout cas vous êtes obligés de passer par là. Mais je suis optimiste. Ce travail, cette recherche, fait qu'aujourd'hui tu marches sur un pied de plus, celui du chercheur.

Derrière cela il y a toute la question de la construction identitaire. Existe-t-il un moyen de raccourcir et faciliter le processus de transformation identitaire : publier vos expériences bien sûr (cf. la présentation de Dorsafe Bourkia). Je pense que, oui, on peut accompagner ce processus, que vous partagiez plus, qu'on organise des choses, que le parcours soit plus facile, moins solitaire, moins douloureux. J'ai vécu un peu la même chose en passant d'une posture de chercheur à celle de praticien en sociologie. J'aurai eu besoin d'avoir des gens avec qui partager. J'en ai trouvé, mais une partie s'est faite un peu seule.

Est-ce qu'il ne faut pas penser le passage incontournable par la formation aux SH ? Les SH peuvent s'adapter, très bien. On peut écrire des synthèses, des glossaires. On peut créer un langage commun. On voit bien avec le dispositif pédagogique mis en œuvre auprès de cadres de santé qu'on prend le temps de former à la recherche qualitative – et pas uniquement avec des techniques mais avec un bagage conceptuel derrière. Quand on arrive à prendre le temps de se former et lire, on arrive à avancer : il y a à la fois l'expérience pratique de la recherche et le fait de se forcer à lire dans le texte, se colleter avec les auteurs. Cela ne me parait pas impossible, ni si difficile.

Anne Véga : Notre synthèse était faite pour donner des résultats d'études à des soignants. Ou mettre au courant les médecins recruteurs. Ne pas leur balancer le gros truc. Mais certains ont lu les 45 pages !

Guillaume Coindard: il y a une formation indispensable qui est l'apprentissage des concepts. Il y a des concepts qu'on n'apprend pas en médecine, et qui pourtant sont indispensables. J'ai

[45] Isabelle Bourgeois, docteur en sociologie, consultante en santé publique.

l'impression que la sociologie et l'anthropologie fonctionnent beaucoup par concepts. C'est un problème pour y entrer, en tout cas…

Intervenant 1 : C'est pareil du coté des SH. Dans le métier d'anthropologue, sociologue, on produit du savoir. On est un peu prophète et un peu devin. J'ai mis quelques années à travailler avec des professionnels en descendant de mon piédestal. Ce n'est pas donné. Chez les médecins c'est un gros travail aussi. Ma question c'est autour des histoires de traduction : on produit autre chose. On arrive à quelque chose qui n'est pas du savoir biomédical, pas du savoir de sciences humaines ; c'est entre les deux. Moi je trouve ça passionnant de travailler avec des médecins parce que, régulièrement, ils vous disent : « Bon, tu reviens un petit peu vers nous ? » C'est bien, on gagne un peu de pratique, de concret, et ça permet très souvent de débloquer les choses. Et ça marche en sens inverse, je leur apporte un peu de distance. Ça fait quatre ou cinq ans que je travaille avec eux, on a appris à travailler ensemble et c'est un vrai plaisir. D'ailleurs on sent entre vous que vous avez trouvé une espèce de musique, je trouve ça vraiment sympa. Ce n'est pas désagréable d'arriver à s'entendre comme ça.

Cela me fait penser à la biosocialité : du concept de médicalisation de la société on passe au concept d'une société dans laquelle il y a la science et on fait avec. La biosocialité, c'est une société qui fonctionne sur la rencontre entre l'humain et les sciences. Les américains travaillent dessus. Les questions que vous vous posez ne sont pas des problèmes de parcours, c'est le cœur du problème. C'est ça qui structure les relations entre la science et l'humain, cette adaptation entre les deux approches. Les petits problèmes d'adaptation prennent une autre envergure et ils vont vers quelque chose. Il faut l'avoir en tête.

Intervenant 2 : Quand vous dites qu'il faut que les médecins lisent et connaissent les concepts, j'ai une fille qui fait de la recherche. Elle fait des biomathématiques avec des intégrales, je n'y comprends rien. Elle travaille sur le HIV, elle est allée suivre des cours d'immunologie. Je suis allée écouter des sociologues moi aussi. Finalement vous, les SH, quand vous allez travailler sur le cancer vous lisez des choses sur la pathologie. Je ne vois pas pourquoi les médecins ne se coltineraient pas les concepts. Il faut commencer, et après c'est passionnant, une fois qu'on est dedans.

Isabelle Bourgeois : Et dans les départements de médecine générale, il n'y a pas moyen de prévoir ça ?

Intervenant 2 : Si, on le fait tout le temps. Ils adorent ça. Quand on les fait travailler sur la thèse, je leur dis que des entretiens semi-structurés, ils en font tout le temps *(débat, brouhaha).* Si ! Tu gardes ton empathie, tu ne dois pas fournir les réponses. Je trouve que c'est un exercice très similaire.

Intervenant 3 : Ce n'est pas la même chose. C'est une question de réflexivité. Il n'y pas d'initiation à ce positionnement dans les études médicales. Dans les sciences humaines et sociales, les chercheurs sont tout le temps amenés à se mettre en question.

Béatrice Fermon : il y aussi la question de la proximité avec l'objet de la recherche. Nous, en SH, on n'est pas proches de l'objet central de la recherche. On est extérieur. Vous, vous êtes au cœur.

Anne Véga : Quand je démarre une étude sur les professions de santé, je vais dans les colloques professionnels. Je commence par m'habituer à certaines choses. Ça m'aide parfois plus que de connaître des termes médicaux, même si je dois en passer par là. L'anthropologue s'intéresse beaucoup aux centres d'intérêts du groupe professionnel.

Intervenant 4 : Je suis tombé sur un article dans le BMJ : « Vous n'êtes pas médecin », qui me fait penser à ce que vous dites. C'est un éthicien ; ce qu'il pensait pouvoir apporter en tant qu'éthicien a été balayé par les médecins, rien que par le fait qu'il n'est pas médecin.

Joëlle Kivits : J'ai été sollicitée pour enseigner la recherche qualitative. Après l'enthousiasme du début, je me suis rendue compte qu'il y avait surtout de l'intérêt pour l'outil, les techniques, et tout le reste est mis de coté. Le premier public attentif ce sont les MG en exercice qui se posent certaines questions : en amont de la recherche qualitative c'est : quoi, pourquoi, comment. Je le sens très fort aussi chez les étudiants en MG. C'est super de faire les entretiens et il n'y a rien derrière. Je leur donne des lectures mais ils ne sont pas suivis derrière. Certains directeurs de thèse vont s'impliquer et d'autres non. Mais ça se passe de mieux en mieux. J'arrive tout doucement à montrer que c'est autre chose que de faire des entretiens, la rechercher qualitative. Il y autre chose derrière.

J'ai été rédactrice en chef adjointe de la revue Santé publique. On a les deux caricatures : on avait travaillé sur tel sujet en MG et on a fait du qualitatif. La réponse qu'on a reçue, c'était : il n'y a rien. D'un autre côté, les articles où on revient en longueur sur la méthode sont refusés dès le départ. Ces dernières années on a vu des articles plus aboutis. Ça devient plus structuré. Il y a une évolution dans le bon sens mais on reçoit encore des articles où on voit un manque de préparation totale.

Intervenant 3 : Ce n'est pas du prêt-à-chercher, du prêt-à-trouver. En MG on doit tous faire une thèse. Le qualitatif, comme cest un peu différent, ça plaît. On attend un prêt-à-trouver vite fait, bien fait. Dans ma fac, il y a une mauvaise appréciation de la recherche qualitative par l'ensemble des professeurs en MG. Mon prof avec qui je soutiens ma thèse dans deux semaines me dit que c'est la dernière thèse quali qu'il suit.

Jacques Cittée : Nous, dans la filière MG, on est confrontés à des choix pédagogiques. On essaie d'évaluer des compétences mais ça crée beaucoup de soucis ; on doit amener les étudiants et les professionnels à travailler la complexité. Dans nos cabinets on est confrontés tous les jours à des situations complexes, même pour le rhume ou l'angine. Pas compliquées mais complexes, c'est à dire qu'il y a plusieurs points de vue possibles. On n'a pas encore trouvé, on a des pistes pédagogiques : faire des résumés de situations complexes, travailler une situation de plusieurs points de vue. C'est complexe parce qu'il faut tenir compte du coté biomédical, relationnel, psychosocial. Il faut tenir compte de plein de choses, et après on fait ce qu'on peut. Gérer, penser la complexité, ça oblige à faire des efforts. On en est au début. Comme on est le nez dans le guidon, quand on est confronté on fait ce qu'on peut.

Le problème quali/quanti est mal posé dès le départ. Il ne faut pas entrer par les méthodes mais par la culture : concepts, idées, façons de faire. Donc, on va faire des entretiens, mais des entretiens pour quoi faire ? Oui, il y a des similitudes dans l'entretien. Avant on parlait d'interrogatoire. Maintenant on dit qu'il faut arrêter de parler, et écouter. Mais dans la consultation il y a une finalité : il faut prendre une décision. Dans la recherche la finalité est différente.

Comment s'ouvrir à la complexité des situations ? Et puis il y a la limite du temps. On n'a pas toujours la force de lire les livres, mais si on le fait, notre culture se modifie, notre identité se modifie.

Intervenant 4 : Par rapport à ce problème de temps, le documentaire a une vocation en une heure une heure et demi. Avec certains, on a rassemblé des documentaires. Je suis en train de me rapprocher de documentaristes.

Anne Véga : A Bobigny on utilise des documentaires. C'est très riche à exploiter.

SECONDE PARTIE :

TRANSMISSIONS DE SAVOIRS ET SAVOIRS FAIRE ENTRE PROFESSIONNELS DES SCIENCES HUMAINES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTE

INTRODUCTION

par Jacques CITTEE[46]

Nous entamons la deuxième demi-journée de notre séminaire où nous vous proposons de réfléchir ensemble à la question de la transmission des savoirs et des savoir-faire entre professionnels des sciences humaines et professionnels de la santé.

Nous allons débattre autour de 2 communications :

1/ D'abord celle de Dominique et Matthieu : **Avoir une double compétence en sociologie et en santé : pour quoi faire ?**

Sans ouvrir prématurément le débat, je dirai que Dominique et Matthieu posent la question de la possibilité d'émergence et de développement de ce que Matthieu lui-même a appelé une « socio-médecine ». Mais j'y reviendrai tout à l'heure.

2/ Puis nous aborderons le retour d'expériences de Béatrice et Isabelle sur des possibilités de coopération dans le cadre de **Partenariats entre Université et Institut de Formation des Cadres de santé.**

Elles poseront clairement la question des potentialités, mais aussi des limites culturelles et institutionnelles de telles pratiques coopératives entre ces deux mondes pour la formation professionnelle, particulièrement en santé.

[46] Maître de Conférences Associé de Médecine Générale, Faculté de Médecine Paris Est Créteil (UPEC).

AVOIR UNE DOUBLE CASQUETTE, EST-CE BIEN SERIEUX ?

par Dominique LE BŒUF et Matthieu LUSTMAN [47]

Dominique Le Bœuf : Nous avons choisi de vous présenter notre propos en images en ce début de l'après-midi, parce que nous sommes ludiques. Nous avons fait des choix à partir d'images un peu fortes aussi, pour pouvoir exprimer ce que nous vivons souvent de cette double appartenance, je dirais presque un conflit identitaire.

Plutôt que parler de notre expérience, qui reste anecdotique, nous avons choisi d'orienter notre propos sous forme de questionnement pour nous remobiliser ensemble. Comment remobiliser sur les sujets qui ne nous semblent pas vraiment aboutis ? Dans les faits « avoir une double casquette » qu'est-ce que cela veut dire pour nous ? Nous nous sommes de notre côté posé beaucoup de questions.

[47] Dominique LE BŒUF, cadre de santé formateur, Institut de Formation en Soins infirmiers de Versailles, titulaire d'un DEA Sociologie de l'action organisée.
Matthieu LUSTMAN, Président de l'association Sciences humaines et santé, médecin généraliste et docteur en sociologie.

Est-ce « prendre la grosse tête » comme nous y invite notre illustration ? Est-ce « perdre la tête pour nos collègues qui n'ont pas fait ce choix ? Tout est une affaire de position. Pour les soignants et notamment les infirmiers, une double pratique de clinicien et de chercheur en sciences humaines reste très marginale, voire même « inavouable » pour ne pas dire « peu recommandable ». En effet, que faire de cette nouvelle expertise ? Elle n'est pas, dans la majorité des cas, attendue au quotidien, même dans le cadre de la formation initiale.

L'intervention de ce matin sur l'activité des recherches des cadres infirmiers et leur relation avec l'université illustre bien que les « infirmières intellectuelles » n'existent dans ce groupe professionnel qu'à la marge et souvent sous forme de militantisme. Les infirmières qui « font de la recherche » c'est un sujet fort trivial, leur destinée étant avant tout de soigner les patients et d'être avant tout techniques, j'oserais même dire « manuelles ».

Alors aujourd'hui une infirmière qui fait un choix de s'orienter vers les sciences sociales « en plus de son activité clinique » le fait très souvent à titre personnel, sans légitimité réelle et souvent elle se retrouve « la tête entre deux chaises ». Elle cultive « des complexes » vis-à-vis des pairs : « l'infirmière qui pense de trop, c'est aussi une infirmière qui ne fait pas grand-chose », qui ne met pas souvent « la main à la pâte » au cœur d'un métier pensé et vécu comme technique et professionnel.

Les cursus en sciences sociales ne sont pas prévus comme une évolution naturelle des cliniciens infirmiers. Pourquoi sont-ils amenés à acquérir en complémentarité avec leur formation de soignant une compétence en sciences sociales ? Pour mieux comprendre la demande des acteurs ? Inventer des nouveaux outils ? Créer un lien entre l'académique et la pratique ? Comment mobilisent-t-ils ces compétences ?

Si les formateurs sont plus incités à prendre cette voie c'est très souvent dans le cadre des sciences de l'éducation afin d'aller y chercher des méthodes pour l'enseignement au quotidien. Il n'existe pas à ce jour d'études et de recherches permettant d'évaluer l'apport de cette double compétence sur la formation des soignants, ni comment elle est réellement utilisée, tout au plus un premier état des lieux[48].

Notre présentation à deux voix est le fruit d'une histoire, un peu comme « une vie de couple » médecin – infirmière, pour trouver dans nos expériences individuelles des questions communes ou complémentaires.

48 L JOVIC, G ISAMBART, *Des infirmières docteurs en sciences ou doctorantes : état des lieux dans le contexte français, Association de recherche en soins infirmiers* - Août 2009, www.arsi.asso.fr.

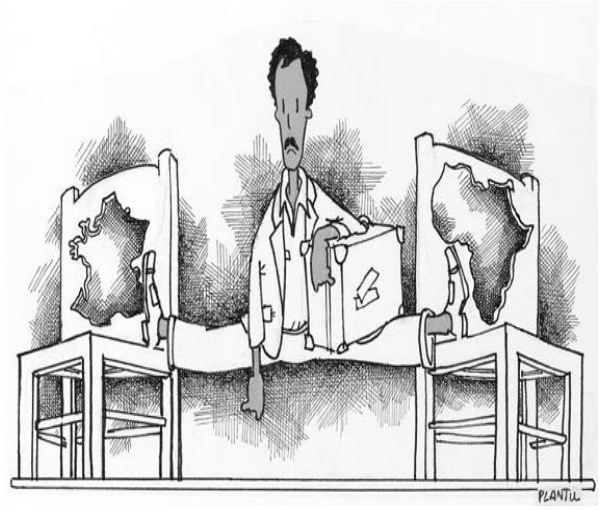
Matthieu Lustman : Prendre la grosse tête ou la perdre ? C'est aussi évidemment avoir un bref moment l'illusion de tout savoir. Quand je dis tout savoir, c'est bien sûr exagéré, mais on se dit : « avec la sociologie, forcément, la relation médecin-malade n'aura plus aucun secret » et puis on se retrouve face au patient et si on n'est pas aussi démuni qu'un médecin qui n'aurait pas fait une thèse en sciences humaines et sociales, on est très loin d'avoir la formule magique et on se heurte exactement aux mêmes problèmes que tout médecin dit « lambda ». Pour la pratique, découvrir la sociologie n'a cependant pas été totalement du temps perdu, cela m'a permis de développer mes capacités de réflexivité. Ainsi, quand un patient « me gonfle », « me stresse » et que j'ai envie que la consultation se finisse le plus vite possible (nos patients sont loin d'être toujours les gentils obéissants et « compliants » qu'on rêverait), au lieu de m'énerver et de prêcher pour « l'éducation des patients », je prends une bonne respiration, et c'est moi en priorité que je remets en cause, à la fois dans ma pratique et dans ma façon de dialoguer avec mes patients. Cette démarche a pour conséquence de me faire analyser les difficultés relationnelles rencontrées par une réflexion « en cours d'action » et « sur l'action », comme dirait Schön[49], et donc de faire évoluer au quotidien ma pratique.

Avec ce type d'analyse je risque de reprendre à nouveau « la grosse tête » : faut-il vraiment étudier la sociologie pour développer une compétence de réflexivité ? Pourquoi les médecins, par un cheminement autre, par leurs expériences, n'aboutiraient-ils pas au même résultat ? En quoi avoir fait des études de sociologie me ferait-il devenir meilleur médecin, capable de mieux gérer le « relationnel » ? Question de médecin évidemment et pas de sociologue, mais il serait très intéressant de comprendre de quelle manière nous sommes influencés dans nos pratiques par les divers chemins que nous suivons.

Cette première interrogation où j'aurais tendance « me prendre un peu trop au sérieux » est suivie d'une seconde ou à l'exact inverse plutôt je me sentirais « complexé », cette fois-ci vis-à-vis de mes collègues de sociologie. En effet, autant j'ai l'impression d'en savoir plus qu'un médecin dit « lambda », autant je garde vis-à-vis des chercheurs en sciences humaines et sociales, une gène, une retenue : est-ce que vraiment, après avoir pourtant obtenu licence, maitrise, DEA, thèse de sociologie, je suis pour autant devenu un chercheur en sciences humaines et sociales aussi légitime que n'importe quel autre sociologue ? J'ai toujours l'impression de ne pas être à ma place, d'être marqué par « mon erreur » de parcours initial avec comme ressenti d'être perçu encore et malgré tout principalement comme un médecin qui fait et qui fera toujours de la sociologie *en amateur*. La question est de savoir s'il s'agit d'un questionnement personnel, dû à ma sensibilité, ou si au contraire il s'agit d'une réaction logique de toute personne qui aurait suivi un parcours identique. Au bout du compte, la vraie question ne

49 D. Schön, *Le praticien réflexif*, Les éditions logiques, 1994.

serait-elle pas de savoir de quelle manière les chercheurs en sciences humaines et sociales considèrent ces êtres hybrides mi-infirmière, mi-anthropologue, ou mi-médecin, mi-sociologue ? Sont-ils perdus entre deux mondes ou arrivent-il à faire le grand écart ?



Dominique Le Bœuf : Nous revenons ainsi à la question de ce matin : ce praticien de santé sociologue, ce sociologue praticien de santé, qui est-il vraiment, où sont ses repères identitaires ? Un infirmier sociologue, un médecin sociologue, un sociologue infirmier, un sociologue médecin ? Dans quel sens le « prend-on » ?

Un formateur à double entrée ? Un chercheur enraciné ? Pourtant « dé-raciné » par rapport à son groupe professionnel d'origine… Si je ne parle que de l'expérience de l'infirmière que je suis, faire parler sa pratique autrement que par l'expérience quand on est immergée dedans, c'est difficile. Difficile d'avoir une distance quand on a intégré les usages, les codes professionnels, les normes. Le fait de découvrir un domaine d'activité pour un chercheur en sciences sociale c'est aussi faire parler cette activité autrement, en y posant un regard « neutre ». Un acteur de terrain qui réfléchit sur sa pratique en empruntant une démarche de recherche, en posant des problèmes là où les autres n'en voient pas, reste toujours un peu incompris et pas toujours « intégré » dans les équipes.

Les infirmières n'attendent pas d'« une des leurs » qu'elle leur pose des problèmes, mais plutôt qu'elle leur apporte des recettes ou des méthodes toutes faites, bien souvent éloignées des fondamentaux appris dans son cursus de sciences sociales. Il n'est pas facile de faire réfléchir des professionnels formés à n'apporter que des solutions au quotidien. Le temps des soins, qui s'est accéléré, ne permet pas à quiconque, même bien attentionné, de « penser problème » de « faire problème » et d'intégrer le « doute ». Il faut donc sans cesse justifier « pourquoi on a eu ce penchant ».

Souvent, les confrères attendent aussi que cet hybride joue un rôle de truchement entre le terrain professionnel, la pratique, et le terrain « académique ». Il est souvent un passeur entre deux mondes qui s'ignorent et un facilitateur de réseau. Je suis très couramment sollicitée par mes collègues ou mes connaissances pour les mettre en contact avec tel ou tel chercheur en sciences sociales afin de répondre à une demande particulière : une intervention dans un

colloque, un article pour une revue professionnelle, un contact personnel. Cette démarche joue d'ailleurs dans les deux sens.

La carrière des infirmiers n'intègre pas à ce jour un « penseur » qui n'est plus vraiment expert dans son cœur de métier (il est quasiment impossible pour les infirmiers de faire de la recherche en sciences sociales et de la clinique) et qui n'est pas vraiment reconnu expert dans l'autre corps de métier.

Une éternelle apprentie méthodologiste, c'est sûr !!

Et un solitaire très souvent !!!

Matthieu Lustman : Qui suis-je, médecin, sociologue ? Comment être les deux alors que les études sont si différentes ? L'étudiant en médecine que j'ai été se souvient encore avec consternation de la somme de connaissances à apprendre. D'ailleurs dans mes cours aux étudiants de première année de médecine, l'image que je leur présente pour leur donner une idée de ce qu'ils auront à apprendre par cœur, est un tas de 2 mètres de hauteur. Le futur médecin est avant tout quelqu'un qui doit être capable d'amasser une montagne de connaissances. Il s'agit même d'une forme de socialisation. En effet si ces connaissances qu'il acquiert pendant ses longues études sont très loin d'être toutes utiles pour une future pratique, en revanche le médecin « doit être celui qui sait ». Il y a une autre image qui s'imposait à mon esprit de jeune étudiant, je voyais « l'étudiant en médecine comme un gros bœuf », capable d'apprendre, d'apprendre et d'apprendre par cœur et de « ruminer » placidement ce savoir en regardant passer les trains sans s'interroger sur son contenu, il ne fallait que le connaître par cœur ! Il faudrait étudier dans une recherche l'incidence de ce type de formation sur la construction de l'identité professionnelle des médecins.

Cet amas de connaissance ressemble pour moi à une montagne, il est comme elle : solide, bien enraciné, et surtout ne bouge pas, n'évolue pas. En regard, quand j'ai découvert le corpus des sciences humaines et sociales, cela a été une sorte de « révélation », je n'avais pas trouvé Dieu, mais j'avais trouvé des *gens qui réfléchissaient*. Déjà en première année de médecine j'ai eu la chance d'avoir Albert Jacquard[50] comme professeur, et toujours pour continuer dans un langage « inspiré », je prétends « qu'il m'a sauvé » parce qu'il m'a fait comprendre quelque chose d'essentiel : **il est possible d'être étudiant en médecine et de réfléchir en même temps**. Etre étudiant en médecine et avoir une pensée personnelle et critique n'étaient pas forcement incompatibles ! On[51] nous « bourre tellement le crâne », en première année que j'avais l'impression qu'on nous interdisait de réfléchir. Personnellement cela m'a libéré d'un poids et permis de poursuivre mes études et de construire mon identité de futur médecin. Mais *quid* des étudiants aujourd'hui ? Quelle place pour les sciences humaines et sociales en première année de médecine ? Quelle place pour la réflexion à côté de l'apprentissage par cœur ? Ce qui pose une question subsidiaire : suffit-il juste de proposer un cours de sciences humaines et sociales en première année de médecine, et rien de plus, pour que cela fasse sens en soi ?

Cette question est d'autant plus essentielle que lorsqu'on interroge des étudiants en médecine, on s'expose à ce genre de réponse : « On aimerait bien avoir le temps de réfléchir, mais on a une

[50] Célèbre généticien pour les jeunes générations et une star médiatique à l'époque.
[51] On pourrait se demander qui est ce « on » ?

priorité, c'est de réussir le concours ». Et quand on assène en cours « Il faut que vous réfléchissiez », ils répondent : « On n'est pas là pour ça, on n'a pas le temps ». Et lorsque j'ai creusé un peu plus dans un interview, un étudiant a fini par glisser : « Notre priorité avant de réfléchir, c'est le concours, donc foutez-nous la paix un peu avec cette réflexion ou alors modifiez vos cours, laissez-nous le temps de faire des liens entre les différents cours. Soyez donc cohérent, si vous voulez qu'on réfléchisse, donnez-nous du temps et moins de choses à apprendre et coordonnez vos cours ! Et alors je serai ravi de réfléchir ! ». Ce type de réponse explique en partie pourquoi les sciences humaines et sociales n'ont pas bonne réputation parmi les étudiants.

Intervenant 1 : C'est un coefficient bas, les sciences humaines et sociales, en P1 ?

Matthieu Lustman : Non, il y a un gros coefficient. Ce n'est pas une question de coefficient. La mauvaise réputation est due au changement de paradigme. Les sciences humaines et sociales représentent une manière de penser, une façon d'appréhender les choses, différente de ce dont les étudiants ont l'habitude en P1. De plus ils s'attendent à avoir de l'anatomie et non des sciences humaines. Ce qui est absurde, vu la place que tiennent les sciences humaines et sociales lors d'une consultation. Le biomédical occupe souvent juste 2 à 3 minutes, le reste relève dans de nombreuse consultations des sciences humaines et sociales qui sont ainsi souvent le cœur du métier ; tout du moins du médecin généraliste, c'est en partie différent pour le spécialiste.

Intervenant 2 : Mais il faut dire aussi que les sciences humaines et sociales peuvent être aussi du bourrage de crâne, comme les autres matières.

Matthieu Lustman : C'est vrai, les sciences humaines et sociales peuvent aussi se transformer en une masse de savoir à apprendre par cœur pour réussir le concours. Alors il ne faut que connaître de manière précise le petit détail qui tombera aux partiels et qu'on s'empresse d'oublier ensuite.

La situation des sciences humaines et sociales en médecine est d'autant plus complexe que ce type de cours est limité à la première année[52], et cela pas forcement pour des raisons pédagogiques mais pour des enjeux stratégiques ou d'absence de réflexion. Ainsi pour expliquer l'absence des sciences humaines et sociales dans les autres années, Philippe Bagros du CHU de Tours (l'université de Tours est la première qui a eu des cours de sciences humaines et sociales en médecine) a une explication amusante : « Les profs de science ont peur d'affronter les amphis gigantesques de P1 (entre 500 et 3000 étudiants) et donc ils sont d'accord pour laisser une place aux enseignants de sciences humaines et sociales, place qu'ils récupèrent dès que les amphis deviennent plus raisonnables à partir de la deuxième année ». Cette situation a pour conséquence que nous retrouvons en troisième cycle des étudiants totalement transformés et formatés sur le modèle biomédical. Cela donne l'impression que les sciences humaines et sociales sont dans la formation des médecins « présentes » et « absentes », d'une certaine manière « éternellement débutantes » même si ce type d'enseignement a débuté depuis plus de 15 ans. Les sciences humaines et sociales seraient-elles condamnées à toujours *devoir naître* ?

[52] Cette remarque doit être nuancée : en effet, ce type de cours est limité à la première année pour l'ensemble des étudiants, mais il existe des modules facultatifs en sciences humaines et sociales que les étudiants peuvent suivent, en fonction de leur intérêts personnels, dans les années supérieures.

Cette situation pose plusieurs questions, dont une des plus importantes pourrait être : comment est-il possible de passer à la sociologie lorsqu'on a été formaté par la médecine ?

Dominique Le Bœuf : Cette intervention vous pose beaucoup plus de questions qu'elle ne vous apporte des réponses ? C'est un parti pris que nous avons choisi avec Matthieu. Pour ne parler que des infirmiers, cette double appartenance est toujours en question. Aucune étude à ma connaissance, n'a étudié l'impact des chercheurs/ praticiens, sur les pratiques de formation et sur les pratiques soignantes. La recherche en soins infirmiers est une idée très neuve qui n'a pas encore trouvé réellement sa place : est-ce que c'est la recherche sur le soin ? Est-ce que c'est la recherche sur les organisations ? Après la formation initiale, le lieu où l'infirmier s'initie vraiment à « la recherche » est l'Institut de formation des cadres de santé (IFCS). L'infirmier progresse donc dans sa carrière avec la recherche en organisation, bien plus que la recherche en soins, aujourd'hui balbutiante. La manière d'intégrer celle-ci dans nos parcours professionnel reste à trouver, de même que le dialogue entre praticiens en santé et chercheurs en sciences humaines reste à construire.

Matthieu Lustman : Toutes ces questions relèvent d'une logique pratico-pratique : comment se construisent les interactions entre deux disciplines aussi opposées que médecine et sociologie ? Comment se construisent les dialogues ? J'aime bien l'idée qu'il pourrait y avoir ainsi une sorte de « co-production » entre disciplines parce que, comme toujours, le discours scientifique ne se contente pas de décrire : il invente, il produit un processus dans une logique de *construction sociale de la réalité*. Il serait légitime de se demander : finalement, de quelle manière les sciences humaines et sociales inventent-elles la médecine ? Et en retour, de quelle manière le

monde de la santé contribue-t-il aussi à inventer le monde des sciences humaines ou tout du moins à le faire évoluer ? Qu'est-ce qui est transféré d'une discipline à l'autre ? Selon quelle logique ce transfert s'effectue-il? Transfère-t-on des savoirs ? Des méthodes ? Quelle part de la méthode est transférée ? En effet il faut avoir conscience qu'un sociologue met 6 à 8 ans à s'approprier les méthodes, alors que médecins et étudiants en médecine ont beaucoup moins de temps pour se les approprier, et souvent uniquement par des livres, sans être accompagnés. De plus ce transfert de savoir, de méthode, tend dans la réalité vers quel objectif ? Faut-il s'inscrire dans la logique de Durkheim qui dit que « la sociologie ne vaudrait pas une heure si elle ne pouvait pas transformer les choses » ? De quelle manière les soignants peuvent-il donner sens à cette idée dans leurs pratiques ? Quel retour devrait être fait du chercheur en sciences humaines et sociales vers le médecin mais aussi du médecin vers le chercheur en sciences humaines et sociales ? Faudrait-il aller jusqu'à une créer une nouvelle discipline, la **sociomédecine ?**

Dominique Le Bœuf : Avant d'enfermer le chercheur dans sa tour d'ivoire, nous devons nous poser la question identitaire : à partir de quand peut-on parler de double casquette ?

- Être médecin / infirmier et sociologue à la fois, est-ce avoir deux doctorats ?
- Être médecin et sociologue à la fois comme mon voisin ?
- Avoir été médecin et devenir sociologue ?

Tout existe, même chez les infirmiers. Lors des derniers entretiens d'admission en institut de formation en soins infirmiers, j'ai redécouvert en pratique qu'on pouvait être sociologue et puis, en fin de compte, avoir le projet de devenir infirmier en intégrant un IFSI. Pour autant, l'intéressé sera-t-il un sociologue infirmier ?

- Etre soignant et avoir un master en sciences humaines ? C'est mon cas, par exemple.
- Être un soignant initié aux méthodes des sciences humaines qui est encore un autre format ?
- Intégrer les sciences humaines dans les cursus de formation soignant ?

Nous avons beaucoup discuté sur ces définitions avec Mathieu

Matthieu Lustman : On n'était pas d'accord.

Dominique Le Bœuf : Nous n'étions pas d'accord sur un point précis : pour moi, être chercheur en sciences humaines et sociales et étudier le monde de la santé ne signifie pas obligatoirement d'avoir une double casquette.

Intervenant 3 : Sur quoi n'étiez pas vous d'accord ?

Dominique Le Bœuf : Pour dire que c'était ou que ce n'était pas une double casquette. A mon sens, le chercheur en sciences humaines qui étudie le monde de la santé et qui a uniquement cette activité de chercheur n'a pas de problème d'identité. Cela peut être discuté mais cela reste une évidence pour moi, puisqu'il ne « soigne pas »

Matthieu Lustman : Oui, il s'agit d'une histoire de frontière sur laquelle nous ne sommes pas d'accord. L'idée est que je me trouvais un peu trop solitaire, si pour avoir une double casquette il fallait impérativement avoir deux doctorats. Si on réfléchit un peu, on a une double casquette dès qu'on sort de sa discipline propre et qu'on s'intéresse à une autre discipline que la sienne. Pourquoi devrions-nous être restrictifs et académiques ?

Dominique Le Bœuf : Matthieu voulait des amis !

Matthieu Lustman : Oui, peut être. Mais je pense que tous ceux qui sont ici ont une double casquette. « Etre à double casquette » peut se décliner à plusieurs niveaux. En effet par le simple fait qu'un chercheur, qu'un médecin, collabore sur une étude avec quelqu'un d'autre, il acquiert cette double casquette. Je pense aussi que le chercheur en sciences humaines qui s'approprie les connaissances et qui intègre le monde de la santé, acquiert à sa manière une double casquette, même si sa position n'est pas identique à celle du médecin qui s'aventure dans une autre discipline.

C'est vrai que le chercheur ne deviendra pas un soignant mais il va s'éloigner de sa position de départ, il va devoir s'approprier un terrain qu'il ne connait pas, et auquel il ne peut pas rester étranger. Ensuite, évidemment, il faudrait définir exactement ce que signifie « avoir une double casquette » et mettre des limites.

Dominique Le Bœuf : On n'avait pas le temps…

Matthieu Lustman : C'est un débat qu'on souhaitait partager avec vous. C'est vrai qu'à force peut-être de voir des doubles casquettes partout, on complexifie trop et prend le risque de perdre la tête et de déliter l'idée de double casquette.

Dominique Le Bœuf : Toutes ces questions sont bien pertinentes et nous nous les sommes posées depuis ce matin. Nous avons à ma connaissance trop peu d'études sur la question pour nous éclairer. Nous avons chacun cherché de notre côté mais nous n'avons rien trouvé. Le problème posé aujourd'hui de cette double appartenance est encore une recherche à entreprendre.

C'est pour cela qu'il était important pour nous de mettre ce temps d'intervention « sur le mode pause ». C'est aussi l'objet de cette journée de se poser, de commencer à construire des objets et peut-être ensuite de faire travailler l'association. Et donc commencer par une question : **quelle**

place pour les sciences humaines et sociales dans la formation des soignants ? De la poser vraiment.

Matthieu Lustman : Oui, on voit bien que les questions sont multiples et qu'il faut faire un choix, sinon il nous faudrait tout l'après-midi. Comme nous sommes dans la partie formation, nous avons choisi de traiter la question de l'hybridation (être soignant et sociologue à la fois) dans la formation des étudiants, en prenant enfin le temps de réfléchir aux formations que nous donnons. En effet, si le soignant court toujours après le temps, prisonnier du management, de la clinique, des réponses immédiates à donner, et n'a pas le temps de réfléchir, il en va de même pour le chercheur en sciences humaines et sociales. Il se retrouve exactement dans la même situation quand il est dans l'action. Il court avec ses propres enjeux et finalement il n'a pas plus que le soignant le temps de se mettre *en mode pause*. C'est donc avec un ton un peu provocateur que je vous demande : « ***Est-ce que le chercheur en sciences humaines prend le temps de faire ce qu'il demande au médecin de faire ?*** »

Dominique Le Bœuf : Voilà donc une formatrice en IFSI, infirmière formée à la sociologie, pour quoi faire ? Je suis infirmière puis cadre infirmier, je me suis formée depuis 2000 à la sociologie et aux méthodes de la recherche en sciences humaines et sociales, c'est certain. Actuellement je suis formatrice en institut de formation en soins infirmiers que j'ai intégré après un parcours un peu particulier. Je suis coordinatrice d'enseignement théorique et pratique au sein de l'IFSI. Depuis peu je suis chargée de cours à l'université de St-Quentin-en-Yvelines (qui est partenaire de cet IFSI pour certains enseignements), mais pas dans le domaine des sciences sociales !

Intervenant 4 : Pourquoi ?

Dominique Le Bœuf : Je coordonne l'unité d'enseignement de droit, déontologie et éthique, et pas celle des sciences sociales car je suis reconnue comme experte dans ce domaine que j'ai pratiqué en qualité d'infirmière quand j'étais présidente du Conseil national de l'Ordre des infirmiers.

La formation en soins infirmiers comporte un certain nombre d'unités d'enseignement à valider. Les formateurs se partagent ces UE selon leurs domaines d'intérêt et d'expertise reconnus. Je suis cadre formateur à l'IFSI depuis un an seulement, on m'a confié cette unité d'enseignement qui correspondait selon l'équipe à mon expertise. Les formateurs ne sont pas censés connaître tout, loin de là. Donc ce n'est pas l'expertise académique sur un sujet qui prime obligatoirement, mais plutôt la légitimité à enseigner ce sujet ou à s'entourer de ressources et de méthodes pour l'enseigner.

Par exemple on me reconnaît notamment une expertise sur la méthode de direction des mémoires. On me questionne très souvent sur la façon de formuler une question de départ. On me demande : « Comment tu t'y prends pour faire réfléchir les étudiants et leur apprendre à problématiser ? ». Quelles sont tes méthodes ? Peux-tu revoir cette question de départ avec moi ? On me demande aussi régulièrement de seconder des suivis de mémoire pour aider à la problématisation de leur objet. Pour autant, je n'ai pas été recrutée à l'IFSI sur mes compétences en sciences sociales, je ne coordonne donc pas l'UE sur l'initiation à la recherche.

Tous les cadres infirmiers formateurs dirigent des mémoires d'initiation à la recherche des étudiants en soins infirmiers, qu'ils soient ou non formés à la recherche. Le statut de cadre de

santé légitime de fait cette compétence à l'enseigner en formation initiale. La réforme des études en soins infirmiers a profondément modifié les repères pédagogiques du mémoire de fin d'études réalisé par chaque étudiant. Les cadres formateurs sont en quête de repères pour une bonne direction individuelle « d'initiation à la recherche » leur permettant d'accompagner les étudiants dont ils sont chargés.

Etre formé à la méthode de recherche en sciences sociales permet à mon sens d'accompagner les formateurs dans ce domaine mais aussi d'engager avec les étudiants un échange sur la pratique des soins infirmiers qu'ils observent.

On me reconnait aussi une facilité à nouer des liens entre les chercheurs en sciences humaines et le praticien de santé. Souvent on me demande : « Connais-tu tel ou tel sociologue ou tel anthropologue ? On voudrait bien l'inviter à tel ou tel colloque ou table ronde ». On est très vite reconnu pour avoir l'accès à l'autre réseau professionnel auquel nous appartenons aussi puisque nous y avons été formés.

Etre chercheur en sciences sociales, c'est aussi « lire » – une activité qui n'est pas habituelle pour les infirmiers. Je suis régulièrement sollicitée pour orienter les lectures et trouver les articles pertinents éclairant la pratique.

La question de l'accès à la littérature, particulièrement chez les paramédicaux, est extrêmement osée. Je vais être un peu caricaturale – et encore… – mais fouiller *cairn.info* n'est pas intégré dans la pratique courante des infirmiers ! On peut le faire après le travail, la nuit : c'est un vrai plaisir solitaire, mais ce n'est pas travailler !!

A partir de ce cadre d'exercice et de développement de la recherche même dans le milieu de notre formation infirmière comment peut-on s'interroger ? Comment faire reconnaitre l'intérêt des sciences humaines dans la formation des étudiants en soins infirmiers ? Elles sont actuellement enseignées par des universitaires de la discipline ou par un médecin dans la cadre du partenariat IFSI/ université, mais rarement à ma connaissance par des infirmiers.

Les formations doctorales des infirmiers restent à développer. Actuellement en dehors d'un cursus en sciences de l'éducation, jugées directement opérationnelles pour la pédagogie, elles restent à légitimer en formation initiale. La formation doctorale des infirmières est encore hébergée dans des disciplines très souvent pilotées par des médecins comme la santé publique pour ce qui est de la clinique. En formation, on est assez d'accord pour dire qu'on peut faire un doctorat en sciences de l'éducation : cela nous aide parce que ce sont des outils et des méthodes. Mais un docteur en sociologie au sein d'une équipe infirmières, même en formation initiale, n'a pas encore trouvé sa place.

L'application et l'exécution orientent les enseignements : **les « savoir-faire infirmiers » priment, loin devant « les savoir-penser infirmiers ».** Alors comment amener les étudiants en soins infirmiers à s'intéresser aux sciences sociales si leurs formateurs ne sont pas en majorité convaincus de leur intérêt, et eux-mêmes formés ? L'idéologie dominante laisse à penser que les infirmiers sont plus sensibles aux sciences sociales que les autres professionnels de santé. Ce n'est pas si simple que ça, les premiers résultats du taux de présence en cours universitaire sont parlants n'est-ce pas ?

Salle : Oui

Dominique Le Bœuf : C'est très souvent le désert dans l'amphithéâtre.

Salle : Oui, on confirme.

Dominique Le Bœuf : Voilà … Ils n'y vont pas. Pourtant, l'approche infirmière intègre la relation à l'autre, la culture, la maladie comme un fait social, etc. Mais ils n'y vont pas…

Salle : Ils sont obligatoires.

Dominique Le Bœuf : Voilà, les TD sont obligatoires, donc les étudiants devraient être présents. Mais très clairement ils n'y vont pas. Ce sont les ateliers de pratique infirmière qui les intéressent. Le « métier c'est cela »

Il faut sans cesse justifier son penchant d'intellectuel. Celui-ci est souvent jugé comme déconnecté du terrain, et solitaire. La plupart des infirmiers ne voient pas encore à quoi ça peut servir.
Les formateurs en IFSI considèrent qu'ils sont capables, à partir de leur pratique, de former leurs étudiants, ce ne serait qu'une question de méthode.

Une autre difficulté que je voulais partager avec vous, c'est comment développer dès la formation initiale une posture infirmière orientée vers la recherche et le doute, alors que la pratique au quotidien demande avant tout de ne penser qu'en *solution et action* ?

Les transmissions d'un infirmier se résument ainsi : données (du problème), action (pour le résoudre), résultat (obtenu). Les étudiants sont formés dès le début de la formation à trouver des solutions. Quand, en fin de cursus, il leur est demandé « de penser à l'envers », c'est un moment de grand désarroi pour eux d'apprendre à cultiver une pensée du doute.

Dans le cursus de formation, même si les sciences sociales sont présentes, elles ne représentent au total que 5 ECTS[53] sur 180 à obtenir. Elles sont donc, de fait, encore marginales par rapport aux connaissances scientifiques et techniques, mêmes pour les infirmiers.

Salle : Qui a organisé la formation ?

Dominique Le Bœuf : Des formateurs infirmiers, gens qui ont jugé que les sciences humaines étaient un élément important de la formation infirmière. Mais avec le nouveau programme, datant de juillet 2009, les poids respectifs des unités d'enseignement dans l'évaluation marginalisent ce domaine encore plus qu'avant. Il faut néanmoins obtenir la moyenne dans toutes les unités d'enseignements (sous réserve d'un nombre limité de compensations possibles). Donc si les étudiants en soins infirmiers n'ont pas la moyenne à chaque unité d'enseignement, ils ne peuvent quasiment pas obtenir leur diplôme d'Etat.

Salle : Et s'ils n'ont pas la moyenne en sciences sociales ? C'est compensable par la santé publique, je crois.

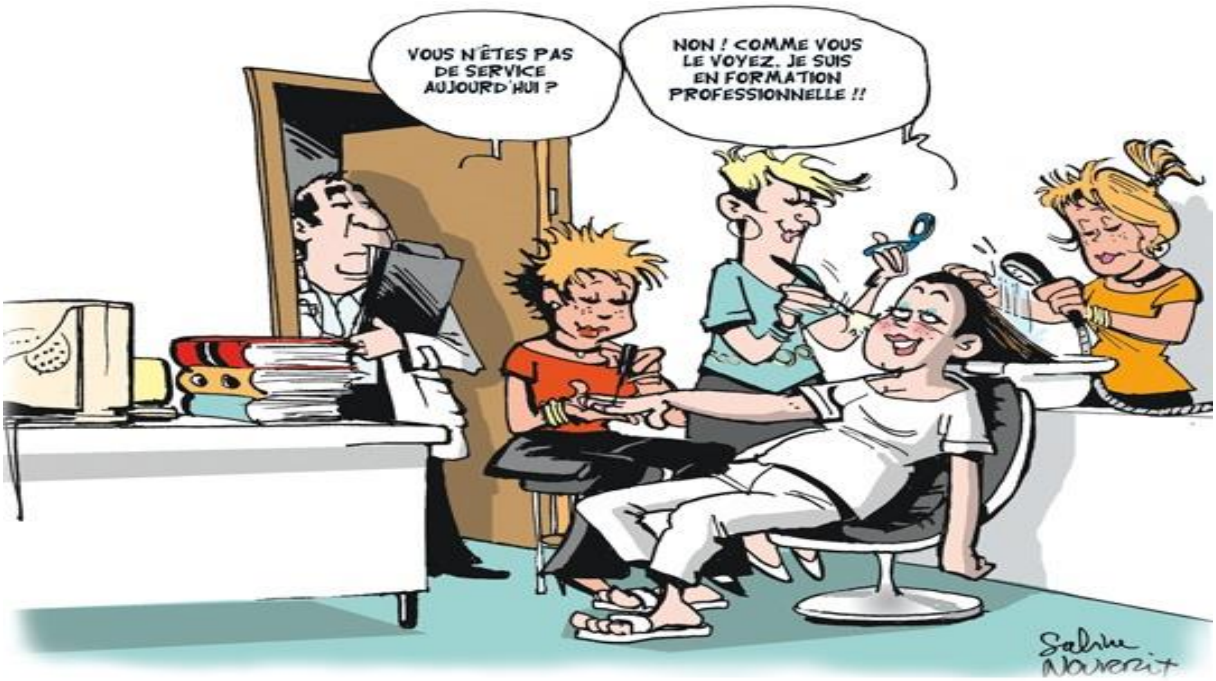
Dominique Le Bœuf : Au premier semestre, l'UE « Psychologie, sociologie, anthropologie » peut être compensée avec l'UE « Législation, éthique, déontologie » et, au second semestre, la suite de cette UE est compensable avec l'UE « santé publique et économie de la santé ». Mais il

[53] European Credits Transfer System : unité de mesure pour comparer les programmes des études dans les différents pays membres de l'Union européenne.

faut avoir obtenu au moins 9/20 dans chacune des deux unités compensables. En outre, les sciences sociales comme la santé publique sont des unités d'enseignement qui ne sont pas plébiscitées par les étudiants en soins infirmiers. Elles ne sont selon eux absolument pas opérationnelles par rapport à ce qu'ils vivent dans la pratique, en stage. Ils ne vont pas au cours, ils ont du mal à s'intéresser à ces sujets qu'ils ne peuvent repérer directement dans leur pratique en stage. Au moment de l'évaluation, faute d'expérience, ils ne les ont pas bien assimilés. Ces UE sont donc souvent difficiles à valider dès le premier examen, ce qui met les étudiants en situation d'échec.

Il est très compliqué de réexpliquer après que cela peut avoir un intérêt pour la formation. Ils posent sans cesse la question : « Est-ce bien utile d'explorer la complexité quand on a déjà appris à écouter ? ». Pour eux apprendre à écouter, apprendre les méthodes de la relation d'aide, c'est suffisant pour être un soignant attentif à l'autre. Et les activités cliniques ne leur permettent pas toujours de générer des questionnements.

La formation des cadres ouvre d'autres perspectives, car ces praticiens ont de l'expérience et peuvent la questionner. C'est aussi à partir du moment où ils vont étudier les organisations qu'ils vont davantage investir des approches en sciences sociales. Ces approches resteront en revanche, comme je l'ai indiqué précédemment, presque toujours centrées sur l'étude des modes d'organisations du travail.



Matthieu Lustman : L'essentiel, il me semble, est qu'il apparaît, dans ce que tu dis, **une déconnexion** assez importante entre la formation théorique qui va insister sur les sciences humaines et sociales et une pratique qui demeure avant tout centrée sur la logique biomédicale. Dans la pratique, les sciences humaines et sociales restent à la marge. On peut se demander si on n'adresse pas aux étudiants ***une injonction paradoxale*** : « Formez vous à

l'approche sciences humaines et sociales, c'est très important, mais dans la pratique, puisqu'il faut des solutions rapides à un problème précis, le modèle biomédical demeure le modèle principal, voire l'unique ».

Dominique Le Bœuf : Du moins, ils ne l'utilisent pas dans l'immédiat. C'est-à-dire qu'on a du mal à leur expliquer, au moment où ils ont ces enseignements, le bénéfice qu'ils pourront en tirer plus tard.

Matthieu Lustman : Après les étudiants infirmiers, les étudiants en médecine. Je propose de vous parler de deux expériences que j'ai vécues en tant qu'enseignant en faculté de médecine : une expérience avec les « première année » et une expérience avec les 3ème cycle (les internes en médecine générale qui préparent leur doctorat). Souvent ce sont des médecins qui enseignent les sciences humaines et sociales aux étudiants de première année, j'ai donc été agréablement surpris à mon arrivée à la faculté qui m'avait recruté, lorsque j'ai découvert que ce n'étaient pas des médecins mais des chercheurs en sciences humaines et sociales qui étaient chargés de cet enseignement. De plus cette responsabilité avait été confiée à un centre d'éthique et non à des médecins. Cette situation m'a fait d'autant plus plaisir que, cette fois-ci, j'étais sollicité non en tant que médecin, mais en tant que sociologue. Je pouvais assumer tranquillement ma seconde casquette.

La formation en 1ère année est constituée par 6 modules : histoire, sociologie, psychologie, droit, économie, philosophie. Chaque enseignant est un acteur de son domaine et non un médecin qui se serait plus ou moins bien approprié telle ou telle discipline. Avec 6 modules d'enseignement, il existe un risque de dispersion, c'est pour cela que depuis 3 ans, le centre d'éthique propose un fil rouge commun (le cancer) afin de donner une unité à la formation. Si le cancer a été retenu, c'est que d'un point de vue pédagogique le centre d'éthique a pour objectif de développer chez les étudiants ***une logique réflexive***.

Le cancer présente « l'avantage » d'être une pathologie malheureusement assez fréquente et à laquelle il est possible que les étudiants aient été confrontés chez un proche, utiliser alors un tel fil rouge permet de s'appuyer sur « leur expérience ». Ainsi les étudiants peuvent confronter leur expérience avec le savoir diffusé pendant le cours, ce qui permet d'amorcer plus facilement une démarche réflexive. Un des enjeux est de rendre les étudiants plus actifs, afin que leurs cours ne soient pas que des éléments du concours, mais qu'ils puissent se les approprier. Chaque module est constitué de quatre cours et d'un ED[54]. Il est possible de proposer des ED parce que la faculté que j'avais intégrée est petite avec un amphi de 500 étudiants. Cela serait impossible dans les grandes facultés de médecine, où le nombre d'étudiants en première année se situe entre 2 000 et 3 000 puisqu'aux étudiants en médecine ont été associés, dans ce qui s'appelle maintenant la PACES[55], les étudiants kinés, sages-femmes et pharmaciens.

Un ED avec seulement 50 étudiants permet en théorie de sortir de la logique du cours magistral et donc de favoriser l'interactivité et **par conséquent la réflexivité**. Je dis bien en théorie, car il ne suffit évidemment pas de poser la réflexivité comme objectif pour que cela devienne une évidence. Je pense que c'est à partir du moment où une équipe d'enseignants se propose comme objectif de développer la réflexivité des étudiants, que le débat doit s'amorcer et les

[54] ED : enseignement dirigé.
[55] PAES : première année commune des études de santé.

questions s'amonceler : quel sens cela a-t-il de choisir ce type d'objectif ? Quel sens précis donner au concept de réflexivité ? Cette définition est-elle partagée par l'équipe d'enseignants ? Est-ce pertinent de vouloir développer la réflexivité des étudiants dans une année qui est sanctionnée par un concours ? **Si on n'associe pas les réflexions sur le dispositif à mettre en place et sur la posture pédagogique à adopter en cours, le concept de réflexivité ne risque-t-il pas d'être en partie incantatoire ?**

Ces questions peuvent se multiplier à l'infini, elles ont pour support les questions de l'évaluation des pratiques et de la pédagogie de l'enseignement supérieur[56] et se fondent sur l'hypothèse qu'il ne suffit pas de poser et d'exposer « les sciences humaines et sociales » pour que les étudiants en médecine s'approprient réellement ces disciplines et développent en conséquence une démarche réflexive. C'est l'opposé que j'ai souvent observé dans la pratique : exposer dans un cours magistral les sciences humaines et sociales en première année de médecine, ce qui relève déjà d'un âpre combat, semble suffire en soi. J'ai observé cette situation même si un dispositif pédagogique général a été mis en place. Transmettre le savoir aurait ses vertus propres, et il n'y aurait pas d'obligation de s'adapter au public particulier d'étudiants en médecine qui préparent un concours. **C'est cette logique que je vous propose de discuter.**

Je dois préciser que je livre là une première impression, liée à mes débuts dans l'enseignement universitaire, lorsque je donnais mes cours sans être intégré à l'équipe pédagogique. Des cours que j'ai préparés relativement seul ; même si j'ai eu quelques indications et un véritable accompagnement, il était impossible d'avoir un retour de l'équipe et le retour de la part des étudiants était trop sporadique pour être facilement décryptable. Lorsque, les années suivantes, j'ai intégré l'équipe, j'ai compris que mon appréciation initiale devait être nuancée et que l'équipe

[56] Voir entre autres à ce sujet les travaux de M. Romainville, *Savoir parler de ses méthodes. Métacognition et performance à l'université*, De Boeck, 1993, de A. Coulon, *Le Métier d'étudiant. L'entrée dans la vie universitaire*. Anthropos, 2005 et sous la direction de R. Pallascio et L. Lafortune*, Pour une pensée réflexive en éducation*, Presses de l'Université du Québec, 2002.

avait un projet pédagogique précis. Ainsi pour favoriser le développement de la réflexibilité, l'équipe avait conçu un dispositif pédagogique qui reposait, comme je l'ai déjà dit en partie, sur une présentations des sciences humaines et sociales en six modules, six ED, un fil rouge ; à ces éléments s'ajoutaient une évaluation sous forme de dissertation, avec un temps de formation des étudiants à la dissertation, un questionnaire de satisfaction auprès des étudiants, ainsi qu'un temps d'accompagnement des enseignants lors des cours, un temps de préparation des ED et une volonté d'évaluer ce dispositif.

Ainsi, l'impression que je m'étais faite en tant qu'enseignant était partielle, il ne s'agissait pas que de présenter les sciences humaines et sociales aux étudiants mais de donner du sens à cet enseignement. Ainsi au-delà de la simple transmission de savoir et de l'affichage d'un objectif (la réflexivité), il y avait une articulation entre un objectif précis et clairement défini et un véritable dispositif pédagogique en cours de construction depuis dix ans, et qui se développe toujours. Pour autant, malgré ce dispositif pédagogique théorisé et construit, l'impression générale restait la même : certes l'objectif était défini, certes il y avait une logique théorique, mais le lien entre le dispositif et la pratique n'était pas fait : la manière de donner le cours ou de faire l'ED restait théorique et ne faisait pas objet de débat. Ainsi à l'idée que le cours magistral devait suffire en lui-même, s'ajoutait l'idée que le dispositif pédagogique structurait suffisamment l'enseignement pour permettre de donner un sens concret à l'objectif de réflexivité, ce qui permettait de ne pas s'interroger sur la pédagogie même du cours magistral ou de l'ED. Comment alors être sûr alors de ce que retiennent les étudiants ?

Si je m'interroge autant sur les questions de pédagogie et sur la réalité du message transmis aux étudiants, c'est qu'à côté des objectifs pédagogiques de l'équipe, j'ai mes propres objectifs dont le plus important est de faire réfléchir les étudiants à leur devenir. Je souhaitais qu'à travers les cours, ils commencent à réfléchir au type de médecin qu'ils souhaitaient être. L'hypothèse sous-jacente est que le cours n'est pas qu'un lieu de savoir mais aussi un lieu de construction identitaire. Je trouve cet objectif d'autant plus important que la première année de médecine est uniquement centrée sur des savoirs théoriques et sur le concours. Elle est totalement déconnectée de la pratique.

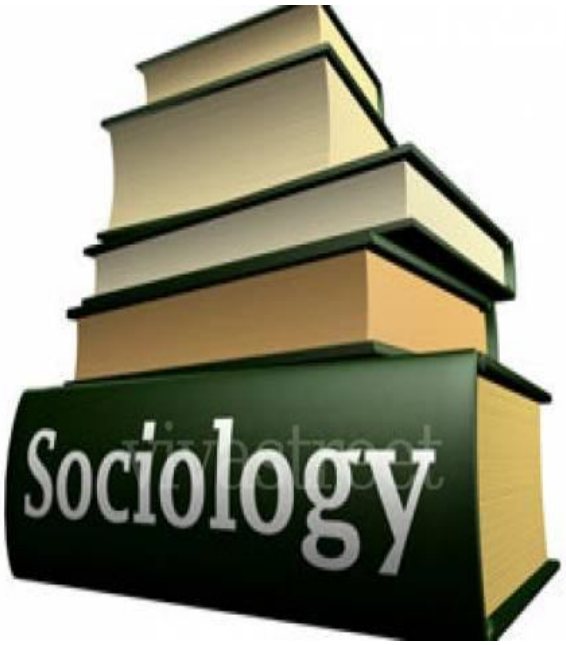
Le concours est comme une montagne que l'étudiant est obligé de franchir avant de commencer à s'imaginer être médecin un jour. Ils ne savent pas du tout vers quoi ils se dirigent, et ils commencent peu à peu, à travers la somme de travail qu'on leur demande, à se former à l'identité traditionnelle du médecin, c'est-à-dire qu'un médecin est avant tout celui qui doit savoir apprendre beaucoup de choses. De plus comme les disciplines mises en avant relèvent principalement de la biologie, de la physique et de la chimie, l'étudiant fonde sa culture médicale sur une logique biomédicale, qu'il identifie peu à peu à la science. En réfléchissant aux enjeux de construction identitaire dès la première année, c'est bien la question fondamentale de l'influence de la formation initiale sur les médecins qui est posée : *quelle formation pour quel type de médecin ?* Cette formation est-elle adaptée ? Ainsi que la question de la sélection des étudiants, le concours sélectionne-t-il les meilleurs étudiants ? De quelle manière serait-il possible de répondre à cette question ?

Ce que j'ai décrit jusque là est assez théorique, alors qu'un cours prend sens dans une pratique et s'incarne dans un individu qui fait passer le message à travers sa manière d'être, en fonction de ses propres enjeux et de sa façon de s'approprier le message plus ou moins clair de l'équipe

pédagogique. En toute logique, il nous faut maintenant revenir au principe de la *double casquette,* et se demander comment cette trajectoire singulière influence le cours. De façon surprenante, la double casquette facilite franchement l'échange. En effet, après un premier cours un peu difficile, le temps de comprendre le fonctionnement d'un amphi, le contact avec les étudiants s'est très bien passé, comme pour mes collègues enseignants psychologues (médecins aussi) et à l'inverse de mes collègues historien, philosophe, économiste et juriste. Très clairement le questionnaire de satisfaction montre que les modules de sociologie et de psychologie sont nettement mieux appréciés que les autres. Est-ce juste un réflexe légitimiste, les étudiants accordant plutôt du crédit à un enseignant parce qu'il est un médecin ? De fait il s'agit d'un débat de fond : faut-il être médecin pour enseigner à des médecins ? Comme il faudrait forcément être femme pour soigner des femmes ? Il serait difficile voire impossible, alors, à un sociologue d'enseigner à des étudiants en médecine ?

Il s'agit d'une vraie question : « quel est le rôle et la place des chercheurs en sciences humaines et sociales dans un univers qui n'est pas le leur ? De quelle manière analyser alors les logiques et les enjeux de ces enseignements transdisciplinaires ? Cette question doit être traitée de manière complexe sans tomber dans les réponses faciles en brandissant l'enjeu de « légitimité » et en renvoyant à une lutte de pouvoir entre les deux disciplines. Les médecins dans leur citadelle seraient incurables et refuseraient au fond d'eux-mêmes, malgré un bon vouloir apparent, de faire une vraie place aux chercheurs en sciences humaines et sociales. La seule explication serait la permanence du pouvoir médical. Même si les enjeux de légitimité sont bien présents, je pense que l'explication est un peu plus complexe.

On pourrait d'ailleurs se demander de manière un peu provocatrice : que penseraient des étudiants en sciences humaines et sociales dont les cours de la sociologie de la santé seraient effectués par des médecins ? Ceux-ci seraient-ils crédibles ou jugés comme des amateurs qu'on écoute poliment afin de voir de quelle manière ils peuvent comprendre les sciences humaines et sociales ? Dans les cours de sociologie de la santé que j'ai suivis, les cours étaient assurés par des sociologues ou par des médecins transfuges qui était allés de la médecine aux sciences humaines et sociales, mais jamais par des médecins qui auraient fait des sciences humaines et sociales un domaine d'intérêt. Il n'est pas évident de s'approprier une autre discipline que la sienne, surtout après avoir été socialisé par les théories et les modes d'apprentissage. Il est encore moins évident de savoir de quelle manière présenter sa discipline à des étudiants d'une autre. Que faut-il transférer ? Quel objectif faut-il fixer ? Jusqu'où faut-il aller ? Jusqu'où faut-il ne pas aller ?



N'est-ce qu'une question de légitimité ou est-ce aussi un enjeu de terrain, d'authenticité ? De pouvoir être perçu comme authentique par les étudiants parce qu'on sait que l'enseignant partage la même histoire, le même terrain au quotidien ? A partir du moment où les étudiants construisent pendant les cours une partie de leur future identité professionnelle, ils sont extrêmement sensibles à ce qu'ils perçoivent de l'enseignant, sa passion, son engagement, sa capacité à incarner le cours. Les étudiants ont besoin de pouvoir s'identifier et le grand avantage d'avoir une double casquette est de pouvoir leur présenter des exemples issus de la pratique. Les exemples jouent un rôle essentiel. La théorie restant toujours abstraite pour la plupart des étudiants, le message passe par les exemples.

Les exemples, qui apparaissent après six ans d'enseignement de toute évidence comme le moyen privilégié de faire passer la théorie, étaient pourtant loin d'avoir toute leur place, lorsque j'ai préparé pour la première fois le cours. De prime abord, je l'avais préparé selon une logique très intellectuelle et abstraite en me focalisant sur les théories et les concepts. Cette démarche me paraissait logique, j'étais là pour transférer des connaissances et faire comprendre aux étudiants le rôle et la place de l'approche « sciences humaines et sociales » dans leurs consultations. Je faisais appel à leurs compétences cognitives comme je l'avais fait moi-même quand j'étais étudiant. Il faut dire à ma décharge que le futur enseignant est lancé dans *l'arène* de l'amphithéâtre sans aucun conseil pédagogique. Le contenu du cours avait été préparé avec l'équipe, la pédagogie avait été laissée à ma discrétion, autrement dit à mon inexpérience. De plus, la question de la pédagogie ne se pose pas vraiment lors du premier cours, le stress est si intense qu'il tétanise toute la pensée.

Ce qu'on doit gérer au tout début relève de la capacité à être enseignant, et l'interrogation est alors basique : vais-je survivre à cette première heure de cours ? Vais-je être capable d'affronter ces 500 regards ? Vais-je être capable de parler clairement ? Aurai-je suffisamment d'autorité pour maintenir un minimum de discipline ? Comment faire pour que le cours se passe bien ?

Intuitivement, je savais que si je voulais transmettre mon message, je devais captiver les étudiants, mais pour les captiver, je ne devais compter que sur mes compétences personnelles. Alors sans y avoir vraiment réfléchi, spontanément, pour capter l'attention de mes étudiants (un cours de deux heures c'est très long), j'ai commencé à puiser dans ma pratique pour expliciter les théories abstraites que je présentais. Mais au départ, ce n'était que pour rendre le cours vivant, il restait évident que l'essentiel était de transmettre les connaissances, les théories, les exemples c'était la marge. Puis j'ai compris progressivement qu'il fallait inverser la logique, que les étudiants ne retenaient pas grand-chose des théories, que c'était du savoir abstrait à apprendre par cœur pour le concours et à oublier ensuite. En revanche, *via* les exemples, j'arrivais à transmettre aux étudiants ce que j'avais intériorisé de la théorie dans ma pratique. Dans la manière dont je prends en charge mes patients *transpire* ce qui me semble inconsciemment essentiel des sciences humaines et sociales.

Le savoir principal que je pouvais transmettre aux étudiants est peut-être celui-là. Il est en effet fascinant pour un enseignant, après avoir perçu l'attention limitée des étudiants, lorsqu'il présente les théories, d'observer son public se transformer, le silence total se faire ; les étudiants fascinés face au miroir de l'exemple se mettent en « phase » d'écoute totale. L'image qui m'est venue est celle d'une forêt : chaque étudiant étant transformé en arbre, que je faisais onduler au fil de mes propos, ils voulaient suivre l'histoire ! Ils pouvaient enfin se projeter dans leur futur rôle, imaginer ce qu'ils auraient fait à ma place et se sentir un peu, à ce moment-là, de futurs médecins. L'exemple permet de donner sens à l'objectif que je me donne : aider l'étudiant à savoir quel type de médecin il souhaite devenir.

Dans cette logique, avoir une double casquette a du sens, cela rend forcement le cours vivant. Cette possibilité d'être perçu comme authentique est essentielle pour les étudiants. Ils ont besoin que la théorie s'incarne à travers une personne afin de pouvoir se l'approprier dans un processus ou ils peuvent se projeter, se comparer et avoir un modèle qui fait sens pour eux. La double casquette permet une forme de pédagogie fortuite et induite, sans que ni l'enseignant, ni l'étudiant ne s'interrogent dessus. Lorsque naïvement je partage mon expérience avec mes collègues des sciences humaines et sociales, en pensant ouvrir le débat et montrer le cheminement de ma réflexion, la réponse est invariablement la même : « Ce que tu racontes est sûrement très intéressant, mais uniquement limité à toi, parce que tu es un hybride, moi je ne peux pas le faire ». La remarque sonne comme une fin de non recevoir : ta démarche est intéressante, mais non reproductible, elle t'est personnelle, *fin du débat*. L'enseignant à double casquette est renvoyé à sa solitude fondamentale. Cette expérience est-elle cependant si inutile que cela ? N'existe-t-il pas d'autre moyen de la reproduire sans obliger tous les médecins à faire un cursus de sciences humaines et sociales, ou tous les sociologues à devenir médecins ? C'est en interviewant les collèges du CHU de Tours qu'une solution est apparue, évidente : les cours de première année à Tours sont faits en partie en duo : un médecin et un chercheur en sciences humaines et sociales.

Si tout le monde ne peut pas avoir une double casquette, **tout le monde peut fonctionner en duo**. Finalement, cette expérience n'a donc aucune raison d'être limitée aux hybrides. Avec un binôme, il est facile de relier théorie et pratique. Avoir la double casquette peut permettre une expérience pédagogique en direct, elle peut être utile à condition que le débat puisse être ouvert

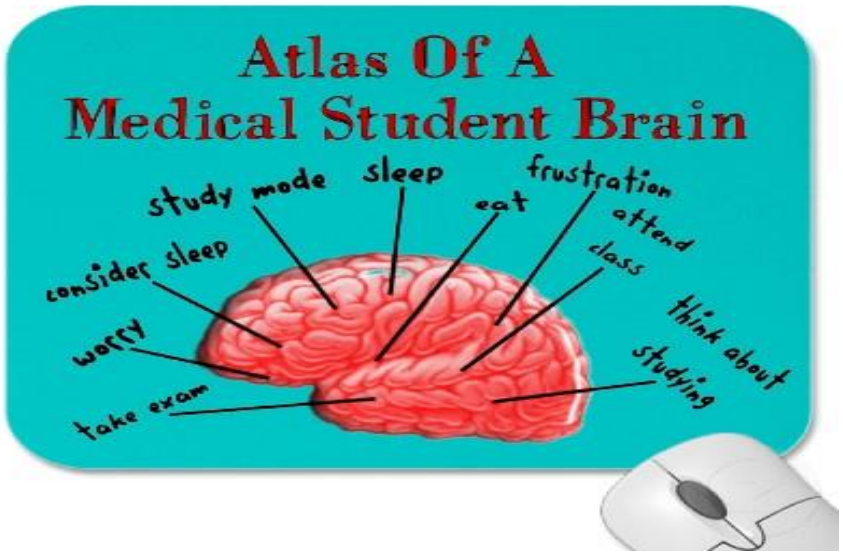
et poursuivi. En effet proposer des cours en binôme ne peut être que l'amorce d'une piste de solution mais surtout pose beaucoup de questions :

- ce constat est-il partagé par beaucoup d'enseignants en première année de médecine ou PACES[57] ?,
- est-il possible de faire de nombreux cours en binôme ?,
- faut-il faire tous les cours en binôme ?,
- est-ce financièrement possible ?,
- un cours en binôme ne s'effectuerait-il pas au détriment du transfert de connaissances ?,
- est-il facile de faire des cours en commun : quelle place pour le soignant, quelle place pour l'intervenant en sciences humaines et sociales ?,
- le soignant ne serait-il là que pour apporter des exemples ? Serait-il instrumentalisé ?,
- comment équilibrer théorie et pratique ?,
- de quelle manière construire ce type de cours à deux ?,
- en permettant une logique de co-construction, ce type de cours peut-il modifier à plus ou moins long terme les rapports entre les deux mondes ?

L'enjeu est bien de cerner ce que peuvent retenir des cours une majorité d'étudiants, de savoir si cela les fait évoluer et de quelle manière : une graine est-elle semée ou est-ce du vent ? Il s'agit de se demander quel est l'objectif réalisé et de ne pas ne contenter de proclamer l'importance des cours de sciences humaines et sociales en première année de médecine. Ce qui est clair, c'est que, lorsqu'on leur donne la parole, la plupart disent qu'ils apprennent par cœur des définitions dans l'unique but de restituer ces connaissances en vue du concours.

Ce constat partagé par maints étudiants revient à émettre l'hypothèse que se contenter de la théorie revient à diffuser du « savoir mort » appris par cœur et aussi vite oublié, avec une influence limitée sur la trajectoire de la plupart des étudiants. La théorie ne peut prendre sens que si elle participe à la construction identitaire des étudiants et la théorie s'incarne dans la pratique via les exemples que propose l'enseignant. En effet, il ne faut jamais oublier que l'étudiant en médecine n'est pas un étudiant en sciences humaines et sociales. Il s'agit bien sûr d'un truisme, la difficulté n'est pas d'accepter cette évidence, mais de lui donner un sens concret. L'enjeu est de réfléchir à ce qui doit être transféré et de quelle manière le transférer, en deux mots, quel savoir pour quelle pédagogie ?

[57] Première année des études communes en santé.



L'étudiant en médecine, en dehors de quelques exceptions, ne sait pas ou ne veut pas entrer dans une démarche de réflexion philosophique. Cela ne signifie pas qu'il est hermétique à toute théorie, mais qu'il veut pouvoir relier ce savoir à des enjeux pratiques. Ainsi il arrive à s'approprier le concept de « représentation sociale », parce que cela peut lui être utile pour comprendre ses patients, mais le concept de « socialisation », qui lui permettrait une compréhension d'ordre plus général, ne l'intéresse pas. Le savoir transféré doit être plus ou plus moins directement « utile » à sa pratique et ne pas être d'ordre philosophique.

Le concept « de savoir utile » fait débat parmi les enseignants. Pourtant l'étudiant s'approprie assez facilement les connaissances dont il juge qu'elles pourront l'aider à devenir un meilleur médecin, à mieux comprendre ses patients, à mieux gérer la relation médecin/malade. En un mot, de manière inconsciente, à construire sa future identité professionnelle, *le reste est littérature*. Il s'agit alors de s'appuyer sur ce que les étudiants s'approprient assez facilement pour les pousser vers un peu plus de réflexion sur eux-mêmes avec une prise de distance, voire les inciter à une démarche réflexive. Mais là nous sommes dans le champ des hypothèses qui n'ont de sens que si on s'interroge sur ce qu'on entend réellement par « développer les compétences réflexives des étudiants », en ne se contentant pas uniquement de proclamer la réflexivité comme objectif de manière théorique. L'enjeu me semble être bien plus vaste que la simple volonté de développer la réflexivité chez les étudiants. Elle porte sur la place des connaissances en sciences humaines et sociales tout au long de la trajectoire d'un soignant.

Être un enseignant à double casquette permet donc de s'interroger, d'ouvrir le débat. Ainsi, si avoir une double casquette apporte une certaine légitimité, c'est par ce qu'elle peut faire passer, et non pas par ce qu'elle représente dans des enjeux de défense professionnelle et de pré carré.

Avoir cette double démarche ne se limite pas à présenter les exemples ni à réfléchir aux enjeux pédagogiques entre théorie et pratique, mais donne peut-être une plus grande sensibilité aux attentes des étudiants[58], soit parce que, ayant été à la place des étudiants[59], je pouvais

[58] Mais là il s'agit d'une pure hypothèse, cela peut aussi être par inclination personnelle.

comprendre leurs attentes et un peu m'identifier à eux en me fondant sur mes propres souvenirs, soit parce que le fait d'être entre deux disciplines fait voir les choses autrement et développe un esprit critique par rapport à l'enseignement reçu. Ainsi dès le départ, je souhaitais instaurer un minimum d'interactivité dans l'amphithéâtre. Au tout premier cours j'avais demandé aux étudiants de répondre à deux questions : « leur définition de la médecine et celle du rôle du médecin ».

Cette démarche me semblait évidente, il fallait sortir du cours ex-cathedra et créer un vrai contact avec les étudiants. J'avais proposé cette idée, sans avoir vraiment conscience des enjeux pédagogiques dans lesquels j'étais novice. C'était de l'ordre de l'intuition et de mes souvenirs d'étudiant en médecine : un enseignant doit être passionné et laisser une petite place aux étudiants. Cette première expérience a permis d'instaurer un bref dialogue avec un grand nombre d'étudiants et j'ai eu la surprise de voir arriver quelques questions « surprenantes »[60] comme : « Mais comment peut-on devenir sociologue ? », « Comment fait-on pour être à la fois sociologue et médecin ? » et lors du dernier cours, quelques étudiants m'ont même dit : « J'ai plus envie de faire de la sociologie que de la médecine ».

Ce premier essai avec les étudiants a permis un constat et entraîné une conséquence.

Un constat : cette première tentative maladroite a ouvert un dialogue avec les étudiants et montré par le jeu des questions-réponses que le fait d'être enseignant à double casquette intrigue les étudiants (combien, je ne sais pas) et les incline à voir le cours autrement. En effet par le simple fait de l'exemplarité, on peut supposer que l'approche sociologique leurs paraît moins abstraite, moins théorique et leur montre qu'il est possible de travailler sur les deux champs, que cela a du sens. Cet exemple pratico-pratique leur permet peut-être d'être plus sensibles au cours, il fait peut-être partie des éléments pédagogiques qui favorisent l'appropriation du cours par les étudiants. Ce qui est certain, c'est que leur donner l'exemple dès le départ leur ouvre des portes et leur montre concrètement qu'il est possible, dans la pratique, d'aborder la médecine autrement que d'un point de vue biomédical.

Une conséquence : cette première tentative, qui s'appuie sur l'intuition sans que j'y aie vraiment profondément réfléchi au départ, de rendre le cours interactif, a vite lassé les étudiants. Ainsi lorsque j'ai voulu renouveler cette méthode au cours suivant, le nombre d'étudiants qui ont participé à ce dialogue a drastiquement diminué. Ce paradoxe entre un premier succès initial et un semi-échec ensuite m'a obligé à m'interroger en permanence sur la méthode pédagogique que je devais engager. Ce qui m'apparaissait clairement, c'était que les étudiants de première année étaient friands d'innovations. Ils étaient prêts à jouer le jeu, mais en même temps, ils n'étaient pas dupes et quand l'innovation leur semblait devenir un gadget, qu'elle ne leur apportait plus rien, ils ne la suivaient plus. Les étudiants veulent donc de l'interactivité mais en même temps répondent de manière timorée et peu impliquée lorsqu'on la leur propose.

Dans les années suivantes, je n'ai cessé de vouloir résoudre ce paradoxe et je me suis toujours interrogé sur ma démarche pédagogique, consistant comme nous y incite encore une fois

[59] Je m'étais beaucoup ennuyé lors des cours en PCEM1 et c'est Albert Jacquard qui m'a permis de me projeter et de penser qu'un médecin pouvait ne pas être que quelqu'un qui connaissait des maladies par cœur.
[60] À y réfléchir, pas tant que cela… Cependant elles m'ont étonné dans un premier temps parce que j'étais centré sur mon questionnement vis-à-vis des étudiants et non sur ce que ma propre démarche pouvait générer chez les étudiants.

Schön[61], à réfléchir sur l'action pendant et après l'action. J'ai tâtonné et chaque année, j'ai proposé aux étudiants des nouvelles formes d'interactivité et j'ai guetté leurs réactions. J'ai progressivement compris, entre autres, qu'il fallait varier les formes d'interactivité à chaque cours, multiplier les exemples et mieux les travailler, ne pas rester derrière le bureau mais se mouvoir dans l'amphi et aller poser des questions aux étudiants en face à face, en brisant en partie la barrière professeur/étudiants, leur laisser un temps de parole et de m'appuyer quand c'était possible sur leurs expériences et leurs réflexion même s'ils ne sont qu'en première année, en leur proposant des cas cliniques et des jeux de rôle en amphithéâtre. Cette démarche leur permet de tester réellement les concepts explicités lors du cours et de leur montrer qu'ils ne sont pas pure théorie. Finalement, ce qui n'était qu'une intuition au départ est devenu au fil des cours **un objet d'étude** et une interrogation : pourquoi les enseignants du supérieur n'ont-ils aucune formation pédagogique avant de descendre dans l'arène affronter les étudiants ? Faut-il que le désir d'une démarche pédagogique ne repose que sur l'intuition de l'enseignant ou se refugie uniquement derrière un dispositif pédagogique théorique de l'équipe ? De quelle manière penser une réelle approche pédagogique globale de l'enseignement en PACES, la volonté de l'enseignant, le dispositif pédagogique, n'étant alors qu'une première étape ?

Au delà de l'interrogation sur les outils pédagogiques, je me suis aussi intéressé au sens du cours lui-même. Je ne sais pas si cette interrogation est liée à ma double casquette ou à l'ensemble de mon parcours, mais il m'a semblé essentiel de s'interroger sur les objectifs pratiques du cours : que peuvent en retenir les étudiants au delà d'un savoir abstrait pour le concours ? Il s'agit non seulement ici de la question de « l'utilité » du cours mais aussi de la manière dont les étudiants peuvent ou non comprendre l'intérêt de s'approprier les cours pour la suite de leur parcours professionnel. Le fait de savoir si les connaissances transmises doivent être utiles aux étudiants fait l'objet d'un paradoxe : mes collègues posent comme postulat que, puisque l'objectif de l'enseignement est de développer la réflexivité des étudiants, les connaissances en elles-mêmes ne sont qu'un support, *a contrario* les étudiants ne s'intéressent qu'aux savoirs qu'ils supposent être utiles pour leur pratique, les autres connaissances étant destinées à l'oubli. Je ne propose pas d'ouvrir ce débat ici, car il est trop complexe mais au moins d'en poser les enjeux : de quelle manière la question de l'utilité pourrait-elle être reliée aux enjeux de réflexivité ?

En effet pour que l'étudiant développe une logique réflexive, il faut que le cours le fasse réfléchir et pour cela il faut qu'il puisse se l'approprier, c'est-à-dire, d'après ses dires, en comprenant comment le cours pourra lui être utile pour sa pratique. Ainsi si on prend l'exemple d'un cours d'histoire de la médecine, il ne suffit pas d'exposer des connaissances pour qu'automatiquement l'étudiant déploie sa réflexivité, surtout pour une matière comme l'histoire qui apparait bien éloignée de ses pratiques. Dans les interviews, quelques rares étudiants comprennent un petit peu et de manière implicite comment l'histoire peut les faire réfléchir sur leur pratique, ils comprennent qu'ils sont les héritiers d'une histoire et qu'être médecin c'est avoir des valeurs autant que de posséder des savoirs. Cependant la plupart ont un regard assez critique sur le cours d'histoire, car ils n'en saisissent pas la finalité, ils restent dans une logique instrumentale. Alors, même si cette logique instrumentale ne plaît pas aux enseignants, il est impossible de ne pas en tenir compte si l'on tient à développer la réflexivité des étudiants. Le chemin de la

[61] Donald Schön, *Le praticien réflexif*. Les éditions logiques, 1994

réflexivité passe par la prise en compte de leurs attentes[62]. Il reste à savoir de quelle manière il est possible dans un cours de prendre en compte ces attentes.

Pour prendre en compte les enjeux propres de l'étudiant, il faut d'abord saisir qu'ils ne comprennent pas forcément la démarche et la logique de l'enseignement. Cependant si on prend le temps de leur expliquer que l'histoire entraîne un détour critique qui permet de mieux comprendre le présent, de prendre une distance avec ce qu'ils vivent tous les jours et qui leur paraît évident, ils sont beaucoup plus intéressés. Ainsi l'histoire, qui permet de saisir quelles questions les médecins se sont posées dans leur passé, ainsi que leurs échecs, leurs succès, comment ils ont tâtonné et donc au final de mieux appréhender sa future pratique, prend un autre sens pour les étudiants et ils comprennent alors les enjeux et s'approprient un peu mieux ce cours. Si on donne l'impression de proposer de la connaissance pour de la connaissance, l'étudiant se replie, si au contraire, on explique la démarche, l'attention d'un plus grand nombre d'étudiants se réveille et ils peuvent alors initier une démarche réflexive.

S'appuyer sur la logique des étudiants, expliciter la démarche, permet de créer un chemin qui amorce la réflexivité. La question qui se trouve posée ici, est bien de savoir jusqu'où et selon quelle logique l'enseignant doit chercher à comprendre les étudiants, leurs processus cognitifs, adapter son cours ? Ce qui apparaît ici c'est que la double casquette oblige à porter une attention soutenue à ce que vivent et ressentent les étudiants, car je peux partir de ma propre expérience d'étudiant en médecine tout en reliant ce vécu aux objectifs du cours de sciences humaines et sociales et à sa logique. L'enjeu est bien de construire un chemin entre ces deux disciplines. Avoir un objectif, un dispositif pédagogique, exposer des connaissances ne suffit pas en soi, il faut prendre le temps d'écouter les étudiants et d'adapter la démarche pédagogique sans oublier la logique propre des sciences humaines et sociales : *s'adapter sans perdre la rigueur de ses deux disciplines d'origine*.

Enseigner la sociologie à des étudiants en médecine comporte un avantage important sur l'histoire, celui de pouvoir être perçu un peu moins comme de la pure connaissance intellectuelle et un peu plus comme *un savoir pratico-pratique*, l'étudiant peut alors faire des liens et donc plus facilement s'approprier la sociologie. En effet les cours se centrent beaucoup sur la relation médecin/malade et l'étudiant comprend aisément l'intérêt qu'il a à mieux cerner son futur patient et à réfléchir à la manière dont il pourra « gérer » [63]ses rapports avec les malades. La plupart des étudiants saisissent alors qu'il ne suffit pas d'être « humain » et d'être à l'écoute pour pouvoir être un bon médecin[64]. Ainsi même si l'étudiant ne comprend pas vraiment l'explication théorique de l'intérêt pour lui d'appréhender les savoirs élaborés par les sociologues, il peut le saisir de manière intuitive par le cours. Il s'initie ainsi peu à peu **à la complexité** du rôle du médecin, à l'idée que ses connaissances biomédicales ne lui suffiront pas et qu'il devra développer **des**

[62] Comme le constatent et le répètent souvent les pédagogues de l'enseignement supérieur. Voir le blog d'Amaury Daele : « Pédagogie universitaire : enseigner et apprendre », http://pedagogieuniversitaire.wordpress.com/author/adaele

[63] L'utilisation du verbe « gérer » devrait être l'objet d'un débat, il s'agit de retranscription ici, la manière dont les étudiants perçoivent les enjeux de la relation médecin/malade.

[64] Cette analyse repose sur les interviews de vingt étudiants.

compétences[65]. Cependant malgré ces atouts, le risque est encore grand de transférer beaucoup trop de théorie et que les étudiants en arrivent à apprendre par cœur des définitions.

Cette stratégie « choisie » ou « subie » par les étudiants apparaît totalement absurde dans une logique « sciences humaines et sociales », mais elle est cohérente avec l'esprit d'un concours en faculté de médecine. Écouter les étudiants permet de prendre conscience de la distance qui existe entre le cours qu'on prépare, les objectifs que l'on se fixe et la manière dont l'appréhende l'étudiant. Lorsque j'ai construit le cours, j'ai totalement oublié que les étudiants devaient l'apprendre. Cette logique peut apparaître au propre comme au figuré totalement surprenante, mais j'étais centré, prisonnier même, de la préparation du cours avec pour enjeu principal d'être sûr que je présentais aux étudiants *les bonnes connaissances*. Je suis donc resté dans la logique de mes cours en sciences humaines et sociales, ma double casquette m'a fait défaut. Au delà de ce constat, il faudrait s'interroger sur la manière dont nous construisons nos cours, la place que nous laissons aux étudiants dans nos réflexions et la conscience que nous avons de la manière dont l'étudiant pourra les apprendre et les utiliser éventuellement à long terme au delà du concours.

Ainsi, même si j'ai consulté des collègues, lu des ouvrages de références[66], j'ai l'impression de demeurer dans un bricolage permanent où à aucun moment je ne peux débattre d'une question essentielle : « que faut-il transférer de la sociologie vers les étudiants en médecine ? ». Je ne sais pas d'ailleurs si cette question est réellement débattue quelque part et si le point est fait sur ce que les sciences humaines et sociales essayent de transmette aux étudiants. Par exemple : doit-on se limiter à leur faire prendre conscience de l'apport de la sociologie en médecine ou essayer dans une perspective plus ambitieuse de leur faire comprendre le rôle et la place de la sociologie de manière plus générale dans la vie quotidienne ? Faut-il chercher à leur faire prendre conscience que de fait tout acteur mobilise de la sociologie au quotidien même si on peut qualifier cette pratique de « sauvage » puis qu'elle repose sur « le bon sens » et non sur une véritable réflexion, sur une distanciation critique ?

De fait, la sociologie demeure assez mystérieuse pour les étudiants, il faut donc un cours « d'explication » adapté à des étudiants. C'est pour cela que je commence mes cours de P1 par des études de sociologie générale. Je leur présente ainsi « la mode »[67], « les seins nus sur la plage »[68], « le sexe sur internet »[69], l'enjeu est de m'appuyer sur ce qui intéresse les étudiants pour tenter de décloisonner la sociologie de sa sphère abstraite et philosophique. Ce questionnement permet à mon avis d'ouvrir le chantier de la réflexion et de réfléchir au delà des objectifs de l'équipe pédagogique, sur les implications et les conséquences réelles du cours pour les étudiants. Quel est l'apport des sciences humaines et sociales aux étudiants ? Une ouverture d'esprit ? Des slogans ? Des connaissances ? Des modèles ? Un début de questionnement ? L'amorce de la complexité ? Un début de démarche réflexive ? Ou plus prosaïquement pas grand-chose, juste le vague souvenir d'avoir eu des « sciences humaines et sociales » en

[65] La formation par le développement des « compétences » se développe de plus en plus en médecine, surtout en 3ème cycle : savoir écouter, savoir négocier, savoir éduquer, savoir accompagner et faire un suivi, etc.
[66] Entre autres : P. Adam et C. Hezlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine,* Nathan, 1994 ; S. Rameix, *Fondement philosophique de l'éthique médicale, Ellipses*, 1996, P. Bagros, *Introduction aux sciences humaines en médecine Ellipses* , 2001 ; D. Carricaburu, et M. Ménoret, *Sociologie de la santé*, Armand Colin, 2006.
[67] G. Erner, *Victime de la mode*, 2004.
[68] J-C. Kaufman*, Corps de femmes, regards d'hommes : sociologie des seins nus.* Nathan, 2005.
[69] J-C Kaufman *Sex@mour*, Armand Colin, 2010.

première année de médecine ? Et la question essentielle : ont-elles une influence ou non à long terme sur la pratique, si oui laquelle et si non pourquoi ?

En suivant cette logique, on arrive à un des autres apports possibles de la double casquette, qui serait de lier enseignement et recherche. En effet la seule réponse à la question ci-dessus est de réaliser une étude auprès des étudiants. Ce besoin d'avoir un retour des étudiants, je l'ai aussi ressenti assez rapidement, j'étais gêné de ne pas l'avoir. Le regard critique des étudiants me paraissant d'autant plus essentiel qu'après avoir accumulé ma propre expérience, comment pouvais-je imaginer les attentes d'étudiants de 18, 19 ans qui venaient de passer le bac et qui débarquaient en première année d'université ? Je prenais le risque d'être trop ambitieux, de vouloir trop transférer aux étudiants parce qu'on se projette sur son propre parcours, et on oublie que les étudiants, à côté de la sociologie, doivent s'approprier aussi l'histoire, la psychologie, le droit, l'économie et la philosophie.

La seule manière de sortir de cette impasse est d'initier une étude auprès des étudiants afin de saisir leurs logiques, de comprendre leurs attentes et de vérifier l'adéquation entre objectif de l'équipe pédagogique et objectif réalisé, mais évidemment il faut aussi aller enquêter auprès des enseignants afin d'avoir un discours en miroir et d'éviter ce que l'on entends la plupart dans les couloirs : du côté des enseignants « les dissertations sont de plus en plus mauvaises, le niveau baisse » et du côté des étudiants : « ce prof là n'est pas bon, il n'a franchement aucune pédagogie ». Les questions et les difficultés des uns doivent absolument éclairer la pratique des autres.

Dans cette recherche[70], des éléments d'interrogation montrent la complexité de l'objectif poursuivi. Ainsi, si l'objectif officiel est de développer la réflexivité, dans les faits à travers la pratique des cours et de l'évaluation, le message adressé aux étudiants est paradoxal. Officiellement le discours est : « Il faut que vous réfléchissiez » mais le mode de correction de la dissertation favorise, de manière plus ou moins consciente « la simple restitution des connaissances ». Par manque de temps, de disponibilité et de reconnaissance (je suppose), le débat sur les enjeux de la docimologie n'a été esquissé que très récemment par l'équipe pédagogique. Ainsi parmi les évolutions récentes, dans une volonté de toujours améliorer le dispositif, l'équipe pédagogique propose un cours pour expliquer comment faire une dissertation et a parallèlement mis en place une grille de correction qui favorise l'étudiant qui a compris la logique de la dissertation. Cette amélioration du dispositif vient en complément de la dissertation blanche, qui fait partie du dispositif pédagogique depuis beaucoup plus longtemps, et doit permette en théorie à l'étudiant de mieux se préparer au concours.

Sur le papier la logique est parfaite, sauf que lorsque les étudiants comparent les notes des dissertations blanches, ils s'aperçoivent que ceux qui ont restitué par cœur les connaissances obtiennent les meilleures notes. Ils décident alors de s'abstenir de réfléchir (on ne sait jamais !) et tentent de nous montrer à quel point ils sont « des bons petits élèves ». Cette logique conduit nos valeureux étudiants à apprendre par cœur de la sociologie, de la psychologie ou de la philosophie. Le temps laissé aux étudiants pour écrire leur dissertation peut aussi expliquer cette logique, ils n'ont qu'une heure. Finalement la dissertation qui devrait être l'espace privilégié de la réflexion, se transforme la plupart du temps en un banal contrôle des connaissances. Certains

[70] L'article est à venir.

étudiants en arrivent à apprendre par cœur une dissertation modèle qu'ils retranscrivent de mémoire. L'enjeu réel n'est peut être pas prioritairement d'améliorer le dispositif pédagogique en direction des étudiants[71], mais d'avoir un temps de réflexion approfondi sur la manière dont les copies sont notées et sur les possibilités mêmes qu'ont les étudiants en si peu de temps de poser une démarche réflexive. Ainsi vouloir développer une logique réflexive sans prendre en compte les enjeux de docimologie et les contraintes d'organisation peut mener sur des chemins escarpés et absurdes.

Une des autres conséquences de la logique d'apprentissage que développent les étudiants pour réussir leurs concours est que les sciences humaines et sociales sont plus ou moins bien « digérées », elles peuvent alors devenir normatives et se limiter à des slogans que retiennent de manière superficielle les étudiants. L'exemple le plus typique est « le modèle biopsychosocial », ou modèle de l'approche globale, qui est répété à loisir par les différents enseignants. Le risque est que les étudiants sortent avec l'idée qu'un bon médecin est un médecin qui applique un modèle biopsychosocial, mais qu'ils ne fassent pas forcément le lien entre ce slogan et la pratique. Encore une fois la question qui se pose est : qu'est ce qui est transféré des sciences humaines et sociales vers la médecine, et avec quelle limite ? *In fine* l'enjeu serait de savoir de quelle manière les sciences humaines et sociales influencent et transforment la médecine ? Non pas évidemment comme les chercheurs en sciences humaines et sociales le souhaiteraient mais bien en fonction de la manière plus ou moins digeste dont les médecins se sont appropriés concrètement ce type de connaissances.

Je voudrais finir cette intervention par un exemple pris cette fois dans le troisième cycle. L'idée de réaliser des thèses qualitatives se développe de plus en plus en médecine générale. Avec cependant l'énorme difficulté que les médecins ne sont pas formés à la recherche qualificative et que les chercheurs en sciences humaines et sociales ne sont ni rémunérés ni formés à encadrer des thèses de médecine générale. Fort de ma naïveté, et persuadé que ma double casquette devrait suffire à relever le défi, je me suis lancé dans le suivi d'une thèse de médecine générale avec le statut d'expert en sociologie. Les efforts, l'énergie, la sueur, les échanges à minuit que m'a demandés cette première thèse m'ont montré à quel point je n'étais pas préparé à ce type d'exercice. Malgré tout, par le travail déployé cette première thèse a été un succès, il ne s'agissait que d'une première étape.

En effet vu ce premier résultat, le département de médecine générale a voulu développer les thèses qualitatives, mais là non plus cela n'a pas été simple. En effet, malgré l'intérêt, la demande restait ambiguë, il a encore fallu convaincre les différents acteurs de l'intérêt de la démarche c'est-à-dire de les convaincre de la rigueur de la recherche qualitative[72]. Ainsi malgré la bonne volonté de tous les acteurs du DEM[73], il a fallu un an de tâtonnement, de bricolage, avant de trouver la bonne formule qui permette à la fois d'expliquer la recherche qualitative aux médecins généralistes présents au DEM, de trouver comment construire l'outil (*Le guide de la recherche qualitative*) en direction des directeurs de stage et des étudiants, de réfléchir au mode d'accompagnement des étudiants et à la place de l'expert en sciences humaines et sociales, tout

[71] Comme d'habitude la cible qui doit évoluer c'est toujours l'autre (le patient, l'étudiant) mais jamais soi (le médecin, l'enseignant).
[72] La sociologie est en partie identifiée à la recherche qualitative par les médecins.
[73] DEM = département de médecine générale.

en s'interrogeant en permanence sur les attentes de chacun. Le tout avec comme slogan permanent : être concret, toujours être concret, ne surtout pas se perdre dans la théorie !

Comme d'habitude il a fallu réfléchir en termes « de savoir d'action »[74] et régler toute une série de détails concrets et pratiques : à quel moment l'expert doit-il s'investir dans la thèse (au tout début, et pas juste au moment de l'analyse comme le demandent spontanément les étudiants) ? Comment construire la question de départ et la problématique et faire comprendre aux étudiants qu'ils peuvent s'autoriser à s'interroger sur leur propre pratique qui est suffisamment riche en expérience et en questions, et qu'ils ne sont pas obligés d'aller quémander un sujet chez leur directeur de thèse ? Il a fallu aussi apprendre aux étudiants qu'il ne faut pas étudier que les patients mais qu'il convient aussi de mettre les médecins sous le microscope, ce qu'ils ont du mal à imaginer. Tout l'enjeu est bien de traduire la méthodologie, de savoir comment l'adapter à une thèse de médecine. En effet les étudiants doivent s'approprier la recherche qualitative en un an, là ou un sociologue a huit ans pour se construire sa propre méthode de recherche !

Il n'est pas si évident d'être au clair avec sa propre méthode et de la transférer de manière claire et précise, sans un vrai travail de réflexion. Travail qui n'a jamais était fait dans le parcours en sciences humaines et sociales, où on est à chaque fois renvoyé au livre et à son travail personnel, sans être réellement accompagné. La démarche est d'autant plus complexe que sociologue et médecin ne se réfèrent pas au même paradigme scientifique ! Pour les étudiants en médecine, la seule démarche rigoureuse est l'analyse sémantique des entretiens (la recherche qualitative développée en médecine repose principalement sur les entretiens individuels et sur les focus groupes). Ils reprennent ce que disent les interviewés sans aller plus loin. Pour eux « interpréter » ne relève pas de la science mais de la subjectivité, alors que la démanche scientifique ne doit être que pure objectivité. De même il faut leur apprendre à croiser

[74] Voir Schön.

les regards, à faire des études en miroir et à comparer les discours de médecins et de patients, parce que pour les médecins une bonne thèse ne peut porter que sur une seule population.

Je ne vais pas énumérer tous les enjeux concrets, la question qui fait sens est : quel outil est-il possible de mettre en place pour trouver des solutions à tous ces problèmes concrets ? La solution s'est trouvée d'elle-même si je puis dire, c'est de travailler au quotidien avec les collègues du DEM. Cela a permis de trouver pas à pas comment répondre à chaque question. La double casquette permet d'intégrer l'équipe du DEM et de donner la possibilité et le temps de tâtonner, de bricoler ensemble et aussi d'accepter, parce que le respect était installé, certaines critiques assez directes. Ainsi lors de la préparation commune du guide de la recherche qualitative où j'étais chargé d'écrire le texte de départ, les remarques ont été typiques : « Tu es trop intello, sois simple », « Tu fais beaucoup trop de théorie, sois concret », « Nous, on ne veut que du pratico-pratique », « Fais des textes courts, les plus courts possible », « Tu expliques trop », « L'introduction ne doit pas faire plus d'une page », etc.

L'enjeu a été, tout en gardant la rigueur et le message des sciences humaines et sociales, d'adapter le message aux médecins généralistes et aux étudiants. Il fallait épurer, aller le plus directement possible au sujet, sans se perdre sur un seul détail ou digression inutile. Surtout il ne fallait jamais perdre son temps à expliquer la logique de la démarche, l'enjeu est avant tout de faire la thèse. Cette logique peut se comprendre, après tout il s'agit d'un exercice unique, les étudiants ne sont pas destinés à faire de la recherche mais à être des praticiens. Pour s'adapter sans se trahir et être compris par des acteurs qui ignorent à peu près tout des sciences humaines et sociales, il fallait avoir du temps pour l'informel, pour l'échange, le dialogue, *être un sociologue au cœur d'un DEM*. Cette situation particulière a permis un vrai travail de négociation, la mise en place d'une véritable synergie et j'irai même jusqu'à dire « ***une transaction*** » au sens de Rémy[75]. En effet, finalement, chacun s'est hybridé au contact de l'autre, a été transformé par l'autre, et si les médecins ont découvert la recherche qualitative, le sociologue a été obligé de clarifier sa méthode pour la transférer de manière précise et concise aux directeurs de thèses et aux étudiants. La double casquette c'est donc la possibilité et l'obligation d'être dans la réflexivité permanente. Je te laisse conclure, Dominique.

Dominique Le Bœuf : Je conclurai par quelques questions pour continuer l'échange.

- Si vous êtes chercheur en sciences humaines et sociales, quelles sont vos attentes vis-à-vis des soignants ? Comment aborder les soignants ?
- Comment utiliser leurs compétences pour la recherche ?
- Quel type de relation avez-vous avec eux ?
- On a un peu évoqué ce matin la difficulté de la coopération ; comment intégrez-vous les enjeux propres des soignants, quel types de retour leur faites-vous ?
- Comment vous positionnez-vous dans la formation des soignants ?

Salle : C'est des questions que vous nous posez ?

Matthieu Lustman : Oui ce sont des questions qu'on vous pose. Nous voulions vous proposer des questions réciproques, à la fois pour les chercheurs en sciences humaines et sociales et pour les soignants. Donc voici les questions pour les soignants :

[75] J. Remy, *Produire ou reproduire Une sociologie de la vie quotidienne*. Bruxelles, Editions Vie Ouvrière, 1978.

- Quelles sont vos attentes vis-à-vis des chercheurs ?
- Comment abordez-vous les chercheurs ?
- Comment utilisez-vous les compétences des chercheurs ?
- En tant que soignant, vous sentez-vous chercheur ?
- Quel type de coopération les chercheurs ont-ils avec vous ?
- Comment intégrez-vous les enjeux propres des chercheurs ?
- Comment vous positionnez vous vis-à-vis des chercheurs ?

Ouvrons donc le débat.

DISCUSSION

modérée par Jacques CITTEE[76]

Avoir une double compétence en sociologie et en santé : pour quoi faire ?

Il y a là tellement de questions qu'il me semble que cela prendra des mois et des années … Ce pourrait être une feuille de route pour l'association…

Je reviens à cette « socio-médecine » dont je parlais tout à l'heure en préambule. D'un point de vue purement personnel, il me semble, en effet, que Dominique et Matthieu posent la question de la possibilité d'émergence et de développement d'une **« socio-médecine ».** Y a-t-il actuellement une place dans nos sociétés industrialisées pour une telle médecine ?

Je tiens ce néologisme de Matthieu lui-même et je suis actuellement en train de me l'approprier.

C'est quoi la « socio-médecine » ? Selon ma compréhension, ce serait une médecine, des *pratiques* de soins et de promotion de la santé dont les bases scientifiques ne seraient pas les sciences biologiques et leurs applications comme nous le vivons actuellement – c'est-à-dire la **« biomédecine »** – mais les sciences humaines et sociales. Même si cette « socio-médecine » ne s'oppose pas à la « biomédecine » dominante – étant plutôt dans un esprit de complémentarité – ne s'agirait-il pas, tout de même, d'un changement de paradigme ? Sans doute ! Je vous invite à y réfléchir éventuellement et à en débattre…

Et si on accepte cette idée de « socio-médecine », quelles seraient les conditions nécessaires à son émergence et à son développement ? Il faudrait probablement l'apparition d'hybrides comme vous, comme nous. Ces hybrides que constitueraient les « socio-médecins », les « socio-infirmiers » et autres « socio-professionnels de la santé », n'en seraient-ils pas à la fois les produits et les promoteurs ?

Si oui, se pose alors la question de la masse critique nécessaire de tels acteurs hybrides dans les différentes institutions – circulant entre le monde de la santé et celui des sciences sociales – pour que cette socio-médecine devienne une réalité et sorte de sa marginalité ?

Je laisse la parole à l'auditoire.

Matthieu Lustman : Pour qu'il y ait plus d'hybrides il faut que ce ne soit plus l'exception mais devienne la norme.

Une intervenante : Hybride ou « binôme » ? C'est plus facile, un binôme !

Jacques Cittée : On peut être hybride sans se lancer dans des études longues et difficiles. Cette hybridation peut se faire par la lecture par exemple. Il y a plein de façons d'être hybride.

---

[76] [76] Maître de Conférences Associé de Médecine Générale, Faculté de Médecine Paris Est Créteil (UPEC).

Cécile Fournier : On disait tout à l'heure qu'il y avait d'une part les sciences humaines et sociales et d'autre part les sciences biomédicales qui, elles, avaient le pouvoir. Mais il est à remarquer que du côté des sciences humaines et sociales, il y a aussi des enjeux de pouvoir, qui sont minimisés mais qu'il ne faut pas négliger. Le monde des sciences humaines est un monde très riche et tout n'y est pas consensuel.

Annie-Joëlle Priou-Hasni : Est-ce qu'un professionnel des sciences humaines et sociales qui travaille dans la santé aurait une double casquette ? Je suis dans ce cas de figure. Ma réponse serait oui.
Il a une double casquette car il est impliqué avec les professionnels de santé dans un projet. La question est jusqu'à quel point il est impliqué. On peut faire du « in », on peut faire du « on », et on peut faire du « with ». Et le « with » pose de graves problèmes à ceux qui font du « on ». On peut effectivement se sentir marginalisé, en perte d'identité et de repères dès qu'on travaille en collaboration avec les médecins dans un objectif de répondre aussi à leurs attentes, d'être utile et de faire ce qu'ils nous demandent et qu'on n'aime pas faire, par exemple des recommandations. Là c'est l'« horreur » : dans le monde des sciences humaines et sociales, on ne fait pas de recommandations, alors que précisément c'est ce qu'attendent les professionnels de santé à l'issue d'une recherche. On peut donc être en porte à faux avec eux, mais aussi avec les collègues de nos disciplines qui comprennent mal qu'on réponde à la demande sociale, parce que ce n'est pas l'objet premier des sciences humaines et sociales. Ils sont dans une posture critique et pas dans une démarche de réponse.

Matthieu Lustman : Il y a un débat que nous n'avons n'a pas ouvert mais qu'il serait intéressant d'ouvrir. C'est qu'effectivement il y a des sociologues universitaires et des sociologues « professionnels ».

Isabelle Bourgeois : On se focalise beaucoup sur l'identité professionnelle des « double-casquetteux », mais au sein de plusieurs associations de sociologues, il y a des tentatives – que je ne trouve pour l'instant pas réussies - de faire cohabiter des universitaires « pur jus » dont la carrière professionnelle est indexée sur leur capacité à produire des connaissances et à publier dans des revues qui ne sont lues que par des sociologues (c'est comme cela qu'il sont évalués individuellement) et d'autres sociologues ou anthropologues qui, soit sont universitaires mais qui s'intéressent à la demande sociale, soit ne sont pas directement dans l'institution universitaire. Il y a parmi ceux-là un continuum. Il y a des chercheurs authentiques comme Anne Vega qui publient, mais ont cet inconfort du fait de la précarité des contrats. Et puis à l'autre bout de la chaîne il y a des sociologues qui ont été appelés « praticiens » qui vont faire du conseil et rien d'autre. C'est très riche et varié. L'« utilité » de la sociologie est un gros mot. Dans ces associations, on essaye de faire cohabiter ces différents profils en reconnaissant la diversité des pratiques, mais cela n'arrive quand même pas à avancer.

Cécile Fournier : Vous disiez au début qu'il y avait deux montagnes et qu'il fallait les gravir toutes les deux, ou les ingurgiter. J'ai plutôt l'impression qu'il y a une montagne et une mer, et qu'elles se modèlent l'une l'autre. La montagne, ce serait le bloc de connaissances biomédicales qui pourraient éventuellement être approfondies, mais qui restent assez solides et orientées. Et il y a les sciences sociales, qu'on peut mobiliser de plein de manières : il y a plein de courants, d'enjeux. Cette mer est pour moi plus diverse et complexe à saisir, peut-être parce que j'ai

d'abord gravi la montagne biomédicale, mais à mon avis surtout parce qu'elle renvoie à des épistémologies différentes. Je me dis que la mer peut s'évaporer, pleuvoir sur la montagne…

Anne-Marie Lehr-Drylewicz : Je voulais rebondir sur ce que vous avez dit à propos des recommandations. J'ai la chance de travailler à l'HAS[77] à la commission nationale d'évaluation médico-économique en santé publique. S'il existe quelque part une multidisciplinarité, c'est là. C'est fantastique : il y a autant d'économistes que de chercheurs en sciences humaines. On est deux médecins généralistes. Et les chercheurs en sciences humaines nous sont très utiles. On ne leur demande pas d'écrire des recommandations, mais d'apporter leur éclairage de sociologues ou d'anthropologues. Il y a dans cette commission 33 personnes et les sociologues et anthropologues ont créé un groupe où j'espère pouvoir entrer. Il y a aussi un groupe d'économistes. En ce qui concerne l'enseignement en première année de médecine, j'ai enseigné en binôme d'abord avec un néphrologue ayant une double formation en philosophie. Moi je ne me considère pas comme « double casquette ». Je suis généraliste et enseignante. Je ne suis pas d'accord avec vous : je crois qu'il faut une vraie formation. Le binôme est du coup intéressant car il y a la traduction, le « glossaire » en direct. Il y a par exemple dans mon enseignement un module sur le corps. Le philosophe a apporté tous les concepts et moi je les ai illustrés à l'aide vignettes cliniques, des histoires. Le souci en première année est que les étudiants n'ont qu'un objectif, le concours. Et l'évaluation va se faire avec des mots clés, quelles que soient les modalités de l'examen, dissertation ou commentaire de texte. Ce n'est pas des QCM[78] mais presque. L'étudiant doit apprendre par cœur un certain nombre de choses. Donc, tant qu'on n'aura pas avancé sur cette « connerie » de concours qui a mon avis ne sélectionne pas forcément des bons médecins, notamment ceux qui réfléchissent… Le concours, c'est apprendre par cœur la montagne et cela continue pendant dix ans…

Matthieu Lustman : Ce qui est plus compliqué, c'est le propos qu'ils mettent en avant. Dès le départ, je me suis posé la question : à quoi cela sert-il de faire des sciences humaines et sociales en première année de médecine puisque de toute façon les étudiants n'ont pas de pratique ? Donc de quelle manière va-t-on appuyer la démarche réflexive ? L'idéal serait évidemment un enseignement tout le long de tout le cursus. Mais je pense que cet enseignement est également important en première année, car la première année est essentielle : c'est celle qui met sur des rails. Si en première année on leur apprend que la médecine est uniquement biomédicale et n'a pas deux jambes, alors on se trompe totalement, même s'ils n'ont pas cette pratique. Mais en réalité ils ont une pratique, dans leur expérience personnelle. Ils ont été malades, ils ont vu des choses. J'ai le cas d'un étudiant qui a triplé la première année parce qu'il avait été malade. Il m'a rapporté que du fait de cette expérience personnelle, ce que je disais en cours prenait pour lui un sens.

Anne-Marie Lehr-Drylewicz : Je voudrais rebondir là-dessus. Dans ma faculté, les étudiants admis en deuxième année de médecine à l'issue du concours doivent effectuer un stage infirmier d'un mois à l'hôpital. Cela les perturbe beaucoup. Ce sont des jeunes de 18/19 ans qui vont avoir leur premier contact avec la maladie, la mort, etc. Et nous leur faisons un debriefing de stage en petits groupes de 4 ou 5, en interdisciplinarité avec des cadres infirmiers. Et là, alors que pendant les cours en amphi ils ont envoyé des petits avions et tout …, là, tout d'un coup, ils disent qu'ils

[77] HAS : Haute Autorité de Santé
[78] QCM : Questionnaires à choix multiples

se rendent compte que la « norme intime », le « corps subjectif », finalement ça leur parle. Donc je me dis qu'il faut continuer, car même ceux qui ne feront pas médecine (dentaire par exemple) auront ainsi une petite coloration de sciences humaines et ça peut leur servir en tant que citoyens.

Paul Scheffer : A partir de ce qui vient d'être dit, j'aimerais évoquer le cas d'un ancien étudiant en médecine, Benjamin Courageux, qui en cinquième année a choisi d'arrêter ses études pour faire un master d'éthique à Paris et qui a monté une pièce de théâtre intitulée « Comment la médecine m'a rendu malade », où il revient sur ses études médicales. C'est trois heures sur son vécu dans son cursus. C'est une pièce qui se joue depuis un an, qui a été présentée à l'équipe de la revue « Prescrire » et qui est maintenant présentée au Québec. Par ailleurs, quand vous dites que vous n'avez pas pu trouver beaucoup de publications, moi j'ai pris quatre ans à les collecter. En réalité il y en a de nombreuses, des centaines, mais peu sont traduites …

Dominique Le Bœuf : Je suis au courant de ces publications anglo-saxonnes, mais les infirmières françaises ne s'y retrouvent pas, car le modèle professionnel en Amérique du Nord n'est pas le leur. Elles n'ont pas le même rôle. Ce n'est d'ailleurs pas non plus le même modèle de société. Ces publications sont très intéressantes mais on ne peut pas les mettre en pratique dans la formation infirmière en France.

Paul Scheffer : Il y a tellement de choses qui ont été faites depuis les années 1960 que je pense au contraire qu'il faut aller voir. Je pense qu'il y a une connexion à faire. Déjà il y a des distinctions qui sont très fortes, s'appuyant sur des références solides comme Habermas et qui permettent d'avancer. De plus il y a des grilles qui ont été faites par des psychologues et des sociologues sur le développement des trajectoires dans la réflexion critique. Ils disent bien qu'il faut les adapter pour chaque terrain. Après il y a un travail de reformulation à faire, mais des outils (schémas, grilles, …) sont actuellement disponibles. Moi qui travaille sur le champ de la médecine et de la diététique, je trouve que cela marche bien dans les deux cas.

Dominique Le Bœuf : Je vois bien ce que vous voulez dire en théorie. Mais il faut avoir le temps nécessaire pour faire la traduction dans des process où l'on est extrêmement sollicité pour beaucoup de choses. Pour mettre en pratique la traduction, la reformulation, il ne faut pas être tout seul, même au sein d'une équipe de 14 enseignants, comme dans mon cas…

Paul Scheffer : Le dernier colloque que j'ai organisé s'intitulait : « Formation, esprit critique et place du politique », avec une première journée sur la diététique et une deuxième sur la médecine. En deuxième journée, un enseignant de la faculté de médecine de Lyon et philosophe, Nicolas Choquet, a parlé de la place des sciences humaines, avec ses apports et ses limites dans l'enseignement de la médecine, et de son expérience avec un point de vue critique. Ce colloque nous a permis d'aller assez loin, de débroussailler pas mal. Un des points abordés est l'assimilation habituelle de l'éthique à la bioéthique avec ses problématiques purement techniques, alors que l'éthique à la base est bien plus vaste que cela, avec un questionnement beaucoup plus global. Nous avons constaté qu'il y avait un flou au niveau théorique, pour savoir sur le plan épistémologique jusqu'où on pouvait aller, en l'absence de manuel de référence. Du coup les enseignants sont dans l'inconfort, se restreignant à faire ce que tout le monde fait. Nicolas Choquet dit qu'il y a des passerelles à constituer vers d'autres espaces que l'amphi de

cours magistral, des espaces où il se passe autre chose. Le cours peut être le lieu éventuel pour indiquer que ces espaces existent…

Matthieu Lustman : Pour ces cours en amphi, il y a un vrai paradoxe. On est sollicité pour faire un cours parce qu'on a un doctorat en sociologie, et après plus rien. J'ai essayé vaguement de discuter mais on se trouve alors dans une grande solitude. J'ai découvert ainsi après sept ans d'enseignement dans ma faculté qu'il existait un centre de pédagogie dans la même université et personne ne m'avait suggéré d'aller y faire un tour. Je suis en train actuellement de découvrir que la pédagogie universitaire a produit beaucoup de travaux depuis les années 2000 et à aucun moment on ne m'a dit qu'avant d'aller faire mon cours je devais aller lire cela. Je pense qu'on peut innover. Par exemple j'ai organisé des jeux de rôle en amphi en première année de médecine…

Laurent Marty : Les sociologues critiquent beaucoup les médecins, le travail du sociologue c'est d'analyser ce que fait le médecin. Mais l'inverse est assez peu vrai. Par ailleurs, il y a très peu d'analyses des sociologues et anthropologues sur eux-mêmes. On cherche… on ne trouve rien.

Isabelle Bourgeois : Il y a des sociologues qui ont écrit sur d'autres sociologues : les sociologues académiques qui regardent les « pauvres » sociologues non académiques…

Laurent Marty : Donc finalement il y a autant de problèmes du côté des sociologues et anthropologues que du côté des médecins. Dans ma pratique je travaille autant avec des anthropologues avec qui je m'entends bien, qu'avec des médecins avec qui je m'entends bien, sans m'occuper globalement autant que je le peux de problèmes institutionnels et c'est bon pour la santé ! Je pense que ce type d'approche est en train de se faire un peu partout : ces frontières, ces blocages d'appareil sont en train d'être contournés. Bientôt ceux qui campent sur leurs anciennes positions se retrouveront tout seuls. En particulier avec Internet, qui permet une circulation des connaissances qui change totalement la donne.

Geneviève Picot : Quand on a la « double casquette », il y a comment on se vit et comment les autres nous vivent. J'ai en tête la réflexion d'une directrice de soins infirmiers qui disait : « Moi j'ai une aide-soignante qui a un master en « je ne sais pas quoi… » mais ça ne change rien … ». C'est juste pour dire que la double casquette doit être prise en compte, intégrée dans le travail, dans les objectifs qu'on doit réaliser. Par ailleurs, il y a le rôle de « passeur » et il y a le rôle de « tampon ». Notamment lorsqu'on se trouve dans des phases transitoires de changement. Je l'ai vécu comme cela : un rôle de « tampon » par rapport à mes collègues formateurs qui n'ont pas de formation universitaire et qui se disent qu'il faudrait qu'ils s'y mettent. Ils me voient : j'ai l'impression de les rassurer. Sur la « double casquette » il faut avoir la formation [en sciences humaines] et l'exercice professionnel. Comment, pour ma part, ai-je vécu les sciences humaines en soins infirmiers ? J'ai eu mon diplôme d'infirmière en 1984, je faisais partie des infirmières qui voulaient des sciences humaines au cours de notre formation et on n'en avait pas… En 1992, elles sont arrivées, sauf que ce n'était pas évalué. Mais moi je pense qu'à ce moment, on a plutôt assisté à une dévalorisation des sciences humaines. Parce qu'on se disait : si c'est cela seulement qu'apportent les sciences humaines, et si en plus ce n'est pas évalué… Ce qui change depuis trois ans, c'est qu'il y a une évaluation, avec des variations selon les IFSI[79].

[79] IFSI : instituts de formation en soins infirmiers.

Dominique Le Bœuf : C'est un peu vrai, sauf que les étudiants sont évalués avec des QCM…

Un intervenant : C'est vrai que c'est difficile d'enseigner en IFSI ou en amphi à des étudiants qui n'ont en rien à faire. Mais je rejoins ce qui a été dit sur le fait d'être très pratique et de donner du sens : à quoi sert la recherche, à quoi sert la science ? Moi je vois qu'avec les étudiants en médecine, quand on leur parle de situations de soins ou qu'on les ramène à des situations de soins, on constate que la science est présente dans tous les actes de la vie professionnelle. Déjà voir que dans la vie quotidienne on a besoin de sciences. Puis si on regarde les choses de façon plus transversale et collective, si à chaque moment d'un soin on s'appuie sur des concepts ou des recherches pratico-pratiques qui ont abouti, là aussi on sème tout au long du cursus des petites graines qui font germer la culture scientifique. C'est peut-être à partir de là qu'on peut accrocher, faire germer plus d'appétence, plus d'écoute sur des conceptualisations un peu plus difficiles. Il y a une progression tout au long du cursus de formation.

PARTENARIAT UNIVERSITE - INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ : UNE COOPERATION A CONSTRUIRE

par Béatrice FERMON et Isabelle BOURGEOIS[80]

Résumé de la présentation

En 2006, l'Université Paris-Dauphine a signé une convention de partenariat avec le CHU de Nantes pour articuler la formation de cadres de santé délivrée en Institut de Formation de Cadres de Santé (IFCS) avec la première année du master « Economie et gestion des établissements de santé – formation continue ». Cette convention a été enrichie et renouvelée en 2009.

En même temps, l'Université Paris-Dauphine signait le même type de convention, pour le même objectif, avec le CHU de Poitiers et en 2010, c'est avec l'AP-HP que l'Université contractualisait. La convention avec le CHU de Poitiers arrivait à son échéance en 2012 et n'a pas été renouvelée.

Ces trois expériences de partenariat offrent des champs d'observation privilégiés pour interroger le dialogue entre professions de santé et universitaires. Leur analyse comparative permet de rendre compte de la problématique de la coopération entre ces deux mondes. En effet, si les principes structurant ces trois partenariats sont identiques d'un site à l'autre, certaines questions sont systématiquement rencontrées dans les trois cas, d'autres non. La mise en lien avec les différences de contextes, tant structurel, qu'organisationnel ou managérial, permet de proposer quelques facteurs clés de succès de ce type de coopération.

L'objectif de ces partenariats est de mettre en place une première année de master à l'IFCS. Les professionnels de la santé admis après concours à suivre la formation de cadre de santé peuvent ainsi se présenter à la validation des 60 ECTS de la première année de master. Sous réserve de la réussite aux différentes modalités d'évaluation relatives au diplôme de cadre de santé d'une part et à la première année de master d'autre part, cette année de formation les amène à obtenir une certification professionnelle et universitaire. L'enjeu principal de ces partenariats se situe alors dans l'articulation entre le dispositif de formation professionnelle et celui qui correspond à la première année de master.

La formation des cadres de santé est une formation en alternance. Elle est réglementée par un arrêté qui précise entre autres les thématiques à aborder dans le cadre de 6 modules d'enseignements et les modalités d'évaluation de ces modules. Elle est assurée par des cadres

[80] Béatrice Fermon, maître de conférences Université Paris-Dauphine, responsable du master « Economie et gestion des établissements de santé – formation continue - M1 et M2, Université de Paris-Dauphine et partenariats avec les CHU de Nantes et de l'AP-HP, directrice associée de l'Executive MBA Santé.
Isabelle Bourgeois, docteur en sociologie, consultante en santé publique, chargée d'enseignements dans les partenariats entre l'Université de Paris-Dauphine et les CHU de Nantes et de l'AP-HP

supérieurs de santé, formateurs à l'IFCS, dont les principaux rôles sont les suivants : définir les contenus des enseignements plus précisément que ne le fait l'arrêté ; assurer les enseignements avec, suivant les IFCS, un nombre plus ou moins important d'intervenants extérieurs ; accompagner les étudiants dans l'acquisition de leur nouvelle identité professionnelle dans le cadre d'un suivi individuel ou de séances de régulation au retour des stages.

La première année de master est organisée sur des apports disciplinaires fondamentaux (sociologie, économie, droit, gestion), qui permettent ensuite de travailler sur les dimensions techniques de la gestion et du management dans les établissements de santé. Un mémoire de recherche reposant sur une méthodologie compréhensive est demandé. Les enseignements sont assurés à 60% par des universitaires et les mémoires sont tous accompagnés par des universitaires.

Le principe fondamental sur lequel reposent ces partenariats est un principe d'intégration des dispositifs permettant à chacune des parties de répondre à ses propres obligations. Cette intégration repose sur la mutualisation des ressources, notamment en termes de contenu d'enseignement, mais aussi de validations et de ressources pédagogiques. La mise à plat des deux dispositifs initiaux de formation, leur recomposition autour d'un dispositif commun a nécessité de nombreuses séances de travail entre les équipes des IFCS et les universitaires, au cours desquelles il a été question :

- d'apprendre à se connaître mutuellement pour comprendre les paradigmes culturels de chacun des deux mondes et ainsi « s'apprivoiser » :
- de mettre en débat la vision que chacun des partenaires a des compétences nécessaires à l'exercice actuel du métier de cadre de santé ;
- de partager une vision sur l'évolution du métier de cadre de santé.

L'ingénierie de la formation, la division des tâches, les modalités de coordination, d'articulation avec les étudiants sont également des sujets au cœur du travail de collaboration. Le choix d'évaluer en continu la formation pour effectuer les ajustements nécessaires met régulièrement en mouvement l'ensemble du dispositif.

Le travail coopératif est essentiel pour articuler le plus finement et le plus pertinemment possible les enjeux du terrain avec les savoirs disciplinaires. Il remet cependant en cause les identités professionnelles de chacun des partenaires : les professionnels sont pour les universitaires essentiels car ils constituent le lien avec le terrain pour lequel les futurs cadres de santé sont formés.

Les universitaires apportent une méthodologie dans la compréhension des situations qui permet aux professionnels de prendre du recul et de penser à long terme. Il reste que les équilibres ne sont jamais trouvés de manière définitive, que des risques de « colonisation » de la part de l'université peuvent être perçus et peuvent entraîner des stratégies de repli de la part des IFCS. Il revient alors à l'université de montrer en quoi ses apports constituent une plus-value essentielle et distinctive pour les IFCS. Le contexte actuel de concurrence entre les IFCS et de réflexions sur l'évolution du métier de cadre de santé au niveau du ministère devrait être favorable à ce pari sur la confiance réciproque.

DISCUSSION

modérée par Dominique LE BŒUF[81]

Le modèle de partenariat tissé entre les universités et les IFCS est l'un des premiers sur lesquels nous ayons assez de recul pour questionner la pluridisciplinarité en matière de formation des infirmiers (en précisant que les IFCS forment surtout des cadres de santé issus de la *filière infirmière*, mais pas uniquement).

Vous nous avez montré dans votre présentation que ce qui fonctionne bien, c'est de travailler avec les étudiants cadres – mais aussi avec les formateurs de l'IFCS – à établir le lien entre la théorie et la pratique. Il ne s'agit pas de noyer les étudiants dans l'inventaire des courants sociologiques, mais plutôt de travailler avec eux sur le choix des grands domaines de la sociologie, pour les aider à construire des grilles d'analyse qui les amèneront à une perception renouvelée de leur quotidien.

Il faut donc toujours proposer des situations vécues, qui seront mises en perspective grâce aux approches conceptuelles des sciences humaines.

Cette méthode permet d'entreprendre au bénéfice des étudiants cadres – mais aussi des formateurs – un processus de socialisation professionnelle. Si je comprends bien, il s'agit de « fabriquer des lunettes » à leur intention pour articuler théorie et pratique.

Ce qui peut bloquer néanmoins, c'est la question des identités de chacun des acteurs en présence : les universitaires, les cadres de santé formateurs en IFCS et les cadres en exercice sur le terrain qui dirigeront ces recherches. Il n'est pas évident d'arriver à un langage commun avec des expériences professionnelles aussi différentes. Souvent, l'un des trois acteurs ne s'y retrouve pas.

Il faut aussi mobiliser de nombreux intervenants pour suivre et évaluer le travail des 140 étudiants cadres et les accompagner dans l'élaboration d'une recherche. Ils ne sont pas tous au même niveau de compréhension de ce qu'on attend d'eux dans ce travail. Des regroupements sont organisés pour faire réfléchir les étudiants, notamment dans des ateliers et pour échanger avec les directeurs de mémoire. Pour autant, les niveaux d'exigence des trois catégories d'acteurs peuvent quelquefois être très hétérogènes.

Vous indiquez dans votre intervention que l'IFCS reconnaît à l'universitaire une parole légitime, ce qui lui permet de travailler avec les étudiants et les formateurs sur les concepts des sciences sociales et les méthodologies de recherche. L'universitaire joue un rôle de socialisation des uns et des autres à la recherche. Ce partenariat fait donc aussi progresser la formation des formateurs, dans une organisation apprenante.

[81] Dominique LE BŒUF, secrétaire adjointe de l'association, cadre de santé formateur, Institut de Formation en Soins infirmiers de Versailles, titulaire d'un DEA Sociologie de l'action organisée.

Il demande un gros travail de compréhension mutuelle et une volonté de ne pas créer de hiérarchie. Si cela est difficile pour les formateurs, il en va de même pour les universitaires.

Puisque ces partenariats reposent sur un principe d'intégration, c'est à partir de ce principe que je vais formuler quelques questions pour notre débat.

On assiste ici à une rencontre triangulaire confrontant des objectifs différents : le fonctionnement des services de santé, la formation de leurs cadres et les sciences humaines. Le but n'est pas d'absorber la santé dans les sciences humaines, mais de mailler l'enseignement professionnel et l'enseignement universitaire. Si on n'a pas trouvé la maille, où peut-on en être du tricot ?

Votre présentation met en lumière plusieurs points qui font s'interroger sur le degré d'adhésion possible des formateurs à la coopération IFCS-Université :

- la question de la formation préalable nécessaire de ces enseignants ;
- la difficulté d'intégrer l'Université dans des cadres déjà construits, à savoir les référentiels fixés par arrêté pour la formation des personnels et cadres de santé ;
- la difficulté, avec ces contraintes, de faire « bouger les lignes » afin d'introduire une vision prospective.

A partir de ces constats, voici mes questions pour notre débat :

- Comment avez-vous intégré la contrainte du temps, dans les recherches que les étudiants cadres doivent mener en neuf mois, parallèlement à beaucoup d'autres acquisitions ?
- Quels retours avez-vous ultérieurement de la part des nouveaux cadres de santé, par rapport au réinvestissement – voire à l'accueil – de leur formation "sur le terrain" ?
- Avez-vous une idée de ce qu'ils en font après ? Crée-t-elle chez eux une appétence pour la recherche ?

Intervenant 1 :

L'intégration des sciences humaines dans les cursus de formation en santé n'est pas facile. Il est clair que cette approche bouscule d'emblée les étudiants cadres et leur approche professionnelle, qui est centrée sur avant tout sur la technique et l'action plus que sur la réflexion. Je peux vous relater mon expérience en tant qu'intervenant auprès de cadres infirmiers. Je suis venu avec ma méthode qui consiste à dire : « On va prendre des situations concrètes et on va les travailler ». Donc on a pris une situation concrète. Au bout d'une demi-heure j'ai tenté de les amener, à partir de ce cas, à problématiser. J'ai senti une sorte de flottement, mais au bout de la première heure ils se sont exprimés pour me faire part de leur incapacité à faire « parler » la situation, et nous avons arrêté la formation. C'était la première heure, il devait y en avoir encore huit derrière…

Intervenant 2 : Pourquoi on ne peut pas ?

Intervenant 1 : C'était un contexte de tensions organisationnelles telles qu'il n'était pas possible de le poser. Parce qu'ils ont un mode d'apprentissage centré sur l'action. Les amener à problématiser n'est pas un apprentissage attendu par les institutions, c'est même peut-être

contradictoire pour elles. Ils m'ont dit : « Votre méthode, c'est vraiment ce qu'il faudrait faire, mais on ne peut pas ».

Intervenant 2 : Ça renvoie trop à la réalité et à l'impossibilité de la gérer dans le concret.

Intervenant 3 : Je souhaiterais revenir sur la formation des formateurs en IFCS et dire que leur niveau universitaire a vraiment évolué. En 2006, les cadres de santé formateurs en IFCS avaient en général une formation de master. Aujourd'hui il me semble que nous rencontrons de plus en plus souvent des formateurs avec doctorat. Pour les IFSI c'est la même chose, il y a aussi une évolution du niveau des cadres formateurs, qui doivent eux aussi se former et suivre des masters. La question de la formation à la recherche et du langage commun doit s'en trouver simplifiée.

Intervenant 4 : Il y a quelques docteurs dans les IFCS, mais très peu. La plupart de leurs formateurs sont titulaires d'un master 2, pas plus. En théorie ils doivent acquérir ce niveau, mais les hôpitaux ne financent pas toujours ces formations, pourtant aujourd'hui nécessaires pour l'adaptation à l'emploi de formateur. Je donne l'exemple de mon équipe : cette année il y a eu quatre demandes de formateurs ayant déjà un master 1 ou un master 2 et une seule a été acceptée.

Béatrice Fermon : En 2009-2010, pour le dernier partenariat formalisé avec un IFCS, toute l'équipe n'avait même pas un master 2. Je ne vois pas un nombre de thèses, un nombre de doctorats, suffisamment important pour changer cette situation, mais ça évoluera peut-être dans l'avenir.
Ce qui facilite un langage commun, c'est aussi de passer du temps à se mettre d'accord sur ce que chacun attend d'une formation aux sciences humaines et à la recherche.

Intervenant 4 : L'intérêt des échanges entre les équipes universitaires et les équipes de formateurs des IFCS n'est plus à prouver, pour qu'elles acquièrent une approche commune de la formation à la recherche des cadres de santé et apprennent ensemble de leurs domaines respectifs. Pour autant, la formation des formateurs en IFCS doit évoluer vers un master 2 au minimum, et centré sur la recherche, pour pouvoir encadrer les étudiants cadres de santé. Aujourd'hui, cette évolution est souvent bloquée par l'absence de financement de ces formations, qui doit prendre en charge à la fois le prix de la formation elle-même et le salaire du remplaçant du formateur absent. Il faudrait former en masse, mais le coût de revient ne le permet pas.

Isabelle Bourgeois, Béatrice Fermon : Pour répondre à la question de l'impact de la formation sur les étudiants cadres et ce qu'ils en font après : quelques étudiants qui ont continué leur cursus universitaire jusqu'en master 2 publient leurs travaux. Pour ces nouveaux cadres–chercheurs cette activité est valorisante mais, pour les établissements qui les emploient, lui donner de la visibilité en publiant bouscule un peu l'ordre établi. Les retours de certains établissements auprès des IFCS sont souvent très déstabilisants : certains expriment aux IFCS que "leurs" cadres reviennent trop intelligents…

Dominique Le Bœuf : Nous avons bien saisi que la formation des formateurs des IFCS est très importante pour développer les sciences humaines et la recherche dans ces instituts. En ce qui concerne les cadres de santé actuellement en formation, ils retirent tous un bénéfice des partenariats entre les IFCS et l'Université. Quant aux formateurs d'infirmiers en IFSI, leur

obtention systématique d'un grade de master permettrait sans nul doute de développer et d'harmoniser leurs compétences. Cette activité est valorisante. En revanche, les attentes des institutions sur le rôle du futur cadre de santé restent à clarifier, pour ne pas créer des frustrations.

SYNTHESES - FILS ROUGES

par Laurent MARTY, Thibaud POMBET, Annie-Joëlle Priou-Hasni et Irma LAMBERT

FILS ROUGES composés à partir des interventions de la première session

Fil rouge proposé par Laurent MARTY[82]

Ce que je retiens, à la première impression : trois idées

1. Dorsafe Bourkia a posé la question de la relation entre *la Recherche* avec un grand R , et *la recherche personnelle*, celle que chaque individu réalise pour mener son existence. Elle fait ressortir le continuum qu'il y a entre l'une et l'autre, en racontant le processus qu'elle a elle-même suivi.

Commentaire : cette manière de présenter la recherche est bien en phase avec le fonctionnement ordinaire de nos sociétés contemporaines et ses nouvelles formes d'individualité. Pas une individualité qui se replie sur elle-même, mais qui s'ouvre vers l'extérieur. Les méthodes de travail développées autour de ce concept: recherche biographique, recherche par les histoires de vie, ou sociologie clinique. La démarche consiste par exemple à raconter une tranche de son histoire autour d'un thème particulier et on construit des théorisations sur cette base. Il y a une controverse, dans les sciences Humaines appliquées à la santé, sur la validité de ces méthodes.

2. Anne Vega et Guillaume Coindard ont abordé la question de l'adaptation, de *la traduction*, nécessaires quand on coopère entre chercheurs en sciences humaines et professionnels de la santé.

Commentaire : Certains sociologues et anthropologues comme Clifford Geertz, considèrent que la production de connaissances *est* une démarche de traduction : il s'agit d'entendre la manière dont vivent les gens que l'on rencontre, et ensuite traduire de sorte que ce soit transmissible, compréhensible par d'autres. Ce qui se joue dans le travail entre chercheurs en sciences humaines et professionnels de la santé porte cette "épaisseur anthropologique" dans la production de connaissance sur l'humain, par-delà le simple travail de photographie de la réalité. Cela soulève aussi la question de la manière dont se font les ajustements dans la période de mutation que l'on vit actuellement - c'est aussi un des thèmes et une des méthodologies centrales dans les sciences humaines actuelles. Je pense par exemple à la notion de biosocialité.

Je crois qu'il serait intéressant d'explorer ensemble ce type de concepts que nous soulevons dans les échanges entre sciences humaines et santé. Ce sont de véritables outils opérationnels, qui peuvent nous faire gagner beaucoup de temps, parce que c'est le concentré de la riche expérience des interactions entre humanités et santé dans le monde contemporain.

[82] Anthropologue de la santé, Docteur en anthropologie sociale et culturelle et Docteur en histoire contemporaine. Université d'Auvergne.

3 Joëlle Kivits et Cécile Fournier ont présenté un exemple de ces lieux où se fait le travail d'ajustement. C'est vraiment un modèle de ce que l'on peut faire dans le genre. L'endroit dans lequel nous sommes aujourd'hui est aussi je pense un endroit rare, parce qu'on peut travailler ces questions dans un climat d'écoute et de respect réciproque, hors tensions d'appareils et guerres de fiefs.

Commentaire : Dans ce travail de co-construction entre biomédecine et humanités qui est en cours, on est forcément dans l'hybridation, la transition, dans des recherches singulières, parfois isolées, parfois qui se connectent. Ce statut d'errance créative, même si il n'est pas toujours très confortable, est assez générateur quand il trouve des lieux où se travailler.

Le dernier point que j'ajouterai comme fil rouge observé dans ce séminaire, ce serait celui de la *communication*. Il me semble qu'il y a ici une grande richesse, qui invite à ne pas rester entre nous. Dire tranquillement ce que nous avons à dire, car ce travail que nous faisons ici répond vraiment a un besoin actuel des systèmes de soins, et participe du mouvement actuel de réajustements entre science et humanité (cf. plus haut la *biosocialité*). La reconfiguration entre ces deux éléments est de plus au cœur de nos sociétés Cela mériterait de consacrer du temps à la mise en scène, la mise en récit, avec les moyens appropriés, de ce qui se dit ici. L'expérience par exemple que rapportaient Joëlle et Cécile est vraiment quelque chose d'important, qui devrait être transmis, traduit, de sorte que les acteurs qui sont dans une recherche entre science biomédicale et sciences humaines puissent se l'approprier.

Fil rouge proposé par Thibaud POMBET[83]

Ce fil rouge est pour moi l'occasion de partager une lecture subjective de cette matinée d'échange dans un objectif de synthèse. Cette lecture s'appuie sur des questions de **légitimité**, c'est-à-dire autour de la reconnaissance d'une identité, à la fois sociale et professionnelle, à même d'interroger les rapports entre les pratiques de soins et le paradigme des sciences humaines et sociales. Ce thème de la légitimité apparaît à mes yeux, transversalement dans cette matinée, à trois niveaux.

Au niveau interne tout d'abord, dans la présentation de Dorsafe Bourkia, retraçant un parcours plein de doutes, ponctué d'hésitations, toujours en quête de cette légitimité ("*on ose à peine se dire chercheur*"). Pourtant, pour paraphraser Philippe Bataille, un intellectuel n'est pas quelqu'un de plus intelligent ou de plus brillant que les autres, ce qui le distingue, c'est son obsession et la manière dont il parvient à vivre avec elle. Ce "*malaise*" décrit par Dorsafe, persiste cependant devant les encouragements répétés des membres de notre association. **La lutte contre l'isolement des chercheurs en soins infirmier en particulier, et en général de toute personne interrogeant le lien entre médecine et SHS, devrait pouvoir être un des objectifs de notre association.**

Deuxième niveau d'une crise de légitimité, celle qui concerne son rapport aux disciplines des sciences humaines et sociales. La première communication (Kivits, Fournier) sur les

[83] Doctorant en sociologie au Centre d'analyse et d'intervention sociologiques, doctorant-contractuel à l'EHESS.

méthodes et les difficultés liées au travail pluridisciplinaire nous invite à interroger les enjeux de reconnaissance et de "chapelles" disciplinaires, ce qui pourrait être un frein à la mise en place de tels projets. De même, la représentation du chercheur en sciences humaine qui lit dix livres et une trentaine d'articles par semaine contribue à l'assise d'une légitimité intradisciplinaire. Une des conséquences pour notre association serait alors de **nous inviter à échanger le plus possible autour de thématiques, sans restrictions de disciplines universitaires.**

Enfin, la légitimité du chercheur en SHS par rapport à la discipline médicale, dont de nombreux travaux y interrogent la thématique du pouvoir, est illustrée à mon sens par la troisième communication (Vega, Coindard). Une collaboration anthropologue-médecin donne lieu à de nombreuses incompréhensions, appelant alors une inévitable traduction, tant le cancer peut être appréhendé par certains comme une nécrose des tissus, ou par d'autres comme une rupture biographique. **Permettre l'accès aux deux littératures, médicale et de sciences sociales, aujourd'hui à peu près parfaitement cloisonnées, semble constituer ici un troisième enjeu de notre association.**

Pour conclure sur ce qui est l'objet même de notre réflexion au sein de notre association, il apparaît que l'**on ne peut évacuer cette question de la légitimité pour penser le rapport entre le monde soignant et les sciences humaines et sociales.**

FILS ROUGES composés à partir des interventions de la seconde session

Fil rouge proposé par Annie-Joëlle PRIOU-HASNI[84]

Sur le fond, nous avons remarqué dans chacune de ces deux interventions une forte demande d'articulation et de lien dans les questions que pose la situation un peu floue des Sciences Humaines et de la Santé.

Dans la forme, j'ai été frappée par l'ordre chronologique qui lie l'intervention de Matthieu et Dominique et celle d'Isabelle et de Béatrice. Tous les quatre enseignants, les premiers auprès des premières années, en médecine pour Matthieu, et en soins infirmiers pour Dominique, et les seconds enseignantes en IFCS. On passe effectivement d'un public novice à celui plus expérimenté avec des années de pratiques. D'où sans doute, des liens qui se construisent différemment et dans des tons de modalités opposés : relief difficile pour les premiers ; plus de facilité chez les seconds.

Première question : Quel(s) lien(s) ?

On a l'impression, concernant la première intervention, qu'il existe une forte difficulté à transmettre le message que veulent apporter les sciences humaines au domaine immense que constituent la santé et la médecine. Comment légitimer la posture du chercheur en sciences humaines dans le domaine de la santé ? Que signifie être sociologue médecin ou sociologue

[84] Sociologue, Laboratoire de changement social (LCS) - Paris 7, intervenante IFSI – Université Versailles St Quentin.

infirmier ? Il existe un problème de non-reconnaissance s'inscrivant entre ces deux compétences. Comment les articuler et quel en est le sens ?

Entre autres, les intervenants décrivent ces difficultés dans le rapport au temps. Le timing apparaît toujours en toile de fond ; il est aussi important pour les infirmiers que pour les médecins et les soignants en général. Le temps, cette épée de Damoclès dont il faut s'accommoder. Comme savoir normaliser tout en personnalisant la tâche et dont le discours en sciences humaines révèle les effets ? Et j'ajouterai, le temps comme objet d'étude et comme lien de ce qui pourrait bien être au centre de l'intérêt des besoins d'amélioration dans la prise en charge des patients.

Le pendant de cette première intervention, où semble émerger un bilan plus positif, est celle d'Isabelle et de Béatrice. Cette seconde intervention décrit une recherche de lien, mais cette fois entre ce qui relève de l'opérationnel et du compréhensif. Il y a ce terme compréhensif sur lequel je me permets de rebondir. Il est important de rappeler que la démarche compréhensive telle qu'elle est interprétée dans le livret de l'ARS et mobilisée dans les unités d'enseignements en initiation à la recherche dans les IFSI mais aussi chez les cadres de santé, est une question méthodologique et conceptuelle prenant sa source dans les domaines de la sociologie. En intégrant cette posture du chercheur (dit « compréhensif ») à la démarche de la recherche enseignée aux étudiants et en omettant de préciser qu'elle émane des sciences humaines et plus spécifiquement de la sociologie, on ne souligne pas suffisamment le lien implicite qui existe inévitablement entre la santé (moderne) et les sciences humaines.

Même si pour Irma ce lien doit être souligné, il n'est, selon elle, pas utile d'en connaître la paternité.

Il me semble toutefois que le besoin d'identifier les sources n'est pas anodin lorsqu'il s'agit justement de reconnaître les liens existants entre les sciences humaines et la santé. Par ailleurs, comme dans toute discipline propre aux sciences humaines, la sociologie a besoin d'être mise au jour. De là dépend sa professionnalisation et l'intérêt de l'enseigner auprès des professionnels de santé.

Seconde question : « Qui on est ? »

Suite du fil rouge, proposée par Irma LAMBERT[85]

La question d'Anijo, « Qui on est ? », est effectivement une question difficile. Trouver une identité entre les deux pôles, médecin et sociologue, est une position inconfortable, et d'ailleurs la double compétence qui en est une condition n'est pas fréquente. Un binôme formé d'un praticien de la santé et d'un praticien des sciences humaines pourrait être une solution, mais qui pose des problèmes de coordination. La deuxième communication a montré que c'est possible, bien que ce ne soit pas évident, et c'est une orientation encourageante.

[85] sociologue

L’autre aspect qui m’a frappée est le problème de la transmission aux étudiants : les expériences rapportées montrent que, pour que l’information passe, il faut partir du problème que se posent les étudiants eux-mêmes, par exemple au cours de la préparation d’un mémoire. Il ne faut pas asséner la connaissance, il faut qu’ils la recherchent. C'est sans doute pourquoi les étudiants en cours de mémoire sont plus réceptifs que des étudiants de première année, qui, d’une part, sont obnubilés par le concours de fin d’année, et qui, d’autre part, n’ont pas encore été confrontés directement à un problème.

EN GUISE DE CONCLUSION

par Anne VEGA[86]

C'était un premier essai. Il semble confirmer que :

- la création de cette association correspond à des besoins qui émergent actuellement un peu partout en France, même s'ils semblent être surtout ceux de personnes ayant des cursus particuliers … à étudier de plus près !
- car nous sommes ici, tous, plus ou moins confrontés à plusieurs problèmes assez récurrents en France : l'éparpillement d'actions, un manque de liens réels entre les acteurs (avec des échanges sur les pratiques et sans hiérarchisation), une opacité des organisations dans le champ de la santé comme des sciences humaines (rouages décisionnels, cursus, sources de financement, etc.).

L'idée de notre association est donc bien de favoriser des contacts, de tisser des réseaux d'entraide au travail, et de « capitaliser » des actions – pour reprendre les termes de Cécile. Peut-être en se penchant sur la façon dont procèdent les pays « moins éparpillés », pour reprendre une proposition d'Anne Pelissier, mais aussi en repartant de ce qui a déjà été fait.

Il reste que pour que cette association puisse devenir le moyen de présenter et de discuter ensemble physiquement de cheminements, d'expériences, de recherches, d'actions dans la même mouvance (sciences humaines/santé ou santé/SH), nous avons besoin de vous. Nous vous invitons tous, soit à proposer de nouvelles interventions pour un prochain séminaire (prévu en avril-mai), soit à en parler autour de vous, soit encore à nous aider à l'organiser *(je remercie encore toutes celles et ceux qui ont participé depuis quelques mois à cette journée).* Car les initiatives associatives peuvent aussi péricliter faute de relais. D'ailleurs, les membres du bureau actuel vont tourner : parce qu'il le faut et parce qu'on ne peut pas tous s'investir dans la longue durée, notamment des personnes au statut précaire. Dans ce sens, l'association reste ouverte à d'autres chercheurs, professionnels, représentants d'associations et d'institutions motivés.

Aujourd'hui, c'était la première fois, c'est pourquoi la plupart des membres du bureau sont intervenus ; mais nous aspirons à être rejoints aussi par des psychologues, des professionnels du social, des historiens, philosophes, ergonomes (notamment), sans oublier les patients et leurs représentants. D'une part nous nous acheminons vers une alternance de deux séminaires par an : un de « réflexion » comme aujourd'hui, et un autre « d'action » (l'idée des binômes me semble bonne, comme la présentation de cursus « singuliers »). D'autre part, l'association peut aller se présenter (séminaires de recherche, instances professionnelles etc.) pour se faire connaître et continuer à tisser des liens.

Concernant le côté rencontres et débats plus informels, vous pourrez prochainement le faire directement sur notre site : http://sciences-humaines-et-sante.appspot.com. Déjà en réagissant à

[86] Anthropologue, chercheur au Sophiapol-Lasco (université Paris-Ouest).

un premier document de travail - modeste mais écrit à deux mains - à compléter, à amender, à commenter. Le but ici est de mieux comprendre nos regards respectifs (en termes de questions spécifiques, d'apports mutuels, de problèmes rencontrés), si possible en développant un sens critique (côté médecine) et une écriture compréhensible (côté sciences humaines) !

Sur le site, vous pourrez aussi interagir en mettant en ligne des comptes rendus de lecture et des informations. Nous tenterons nous-mêmes de renvoyer à d'autres séminaires, rencontres, sites, travaux. L'idée est encore de participer et de fédérer. En tout cas, nous ne voulons pas que ce soit simplement un énième site, avec des séries de textes écrits par un tel et de commentaires anonymes sans liens.

Pour finir, une AG sera prochainement organisée pour débattre des autres orientations et des actions à entreprendre, mais il y a déjà eu ici pas mal de suggestions à reprendre. Nous avons donc des projets en matière de formation et de méthodes. Nous allons tenter de travailler en petits groupes selon les centres d'intérêts des uns et des autres, avec toujours l'objectif de recouper les informations, de mettre en commun bibliographies et expériences.

Via Internet, en séminaires ou dans des sous-groupes de travail, il s'agit d'être aidants (partage de réseaux, d'informations, portage) : de faciliter des rencontres, voire de devenir « un centre ressource ». Plus précisément, pour citer encore Matthieu : « notre association prendra réellement vie si on arrive à faire se rencontrer des gens qui travailleront ensemble après, pas avec l'ambition d'être uniquement un lieu de réflexion ».