

# Séminaire pluridisciplinaire

## Sciences humaines et Santé

---

Le 12 octobre 2013  
au Centre Popincourt, Paris



À LA RECHERCHE DES SAVOIRS ET PRATIQUES  
CACHÉS ENTRE LES DISCIPLINES

## LES ACTES

Coordonnés par Dominique Le BŒUF  
Responsable de formation, infirmière, sociologue





# Sommaire

## SESSION DU MATIN

**Ouverture** par Anne Véga, socio-anthropologue de la santé

### Retours d'expériences de recherches pluridisciplinaires en sciences humaines et santé – page 7

9 h 30 – 9 h 40 **Introduction** : Laurent Marty, anthropologue

9 h 40 – 10 h 40 **Un ethnologue dans un laboratoire de recherche médicale puis dans un institut de santé publique**, par Christophe Perrey, ethnologue (pas de texte)

Modérateur - discutant : Cécile Fournier, médecin de santé publique, sociologue

10 h 40 – 11 h 40 **Recherche pluridisciplinaire en santé sur la formation des infirmiers en France présentée par Annie-Joëlle Priou-Hasni, sociologue (texte à venir)**

Modérateur – discutant : Matthieu Lustman, médecin généraliste, sociologue

11 h 50 – 12 h 50 **Recherche pluridisciplinaire en santé : transformations de l'hôpital public et prise en charge des pauvres : les PASS**, par Mariana Lecarpentier, psychosociologue

Modérateur - discutant : Anne Pélissier, sociologue

## SESSION DE L'APRES-MIDI

### Retours d'expériences d'actions sur le terrain entre professionnels des sciences humaines et professionnels de la santé – page 33

14 h 30 – 15 h 30 : **D'un réseau de recherche à l'élaboration de projets en sciences sociales et santé : l'expérience du GERMES**, Anne-Chantal Hardy-Dubernet, sociologue ; Didier Lecordier, chercheur en soins infirmiers ; Jean-Paul Canévet, médecin généraliste, chercheur ; Maud Jourdain, médecin généraliste, chef de clinique, doctorante en sociologie

Modérateur – discutant : Matthieu Lustman, médecin généraliste, sociologue

15 h 30 – 16 h 30 : **La sociologie, une science contributive ? Ou comment enseigner les sciences humaines en soins infirmiers ?** par Aude Girier, sociologue

Modérateur - discutant : Jacques Cittée, médecin généraliste, enseignant

16 h 45 – 17 h 15 **Synthèses – fils rouges** par Rosane Braud, sociologue, Frédéric Dugué, interne en santé publique, Virginie Lanlo, consultante en communication et formatrice

17 h 15 – 17 h 30 **Conclusion** par Matthieu Lustman, médecin généraliste, sociologue

# OUVERTURE

par Anne VEGA, socio-anthropologue de la santé

Bonjour et bienvenue.

Cette année, je suis chargée d'introduire ce second séminaire de Sciences Humaines et Santé. C'est l'occasion de faire un petit bilan du chemin parcouru.

Depuis le premier séminaire, l'an dernier, sans compter la publication des actes, il faut souligner les évolutions. Le point important est que nous avons commencé à "mettre en musique" nos idées.

Concrètement, nous avons travaillé par groupes :

- au site Internet ;
- à des recherches et appels d'offres en commun (sur des maladies rares, le cancer, l'éducation thérapeutique, etc.)

Nous avons également organisé ou participé à des colloques et à des séminaires, y compris en binômes.

Je ne peux pas tout décliner mais, pour citer Matthieu, « Après avoir été dans une phase d'interrogation et de témoignages, nous commençons à entrer dans une phase de réalisations concrètes » comprenant beaucoup d'échanges. C'est ce qui était attendu et c'est ce que vous propose notre association.

Ce qui a fonctionné aussi, ce sont les contacts et rapprochements avec l'extérieur, surtout par la diffusion d'informations sur d'autres séminaires, colloques ou questionnements proches des nôtres. Cela confirme que SHS s'inscrit dans une mouvance contemporaine, particulièrement dans le champ de la santé : des personnes ou des groupes contribuent au dialogue chercheurs/professionnels, ou sont en quête de regards croisés. Non seulement nous ne sommes pas isolés ou les derniers des Mohicans, mais nous nous situons dans cette tendance forte qui répond au besoin de réflexion des professionnels, et qui est en retour stimulante pour les chercheurs.

Enfin, en interne, il y a eu des relais entre nous pour assurer la charge de travail, pas seulement lors des réunions physiques ou sur Skype. C'était important, et des membres se sont particulièrement investis, dont Cécile – en particulier sur les actes du dernier séminaire. Nous remercions aussi, notamment, Virginie et Jacques. Enfin, ce séminaire peut avoir lieu grâce à tout le reste du comité d'organisation : Laurent, Isabelle, Anijo, Anne, Irma, Rosane, Frédéric, Aude, Mariana et Matthieu. Sans oublier Philippe Carette pour son accueil au Centre Popincourt. Notre association s'est aussi agrandie, elle a accueilli d'autres membres actifs.

Nous avons encore du "pain sur la planche", même s'il faut être patients car « nous construisons petit à petit ensemble notre objet », pour citer encore Matthieu. Il reste ainsi à finaliser notre site Internet et à trouver des financements, donc parvenir à mieux nous présenter et à produire des textes. Dans le même sens, il faudra l'année prochaine – dans le prochain séminaire – avoir des patients ou leurs représentants, élargir la gamme des professionnels et des sciences sociales représentés. Elargir le cercle et commencer aussi à penser à renouveler le bureau.

Pour résumer, ce séminaire est l'événement annuel de l'association, mais il y a aussi parallèlement toute une partie moins visible faite d'échanges interindividuels, de travail en petits groupes, qui sont le meilleur moyen de se connaître, et de prises de positions. Le débat prime et se prolonge via Internet, et c'est tant mieux. D'ailleurs, je suis allée y puiser pour faire cette introduction. Car, dixit Matthieu – je prends mon souffle : « *On ne souhaite pas être une association qui se réunit une fois par an pour se poser quelques problèmes, se congratuler faire un petit tour et puis se réunir à nouveau l'année suivante pour refaire les mêmes constats : les questions qui sont soulevées doivent être approfondies, partagées, être l'objet de recherches, de thèses, de groupes de réflexion, voire de publications, etc. L'objectif est d'élaborer un savoir aux frontières des disciplines - et dont il faudrait préciser la nature – à discuter et partager* ». Ou simplement, selon moi, de mettre à profit des expériences de travail en commun. Car travailler ensemble

sur la santé, que l'on vienne de la médecine, de l'histoire, des soins infirmiers ou, toujours pêle-mêle, de la sociologie, la géographie, l'ethnologie, la psychologie, etc., cela se construit pas à pas, et c'est loin d'être toujours évident. Un des enjeux est de mieux cerner les origines et les motivations de celles et ceux qui le font, et les obstacles qu'ils rencontrent - tant pratiques qu'émotionnels et épistémologiques.

Justement, mesurer les apports des regards croisés et analyser les difficultés rencontrées, c'est ce que nous allons continuer à faire ensemble aujourd'hui : l'idée cette année est de travailler sur des retours d'expériences de recherches (ce matin), puis de réfléchir au sein d'équipes mixtes sciences humaines et sociales/santé.

Nous entendrons d'abord ce matin :

- un ethnologue, Christophe Perrey, qui va nous présenter à la fois l'intérêt et les difficultés d'une approche interdisciplinaire entre anthropologie et épidémiologie, à partir de deux structures institutionnelles – le but étant d'ouvrir les débats ;
- puis la sociologue Annie-Joël Priou-Hasni, qui nous parlera des points de vue des étudiants infirmiers concernant leur formation universitaire (ce qu'on avait commencé à "débroussailler" l'année dernière) ;

Nous passerons ensuite à un problème central, celui des inégalités sociales de santé, avec l'exposé de Mariana Lecarpentier, qui est psychosociologue et cadre de direction dans la fonction publique hospitalière : chargée d'études à la Direction de la politique médicale au siège de l'AP-HP. A ce propos, sur les questions de l'hôpital, la PASS, les inégalités sociales de santé..., je vous signale un prochain numéro spécial de la revue internationale *Les sciences de l'Education pour l'ère nouvelle*. Dans ce numéro intitulé « L'Hôpital hors des murs » il y aura notamment un article de Katia Lurbe-Puerto sur la prise en charge de la tuberculose dans des populations roms vivant en bidonville en région parisienne. Il y aura aussi un premier retour de l'étude « Corsac », qu'on vous avait présentée l'année dernière.

Cet après-midi, nous commencerons par un compte rendu des groupes de travail qui ont fonctionné au sein de l'association, sur ce qui est en construction et qui pourrait vous intéresser.

Nous serons ensuite heureux d'accueillir un groupe plus ancien comprenant des médecins généralistes, des chercheurs en soins infirmiers et des sociologues, dont trois sont venus de Nantes pour nous faire part de leurs expériences et de leurs positionnements originaux, voire précurseurs, en matière d'insertion à l'Université, de recherche et d'intervention.

Nous finirons en questionnant les apports concrets de la sociologie pour les soins infirmiers, avec la sociologue Aude Girier. Il s'agit du problème de l'adaptation des cours universitaires traditionnels à des publics de (futurs) professionnels de santé. Je dis problème car il y a des impasses, surtout que pour certains sociologues les professionnels du terrain ne sont pas leurs interlocuteurs privilégiés (pour citer Isabelle). Mais c'est valable aussi dans d'autres disciplines des sciences sociales. En tout cas, il serait à mon avis utile de mettre sur pied à ce sujet un autre groupe de travail, tout en sachant qu'il y a déjà des publications, au moins outre-Atlantique, dont un ouvrage collectif récemment publié aux Editions des Archives Contemporaines<sup>1</sup>.

La règle du jeu sera toujours 20 minutes de présentation par les intervenants, 5 à 10 minutes de réaction par le discutant et 30 minutes d'échanges avec la salle. Echanges libres, ouverts – avec en fin de journée des fils rouges pour reprendre le tout ... Puis le cocktail.

Nous tenons particulièrement à ce type d'échanges, c'est vraiment l'esprit ici. Selon les échos de l'année dernière, c'est ce qui s'est construit le plus facilement et qui est sûrement la spécificité de cette association : éviter les communications trop formelles, dans une distance excessive, ou trop fragmentées. C'est-à-dire ne pas reproduire entre nous des hiérarchisations traditionnelles entre des savoirs ou des

---

<sup>1</sup> "Learning Matters. The Transformation of U.S. Higher Education". Wendy Leeds-Hurwitz and Peter Sloat Hoff, Editions des Archives Contemporaines, 2013.

positions institutionnelles. Car cela va généralement de pair avec des replis, un éloignement des enjeux concrets, pourtant essentiels dans le champ de santé. Pour citer Laurent, « nous sommes dans un lieu où l'on peut parler collectivement sur la base de son expérience personnelle, et non pas sous la pression d'obligations institutionnelles et financières (...). Ce que nous faisons ici, c'est mettre des mots sur ce que nous faisons, dire tranquillement ce que nous avons à dire, en restant au plus près des acteurs : professionnels, étudiants, chercheurs, gestionnaires, administratifs, etc. ».

Il ne s'agit pas pour autant de mettre de côté, chacun, ses valeurs et ses ancrages théoriques dans les différentes disciplines. Car pour citer de nouveau Isabelle : « On a une identité professionnelle qui provient de notre parcours et qui s'articule au métier qu'on exerce (...) C'est fondamental de ne pas le gommer. C'est cela qui fait notre richesse : la diversité de nos métiers et pratiques ».

Pour résumer, l'objectif de notre association est bien d'organiser un dialogue entre pratiques, disciplines et individus. Comme l'a dit Matthieu « de commencer à comprendre ce qui se passe dans ce dialogue », et peut-être « de faire émerger un savoir ».

Cela implique d'être critique – à commencer sur soi-même, son métier ou sa formation – en posant toujours la question de l'utilité de ce que nous faisons, de l'engagement, de l'éthique. Mais avec un regard bienveillant, car selon l'écrivain mexicain Carlos Fuentes, récemment décédé : « La vérité est partielle parce que la conscience (du monde) est partielle (...), le monde est inachevé parce que les hommes et les femmes qui l'observent sont inachevés. (...) Il n'y a pas d'autre universalité que la relativité ».<sup>2</sup>

Sur ce, je déclare le séminaire ouvert. Bonne journée à tous.

---

<sup>2</sup> Christophe et son œuf, Gallimard, 1990, p. 780.

Retours  
d'expériences  
de recherches  
pluridisciplinaires  
en sciences  
humaines et  
santé

# « ÉLABORER UNE RECHERCHE EN COMMUN » QUELS ENJEUX, QUELLES PERSPECTIVES ET QUELLES PRATIQUES ?

par Laurent MARTY, anthropologue

Une des raisons d'être de l'association Sciences Humaines et Santé est de faire se rencontrer les diversités de chacun de ces deux territoires. Les interventions de ce matin sont bien caractéristiques de ce trait de caractère qui nous rassemble, avec un point commun : elles se situent à la confluence entre *biomédecine* et *santé* d'une part, *socialité* et *être-ensemble* de l'autre. Christophe Perrey nous racontera comment un anthropologue a pu trouver sa place dans un laboratoire de recherche biomédicale et dans une institution vouée à la santé publique. Annie-Joëlle Priou-Hasni s'est intéressée à la manière dont se construit la position des infirmiers entre le patient et le médecin. Mariana Lecarpentier nous rappellera enfin qu'une des vocations premières de l'hôpital est de permettre aux plus démunis d'accéder aux soins, et montrera comment cela se présente dans l'hôpital ultramoderne d'aujourd'hui.

En fondant SHS, Matthieu Lustman, Anne Véga et leurs amis avaient cette intuition forte : par-delà l'infinie diversité des situations où l'humain et le biomédical se rencontrent, il se produit dans ce contact quelque chose d'important. Le séminaire de l'an dernier et les groupes de travail qui l'ont prolongé ont conforté cette intuition, mais il reste une large part de mystère sur ce qui se passe effectivement dans ces rencontres. D'où l'intitulé en forme d'énigme de cette journée : « **A la recherche des savoirs cachés entre les disciplines** ».

Quand on élabore une recherche en commun entre chercheurs en sciences humaines et professionnels de la santé, quelles questions se posent, quels sont les enjeux, pour quelles perspectives ? Sur la base de nos travaux de l'année qui vient de s'écouler, je proposerai quatre pistes de réponses.

## **1. Mise en perspective : une demande croissante**

On assiste à un retournement de situation très étonnant. Il y a quelques années, la recherche conjointe entre sciences humaines et santé était marginale. Aujourd'hui elle est en train de devenir la règle : une recherche en santé dans laquelle il n'y a pas une prise en compte systématique de la dimension humaine tend à devenir inconcevable, quel que soit le sujet. La preuve en est la multiplication de ce type d'études, dans tous les domaines de la santé, toutes les revues, tous les colloques, etc.

Quelles sont les raisons de ce retournement ? Le destinataire ultime de notre travail, c'est la personne malade, la personne qui souffre. En quoi la recherche commune entre sciences humaines et santé va-t-elle améliorer les soins qui lui sont apportés, enrichir les relations qui se nouent dans les actes de soins ? Voilà l'une des questions qui sont travaillées au sein d'SHS.

## **2. Les méthodes : émergence d'un consensus dynamique**

Les méthodes d'investigation sur l'humain en santé, fondées sur l'articulation entre recherche quantitative et recherche qualitative, sont aujourd'hui en train de se stabiliser, de se "standardiser". Je trouve que c'est plutôt une bonne chose, car cela permet d'assurer d'abord une qualité consensuelle et reconnue, et ensuite des possibilités d'échanges et de transmission accrues. Nous avons tous plus ou moins la même boîte à outils ; la diversité des terrains et des thèmes des recherches n'est plus synonyme de fragmentation et de repli sur soi.

La "standardisation" (avec des gros guillemets, car il ne s'agit pas d'un formatage !) est bien visible dans les méthodes de recueil des données : tout le monde s'accorde sur les outils d'investigation utiles pour arriver à une bonne connaissance de l'expérience vécue des acteurs. De même pour les concepts utilisés : on s'accorde par exemple sur le fait que l'étude des "assemblages" est un enjeu important, notamment là où la biomédecine et l'humain entrent en conjonction, en interaction. Il y a encore peu de temps



dominaient la séparation, l'opposition ; aujourd'hui, on tend vers l'articulation, la régulation, l'ajustement interactif dans le respect mutuel.

Dans le même ordre d'idées, on affine les méthodes. Par exemple, la manière dont on arrive à des "problématisations" à partir des données recueillies, qui vont aider les acteurs dans leurs activités.

### **3. Les concepts : quelles références, au carrefour de la santé et des sciences humaines ?**

L'anthropologue néerlandaise Annemarie Mol parle de "renouvellement" de notre répertoire conceptuel. Le *care* et la *logique du soin* (titre du livre d'A. Mol) sont de bons exemples de concepts qui ont émergé et se sont installés, devenant de vrais outils pour guider les recherches et ouvrir des lieux de débats et de problématisation.

C'est aux frontières que cela se joue, dans le travail de traduction, de co-construction des concepts avec les acteurs. Dans la rencontre et le métissage entre disciplines, chacune se trouve renouvelée elle-même, comme le souligne Christophe Perrey.

On assiste à une multiplication des études de terrain – nous n'allons pas le regretter. A une stabilisation des méthodes de recherche, j'en parlais à l'instant. Mais les outils conceptuels restent assez flous. Ce n'est pas tant par manque de concepts, au contraire, on a des ressources fantastiques, tant en sciences humaines en général qu'en sciences humaines appliquées à la santé. Mais force est de constater qu'il y a encore un décalage entre ces concepts et l'usage que nous en faisons dans les recherches. Le premier problème, me semble-t-il, est que ces concepts restent difficiles d'accès pour des non-spécialistes. Je pense en particulier à des infirmiers ou des médecins avec qui je travaille et qui m'en font souvent la remarque. Ici, nous autres chercheurs en sciences humaines portons la responsabilité d'une réelle lacune. Pour prendre un exemple, j'utilise beaucoup le concept de *biosocialité*, parce qu'il permet de bien se représenter la rencontre très féconde entre les deux forces que sont *la socialité* et la *biomédecine*, et de dépasser les points de vue qui isolent l'une de l'autre. Mais les textes de référence sur la biosocialité restent dispersés et peu accessibles à des non-spécialistes des sciences humaines.

### **4. Questions pratiques : cuisine, intendance... La "science en train de se faire"**

Quand on organise une recherche entre santé et sciences humaines, de multiples questions se posent dès le début : comment établit-on le contact, comment monte-t-on le projet ? Quel contrat ou convention établir ? Comment régler le problème des publications ? Puis, au quotidien, on est amené à discuter, négocier, apprécier les rapports de forces... Bref, c'est la cuisine ordinaire, normale, de tout travail collectif sur un projet. Là se joue la co-construction, et finalement la réussite, de la recherche. Dès lors que nous faisons une recherche non pas *sur*, mais *avec*, nous rencontrons forcément ces problèmes-là. Ce ne sont pas des "ennuis", mais bel et bien le cœur du travail : *la science en train de se faire*, comme on dit chez Bruno Latour.

Et quand, dans un lieu comme ce séminaire, nous parlons de communauté de pratiques et de retour d'expérience, c'est aussi de ces situations que nous parlons !

#### **Place aux explorateurs du nouveau monde...**

L'idée de retour d'expérience s'est développée à l'époque où des navigateurs comme le capitaine Cook exploraient le monde. Partout où leurs voiles les emmenaient, ils observaient et notaient, puis le tout était rassemblé, en particulier pour établir les cartes de navigation.

Ce qu'on fait ici est un peu la même chose. Nous sommes entrés dans un Nouveau Monde, un monde que nous avons nous-mêmes construit, dans la tension créatrice entre sciences et techniques et humanités. Nous sommes en train d'explorer ce Nouveau Monde de la même manière que les explorateurs découvraient les frontières du monde connu il y a quelques siècles.

Je laisse la place aux trois navigateurs qui vont nous rendre compte de ce qu'ils ont vécu, aux frontières entre santé et sciences humaines.

# UN ETHNOLOGUE DANS UN LABORATOIRE DE RECHERCHE MÉDICALE PUIS DANS UN INSTITUT DE SANTÉ PUBLIQUE par Christophe PERREY, ethnologue

La contribution écrite de Christophe Perrey n'a pas pu être intégrée au sein de ce recueil. Toute personne souhaitant recevoir le texte de l'intervention peut lui en faire la demande par courriel à l'adresse suivante : [cperrey64@orange.fr](mailto:cperrey64@orange.fr).

## MODÉRATION - DISCUSSION par Cécile Fournier, médecin de santé publique, sociologue

**Cécile Fournier** : Je te remercie très sincèrement, Christophe, d'avoir accepté l'invitation de notre association. Tu représentes en quelque sorte une « incarnation » de l'interdisciplinarité, par la pratique régulière que tu en fais depuis des années, depuis ton travail de thèse, avec une diversité d'expériences de nature très variée. C'est aujourd'hui le cœur de ton activité, et je pense qu'il est assez rare qu'une telle préoccupation soit inscrite dans une fiche de poste de recrutement de nos jours. C'est pour toi un objet central de réflexion, au-delà de la réflexivité propre à toute recherche ou que l'on essaye d'y mettre. On voit bien à travers tes livres que c'est une question qui te tient à cœur depuis le début.

En lisant ta présentation hier et en t'écoutant aujourd'hui, je voulais souligner trois points qui me paraissent très stimulants, et puis – vous avez vu la richesse de cette intervention – je pense que nous aurons beaucoup à débattre.

Premièrement, j'ai beaucoup apprécié ta façon de montrer l'originalité de chaque projet, et du coup la nécessité d'être toujours vigilant et créatif à chaque collaboration, pour permettre que la collaboration s'organise : il faut de la créativité pour ciseler quelque chose de toujours différent. Tu analyses finement les facteurs de réussite d'un travail interdisciplinaire, en donnant presque une ébauche de guide pour rendre possible l'interdisciplinarité.

Deuxièmement, tu montres clairement la richesse de ce type d'approche, tout en gardant l'apport spécifique de l'anthropologie, ta discipline, notamment quand elle s'articule avec des approches épidémiologiques. Elle permet d'appréhender un phénomène dans son contexte, dans une certaine globalité, en profondeur, et elle joue un rôle dans l'interprétation des données, en autorisant une déconstruction fine des catégories à chaque étape. C'est donc très intéressant pour guider l'action, comme tu l'as souligné... mais aussi pour « renouveler le questionnement », comme nous le disait Laurent Marty dans son introduction, en dépassant ce qu'une discipline toute seule aurait réussi à faire émerger. Cela rejoint l'idée de la créativité contenue dans ces approches transdisciplinaires.

Et puis, troisièmement, tu mets aussi bien en évidence les tensions que tu rencontres dans ce travail inter ou transdisciplinaire, où l'on peut distinguer deux dimensions. Il y a pour toi une tension *intrapersonnelle*, en tant que traducteur entre plusieurs mondes et en tant qu'acteur aussi dans ces mondes-là. Et puis des tensions *interpersonnelles* dans l'interaction avec tes collaborateurs, à la fois des chercheurs et des décideurs.

J'aimerais te poser trois questions. Les deux premières portent sur ces tensions que tu rencontres.

Tout d'abord, si l'on s'intéresse aux tensions intrapersonnelles, tu te trouves parfois écartelé entre une demande de ta direction et le souci de mettre en œuvre un protocole de recherche qui soit vraiment de qualité, qui réponde aux enjeux de ta discipline. Je me demande comment tu t'en sors, dans ces négociations permanentes avec toi-même. Est-ce un travail solitaire ? Tu nous as dit que non, puisque tu as fait intervenir récemment des chercheurs de différentes disciplines. Fais-tu aussi appel à d'autres anthropologues ? Quelles ressources mobilises-tu en fait ? On sent bien qu'il y a ton expérience, y a-t-il aussi des lectures qui t'accompagnent ? Des choses nouvelles que tu dois apporter ? Des discussions avec des pairs ? Dans quelles arènes cela se produit-il ? Et dans la suite de cette question un peu personnelle, quelle reconnaissance te procurent tes travaux actuels et dans quel domaine les inscris-tu ? Est-ce pour toi un enjeu d'être reconnu à la fois dans ta discipline et dans ton domaine de recherche, qui est multiple ? Cela demande-t-il un « double travail » et est-ce praticable à long terme ?

Ma seconde question concerne les tensions interpersonnelles auxquelles tu es confronté, c'est-à-dire à la fois cette hiérarchie implicite entre les disciplines et le dialogue avec le politique. Tu nous as dit notamment que vous aviez plusieurs variables qui vous permettaient de prioriser les projets : la faisabilité, l'utilité pour la décision en santé publique et l'adéquation aux attentes du département. Je me demande s'il y a possibilité d'amener des enjeux qui soient davantage issus de ta discipline initiale. Je voudrais évoquer le rapport qui a été remis récemment par Athéna<sup>3</sup>, qui est une des cinq instances thématiques nationales organisées en 2010 par le ministère de la Recherche. Athéna, c'est l'alliance « Sciences humaines et sociales ». Il y a également les alliances « Vie et Santé », « Environnement », « Sciences et technologies du numérique », « Recherche pour l'énergie ». Athéna a écrit un rapport sur les orientations prioritaires à donner à la recherche en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé. Au-delà des thèmes mis en avant, ce que je trouve vraiment intéressant, c'est que cette instance se prononce pour une *re-problématisation partagée*, soulignant à la fois l'importance de prendre en compte des questions que se posent les acteurs de la santé et du social, et en même temps l'importance de prendre en considération des questions qui émanent des disciplines des SHS. Donc je me demande si tu as l'impression, à travers tes expériences, que cette re-problématisation se réalise ? Sur quoi faut-il s'appuyer pour cela ? Quelles alliances tisser ?

Enfin, ma troisième question porte sur cette idée de *renouvellement du questionnement* que tu perçois, qui est liée à l'approche transdisciplinaire. Au fil de ton parcours, as-tu perçu un renouvellement des concepts et des méthodes ? As-tu l'impression qu'il y a une vraie dynamique ? Est-ce que c'est plutôt interdisciplinaire ou transdisciplinaire ? On a l'impression que c'est parfois l'un, parfois l'autre. Et est-ce que ce *renouvellement* est partageable ? Y a-t-il des lieux pour en discuter ? Est-il valorisable ? Est-il diffusable ? Est-ce que finalement cela t'a amené à nouer des contacts avec un nouveau « milieu » réellement transdisciplinaire ? En France ? A l'étranger ?

**Christophe Perrey :** Je vais d'abord répondre à ta dernière question. Y a-t-il des espaces réellement interdisciplinaires où j'ai l'occasion de m'exprimer, de présenter des travaux ? Oui, il existe des associations comme celle-ci (SHS), mais en anthropologie il y en a aussi qui regroupent des professionnels de santé et des chercheurs. Il y a AMADES qui existe depuis longtemps, qui organise tous les deux ans un grand colloque qui réunit une centaine d'intervenants. Oui, il y a des espaces, ils ne sont pas très nombreux mais à la limite il n'est pas nécessaire qu'ils soient si nombreux. On peut venir y partager des expériences interdisciplinaires, présenter ses travaux, dans ces instances où se trouvent également des collègues anthropologues, universitaires, travaillant dans des instituts de recherche. Donc là il n'y a pas de problème.

Concernant la re-problématisation des thématiques, effectivement dans mon poste actuel, le choix des thématiques ne m'a pas été imposé de l'extérieur. J'ai participé à l'élaboration des critères qui permettaient de choisir les thématiques que j'allais retenir. Un petit bémol, c'est que pour l'un des critères, que je trouve majeur, je dois encore me battre un peu. Je ne l'ai pas évoqué ici : c'est l'intérêt de recourir aux sciences humaines pour aborder telle ou telle question. C'est majeur ! Est-ce que la sociologie, est-ce que l'anthropologie, la discipline que je représente, peuvent permettre d'apporter une réponse

---

<sup>3</sup> Alliance thématique nationale des sciences humaines et sociales

spécifique à cette thématique ? Ça, c'est extrêmement important, et je dois dire que ce n'est pas toujours entendu. Certains ne voient pas tellement ce qu'il y a derrière. On entend par exemple : « Sur ce point-là, je pense que la sociologie peut apporter quelque chose ». Mais moi je réponds : « Je ne suis pas sûr, il n'y a pas eu beaucoup de travaux dans ce domaine, je ne peux pas capitaliser sur ce qui a été fait jusqu'ici dans ma discipline pour vous apporter une réponse sur ce point ». C'est là le bémol, et je dois encore me battre et négocier. Mais pour autant, les choses ne me sont pas imposées. C'est toujours le cas quand vous travaillez en interdisciplinarité, vous avez des marges de négociation sur la manière dont le problème vous est présenté. Donc au sein de votre discipline, vous ne le percevez pas de la même façon que lorsqu'il est posé par les représentants des autres disciplines. Du moins, je suis suffisamment sensible et attentif à cet égard pour négocier, si la manière dont la question est posée ne me paraît pas bonne. Et ta troisième question ?

**Cécile Fournier** : Toi-même, comment est-ce que tu te situes, et comment composes-tu au jour le jour pour mener ces négociations ? Où vas-tu puiser des ressources ? Est-ce dans des lectures ou dans des discussions avec des pairs ? Est-ce en interne ?

**Christophe Perrey** : Là-dessus, je me pose une question majeure : quand je travaille, est-ce que quelque part je ne dois pas me dédoubler et devenir toujours observateur de ce qui se passe ? J'ai des collègues qui me disent, comme Francis Chateauraynaud : « Ce serait bien que tu tiennes une sorte de carnet quotidien sur comment ça se passe, ce qu'on te demande... Note-le et on pourra écrire un livre sur une collaboration interdisciplinaire ». Mais alors, il faut se dédoubler : travailler en interdisciplinarité et observer la manière dont on travaille en interdisciplinarité. C'est possible, c'est une gymnastique, mais cela demande beaucoup de travail. J'avoue que parfois le soir, à 18 h ou 19 h, quand j'ai fini ma journée, que je prends le métro, je n'ai pas forcément envie de tenir mon cahier de notes. En même temps je me dis, oui, ce serait très bien ! Ne serait-ce que pour ne pas être complètement pris dans le jeu des relations. C'est intéressant. La question m'a été posée par le directeur scientifique de ma propre institution. Il m'a dit : « Tu veux travailler sur les relations entre experts et parties prenantes, mais tu es toi-même expert, comment fais-tu ? Tu es partie prenante de l'institution qui intervient. Comment fais-tu pour prendre un peu de distance ? » Evidemment, on ne peut pas toujours se regarder, et puis on a soi-même des points aveugles, on ne peut pas se voir derrière la nuque... Donc soit on fait un travail, comme une espèce d'hygiène scientifique au quotidien, où l'on note ce qu'on vit, les problèmes que cela pose, et on essaie d'y répondre. C'est coûteux en énergie mais c'est possible. Soit, et ça je ne l'ai pas encore fait, je me réinscris dans une structure universitaire où je peux débattre avec mes pairs et mettre les choses en discussion... Comme une supervision, ou les groupes Balint pour les médecins. On vient apporter son expérience et on échange avec ses pairs. Ce sont eux qui vous apportent un autre regard : « Attention, là tu n'as pas vu ci, tu n'as pas vu ça... Ah, ce point, il faudrait peut-être le discuter... »... Je pense que c'est une solution. Je ne l'ai pas encore mise en œuvre, mais j'y songe.

**Cécile Fournier** : Essaies-tu de valoriser tes travaux dans les deux domaines ? Toujours ?

**Christophe Perrey** : Oui, c'est absolument indispensable. Pour l'instant, je suis dans un cycle où l'on essaie d'acquérir cette connaissance, on réalise l'étude, puis on va la valoriser. Ça peut être long, en sciences sociales. Mais, oui, je participe toujours aux colloques, aux congrès en sociologie ou en anthropologie. C'est très important de ne pas se couper de sa discipline, de remettre toujours en discussion les résultats qu'on obtient, de se faire critiquer, mettre en question. C'est absolument indispensable. On me donne la possibilité de le faire, à la réserve près des crédits disponibles dans les institutions publiques actuelles, où l'on réduit beaucoup la possibilité de participer à des congrès. On a un quota de colloques, qui n'est pas élevé : deux par an. Je me dis que j'irai avec mon propre argent participer à certains congrès si j'estime que c'est important et que j'ai épuisé mon quota.

**Cécile Fournier** : Merci beaucoup ! Nous allons donner la parole à l'assistance.

**Isabelle Bourgeois** : Je voudrais prolonger la discussion, qui est tout à fait passionnante, sur ces lieux de partage. Il y a plusieurs types de lieux. Il y a les pluridisciplinaires, interdisciplinaires, où l'on partage sur cette façon de construire sa place, de gérer tout ce que tu vis et que tu nous dis. Et puis (tu dis là une chose qui m'intéresse beaucoup, ça me fait réfléchir à mon parcours), il y a les lieux universitaires, pour ne pas rompre avec sa discipline, produire des publications... Est-ce que ce sont les mêmes ? Je reste

encore aujourd'hui gênée dans mon parcours, du fait que dans mon idée ce ne sont pas les mêmes lieux. Je ne vois pas où sont ces lieux de partage où tu rencontres des gens qui te ressemblent, mais ça semble très clair dans ta tête : tu dis « Je discute avec mes pairs, je vais dans des lieux universitaires ». Nous nous sommes croisés dans un lieu universitaire où je suis assez engagée, c'est l'Association française de sociologie. Et quand on est dans une position institutionnelle différente de celle dont nos collègues universitaires ont l'habitude, j'ai le sentiment – mais j'aimerais beaucoup être démentie là-dessus – qu'on n'est pas forcément visible. Qu'on n'est pas considéré par eux comme des pairs. On rejoint là la question de la reconnaissance, que tu n'as pas beaucoup développée. Tu sembles très à l'aise pour naviguer dans tout ça, est-ce vraiment le cas ? Si oui, comment fais-tu ? Cela m'intéresse beaucoup. On voit bien qu'il y a des jeux de dialogue entre pairs, il y a la publication, qui est fondamentale. Ce jeu-là te permet peut-être de rester dans ces lieux. Ma question est donc : est-ce que ce sont les mêmes lieux, à la fois disciplinaires et multidisciplinaires ? Comment s'accommoder d'une position institutionnelle originale – mais peut-être ne l'est-elle pas ? – vis-à-vis des pairs universitaires ?

**Christophe Perrey** : Il y a des lieux hybrides. AMADES est à la fois un lieu où il y a vraiment des représentants majeurs des disciplines auxquelles vous appartenez, qui sont des universitaires, et en même temps des représentants d'autres disciplines. Il y a toujours un compte rendu de leurs colloques. On peut donc faire en sorte que sa présentation y soit publiée. Ce sont soit des présentations dans des colloques, soit des publications. Il faut essayer toujours de publier dans les revues de son champ disciplinaire. Il y a aussi des revues hybrides comme Sciences sociales et santé, et des revues davantage disciplinaires. En fonction du type de résultats que j'ai obtenus, de la conceptualisation que je peux en donner, je vais choisir telle ou telle revue pour présenter mes travaux, en essayant de faire en sorte qu'il y ait un équilibre. Après, il y a la participation à des commissions. A l'Association française de sociologie, je suis plutôt dans le réseau thématique (RT) sur la sociologie des sciences. J'essaie d'y rester et de m'y inscrire. De la même façon, j'appartiens au comité scientifique de la revue Anthropologie et santé. Mais il y a un problème de dispersion. Je crois donc que je vais arrêter, parce que je ne peux pas être partout. Il faut garder toujours un lieu d'ancrage dans des commissions scientifiques de sa discipline, être relecteur dans des revues de sa propre discipline. Quand on me le demande, je le fais. C'est une autre manière de rester en contact avec ses pairs, de ne pas rompre les liens avec sa discipline. Je le fais, ça me coûte à chaque fois, quand on m'envoie un article, de le lire, le critiquer, le renvoyer, le relire... mais, bon, c'est important ! Si je refuse tout, effectivement je me coupe. J'essaie de ne pas le faire.

**Thibaud Pombet** : Je fais une thèse en anthropologie sur la prise en charge des adolescents atteints de cancer et j'ai une question pour l'anthropologue. J'aimerais en savoir un peu plus sur le lien entre la possibilité de travailler en interdisciplinarité et le modèle culturel... J'ai fait un séjour cet été en Angleterre, qui pourtant n'est pas un pays d'une altérité extraordinaire, et j'ai eu l'impression, même si je ne suis pas resté longtemps, qu'ils avaient moins de mal à travailler en interdisciplinarité, ou entre médecins, infirmiers, animateurs, etc., toutes sortes de métiers. Ils étaient – peut-être avec une vision un peu naïve de ma part – plus sur un pied d'égalité que ce que j'ai pu voir dans des services en France. Grâce aux déplacements que vous avez pu faire en Guyane et dans certains pays, en voyant ce qui se passe chez les autres avec l'approche de l'anthropologie, pensez-vous qu'il y a différents contextes d'émergence ou de possibilité de travail interdisciplinaire ? Y a-t-il des cultures qui découpent différemment les sciences du vivant, la représentation de l'individu, du social, de la biologie, etc. ? Ma question porte donc sur le lien entre interdisciplinarité et culture.

**Christophe Perrey** : Savoir si la culture de certains pays favorise l'interdisciplinarité ou pas ? Je n'ai pas fait d'études pour répondre scientifiquement là-dessus ! Alors je vais y aller avec des lieux communs. Est-ce que, dans les pays où l'on a tendance à être plus pragmatique, centré sur les solutions, la collaboration est plus facile ? C'est possible. Je suis très prudent. Quand je travaillais à l'Institut Gustave Roussy, on a fait un travail en "mixed methods" sur le devenir psychosocial, familial, professionnel des enfants qui avaient eu un cancer pédiatrique. Comment cela s'est-il passé ? Bien. Il y avait à la fois des épidémiologistes qui avaient produit des données sur des cohortes de 3 000 personnes, des questionnaires extrêmement pointus, sophistiqués. On a pu travailler en collaboration avec des cliniciens, des pédiatres oncologues qui étaient intéressés par ces résultats. Et nous avons produit une étude assez approfondie avec 90 entretiens et l'utilisation de logiciels de traitement d'information. Ça s'est extrêmement bien passé. Quelles conclusions j'en tire ? D'abord, que c'est possible. C'est un exemple en France. Pour autant,

l'insertion de l'unité de recherche dans une institution hospitalière n'est pas facile. Est-il plus aisé de faire de l'interdisciplinarité dans un hôpital, dans une institution de recherche ou dans une agence ? C'est une autre question. On peut y répondre de diverses manières. Se dire qu'effectivement dans le milieu hospitalier il y a le contact avec le malade, l'expérience de l'intersubjectivité qui pourrait favoriser le dialogue interdisciplinaire. Mais en même temps, cela dépend des personnes qui le portent. Est-ce qu'elles en ont envie ? En France, effectivement, l'histoire des relations entre disciplines dans le milieu biomédical est en sinusoïde. Ça part, ça reflue... Je ne sais pas s'il y a des grandes conclusions possibles. J'ai l'impression que nous sommes plutôt dans une phase ascendante – la diversité des personnes autour de cette table montre qu'il y a des intérêts communs. Peut-être que dans certains pays c'est évident depuis toujours et que chez nous c'est plus problématique et variable. En ce moment on est plutôt dans une phase ascendante.

**Un participant :** Je vous remercie, j'ai trouvé ça très intéressant. J'ai eu l'impression, quand vous avez parlé du virus HTLV, que vous avez évité soigneusement le terme de génétique des populations, alors que ce domaine s'est développé justement à l'interface entre la démographie migratoire et les problèmes de génétique. J'ai eu aussi l'impression que vous favorisiez un peu l'étude des facteurs environnementaux. Mais je me trompe peut-être. Ma deuxième remarque est que, sur le travail interdisciplinaire et multidisciplinaire, vous avez évoqué les problèmes de pouvoir au sein des institutions (qui sont très importants, j'en ai connu à l'UNESCO), mais il y a aussi les problèmes de budget. Et les premiers projets sacrifiés, dès qu'il y a des coupes budgétaires, ce sont les projets interdisciplinaires.

**Christophe Perrey :** Oui, j'avais un temps assez limité, donc j'ai plutôt présenté la collaboration anthropologie–épidémiologie, mais j'aurais pu présenter la collaboration entre virologie et génétique, non pas des populations, mais de la prédisposition à des maladies infectieuses. C'est une discipline naissante, faisant appel à des connaissances en génétique et à des modèles mathématiques, pour voir si des différences qui s'observent entre populations peuvent être liées à des séquences bien précises de gènes. Cette discipline se développait dans un paradigme dominant dans l'institution où je me trouvais. On évolue toujours, comme vous l'avez dit, en contexte budgétaire limité, où il faut faire des choix. Donc, clairement, dans la période d'observation où j'étais, les choix ont plutôt favorisé des collaborations entre épidémiologistes génétiques, virologues et épidémiologistes généraux. La question budgétaire est bien évidemment centrale. Qui fait partie de ces commissions ? Comment se forment-elles ? Se reproduisent-elles ? Favorisent-elles certaines thématiques plutôt que d'autres ? C'est évidemment crucial, et c'est pourquoi une collaboration entre anthropologie et épidémiologie n'a pas pu prendre véritablement pendant cette période d'observation.

**Une participante :** Je suis médecin, praticien hospitalier à l'hôpital Saint Louis. J'y suis responsable de la PASS. Je voulais vous faire part d'une observation et d'une question. A la PASS, nous sommes dans l'interdisciplinarité de fait, parce qu'on est dans des indications médico-sociales, mais j'observe qu'au sein de l'hôpital c'est en fait exceptionnel. Dans cet hôpital, un CHU parisien, reflet de beaucoup d'autres établissements, l'interdisciplinarité est vraiment exceptionnelle. Ma question est donc : comment l'activer ? Cela peut-il se faire en interne, au sein des équipes hospitalières ? Moi, ce que j'observe, c'est que le médecin de base ne sait même pas ce qu'est l'anthropologie, donc le lien ne peut pas se faire là. Ou alors est-ce que la collaboration naîtrait dans des équipes ou des unités servant de terrain de stages ? Mais comment faire le lien ? Je voudrais citer l'exemple d'une de nos collègues de la PASS de Marseille, qui fait un travail de thèse avec une approche anthropologique et porte un double regard sur la transfusion chez les patients comoriens. Elle a publié ce travail dans une revue internationale de haut niveau qui s'appelle *Transfusion*, et elle a obtenu le premier prix. Donc je pense qu'il y a vraiment des développements d'interdisciplinarité, mais en pratique comment les activer ?

**Christophe Perrey :** Comment les activer ? Il faut déjà que les perceptions réciproques évoluent. Vous dites : « Quelquefois, le médecin généraliste ne sait même pas ce qu'est l'anthropologie ». J'ai envie de dire : il y a depuis une dizaine d'années dans les études médicales des modules d'enseignement des sciences sociales. Bon, on sait bien que quelquefois c'est enseigné par des gens qui viennent de prendre leur poste et n'y connaissent rien... Il y a eu des colloques entiers là-dessus, c'est très documenté. Mais, au moins, on peut espérer que les nouveaux médecins sauront ce qu'est l'anthropologie et la sociologie... Alors il faut être optimiste, il y aura peut-être une évolution des perceptions réciproques et de l'utilité

réci-proque par l'introduction de ces modules dans les cursus de formation. S'ils n'existaient pas, moi, je ne pourrais pas bouger. Après, comment favoriser l'évolution ? Ce sont des initiatives personnelles...

**La même intervenante :** Mais nous, par exemple, à la PASS, j'ai l'impression que nous ferions un bon terrain de stage. Comment faire pour solliciter des personnes pour qu'elles y viennent faire un travail de sciences humaines ?

**Christophe Perrey :** Il faudrait des organes qui centralisent les attentes et les annonces des chercheurs en sciences sociales qui veulent travailler dans ces domaines. Il y en a peut-être beaucoup, mais on ne sait tout simplement pas que ça existe ! Il y a maintenant des sites Internet pour que ces mises en relation puissent se faire, qu'on sache qu'il y a une structure qui a envie d'accueillir et quelqu'un qui a envie de faire une recherche. Il faut utiliser les sites Internet d'associations comme celle-ci pour y arriver. Aller sur des espaces de partage numérisé permet de dépasser le simple jeu des relations interpersonnelles. C'est une solution, on peut l'utiliser.

**Cécile Fournier :** Je pense qu'en même temps il peut être intéressant d'identifier des équipes de recherche localement présentes, de repérer sur quoi elles travaillent, de vous documenter et puis d'aller leur présenter votre terrain.

**Christophe Perrey :** Il y aurait à faire un travail de recensement des institutions, des lieux de formation interdisciplinaires, et puis le diffuser.

**Jacques-Claude Cittée :** Le financement est très important. Nous, à la PASS de Créteil, nous avons payé un anthropologue pour essayer de comprendre comment se fait, ou non, le dépistage des viroses. Donc ça n'aurait jamais pu se faire s'il n'y avait pas eu un financement.

**Une participante :** On peut aussi, par l'intermédiaire de l'UFR de sociologie ou d'anthropologie, trouver des étudiants (en master 2 professionnel essentiellement) qui doivent faire un mémoire dans un stage obligatoire qui peut durer 10 semaines comme dans mon cas, sans être rémunérés. C'est une autre piste, s'il y a un problème d'argent.

**Christophe Perrey :** Le problème de l'argent, j'en ai discuté avec une collègue. Il y a de l'argent quand même, dans le milieu médical. Il y en a plus que dans d'autres secteurs. On ne va pas là parce qu'il y a de l'argent, mais on sait que si on y va, il y aura plus facilement des crédits. Dans la recherche sur le cancer, par exemple, des bailleurs de fonds, il y en a, avec des financements fléchés pour des collaborations avec les sciences sociales. La Ligue, l'InCa... A mon avis, ce n'est pas l'obstacle principal.

**Une autre participante :** Un des obstacles qui me semble très important, c'est l'obstacle statutaire. Il y a souvent de l'argent, mais on ne peut pas vous le donner parce que vous n'entrez pas dans telle case. On voudrait bien, on adorait que vous interveniez... mais d'où êtes-vous ? D'une association ? Alors il faudrait faire un appel d'offres, il faudrait trois associations, on ne peut pas, c'est trop compliqué... Il faut des bricolages extrêmement importants pour essayer de contourner ces difficultés.

**Rosane Braud :** Il y a de l'argent, mais le mode de d'attribution fait qu'il ne va pas à n'importe qui. On lutte en permanence contre ça dans le milieu médical. Dans d'autres milieux aussi.

**Christophe Perrey :** Oui, j'ai évoqué la reproduction des commissions qui existe dans ce domaine. Il est difficile de répondre à des appels à projets pour séduire des bailleurs qui sont plutôt dans le milieu biomédical. Il faut pour cela une vraie rhétorique !

**Laurent Marty :** Je reprendrai quand même l'idée de Christophe, sur la part nécessaire de créativité, avec ce que cela implique de bricolage. Il y a une demande croissante de savoir pratique et conceptuel en sciences humaines autour de la santé, venant des institutions, des médecins, d'autres professions soignantes, etc. Le défaut des sciences humaines est certainement de ne pas être assez actives et inventives vis-à-vis de cette demande. Il y a encore de l'argent, et en même temps tout le monde sait que cela se resserre. Les demandes adressées aux sciences humaines ne disparaissent pas pour autant ; elles tendent vers cette question : « Comment peut-on maintenir une qualité de soins avec une moindre ponction financière sur la société ? »

**Christophe Perrey :** Ce sont des volontés individuelles aussi. La responsable de l'unité de recherche de Robert Debré avec qui je travaillais souhaitait qu'il y ait dans son unité un anthropologue quasiment en

permanence. Eh bien, elle a développé beaucoup d'énergie pour que des projets la mobilisant ou me mobilisant au début soient financés. Parfois ils ont été retoqués, mais elle y est revenue sans arrêt, parce qu'elle avait cette volonté. Puisqu'elle avait décidé qu'il fallait un poste pour cette personne, elle se battait jusqu'à ce qu'elle l'obtienne, et ça c'est très important !

**Matthieu Lustman** : Oui, mais faut-il en rester toujours au bricolage ? Parce que le bricolage, ça épuise les gens...

## RECHERCHE PLURIDISCIPLINAIRE EN SANTÉ SUR LA FORMATION DES INFIRMIERS EN FRANCE

par Annie-Joëlle PRIOU-HASNI, sociologue

(Texte à venir)

### MODÉRATION – DISCUSSION par Matthieu Lustman, médecin généraliste, sociologue

**Matthieu Lustman** : Je te remercie beaucoup de ton intervention. Elle pose de nombreuses questions très riches qui permettent de souligner les liens entre « recherche » et « formation ». Il s'agit d'un débat que nous allons devoir approfondir. Ton intervention permet de faire des ponts : les questions qui se posent pour la formation des infirmières se posent de la même manière pour la formation des étudiants en médecine. Ainsi ce que tu as dit fait écho à de nombreuses questions que je me suis posées à propos des cours que je donne. Par exemple, cela interroge l'idée qu'il suffirait de mettre des enseignants de sciences humaines et sociales dans des amphithéâtres de médecine - ce qui correspond aux pratiques auxquelles j'ai été confronté dans les universités où j'ai donné des cours - pour que les étudiants s'approprient la logique des sciences humaines et sociales et ne les considèrent pas comme élément étranger, annexe, secondaire. Ainsi, si les sciences humaines et sociales ont acquis peu à peu une place dans la formation des soignants, la manière dont nous faisons cours, les difficultés que nous rencontrons, ne sont pas encore vraiment analysées. L'enjeu est de réussir à avoir une démarche réflexive sur la manière dont nous donnons nos formations, de s'interroger sur nos objectifs et nos pratiques.

Dans l'analyse que tu effectues, il y a un premier point important : **il y aurait un malaise face au changement**. Quand on essaie de faire évoluer les cours, il est difficile de bousculer les habitudes, Ce malaise peut paraître logique, mais, il ne semble pas être analysé, il est vécu, ressenti sans qu'il n'y ait un réel temps pour la réflexion. Il y a un deuxième point à souligner : les étudiants suivent la logique impulsée par les enseignants et « vont chercher le sens de la réforme dans le regard de leurs formateurs », **ils s'adaptent sans regard critique**. En conséquence si les formateurs ne prennent pas le temps de réfléchir sur leur démarche de formation, ne s'approprient pas les enjeux de la réforme, et ne s'interrogent pas sur la nature du message qu'ils souhaitent faire passer, on risque de transmettre des connaissances théoriques un peu abstraites, qui ne font pas sens pour les étudiants. Enfin un dernier point : quelle est la place du stage ? Y aurait-il un décalage entre les objectifs des enseignants et les pratiques réelles ?



**De fait, nous débattons rarement en profondeur des attentes que nous avons vis-à-vis des étudiants.** Nos attentes restent vagues, les étudiants doivent apprendre à devenir réflexifs ! Mais concrètement comment font-ils ? Pour atteindre cet objectif essentiel, est-ce qu'il leur suffit d'écouter nos cours, de passer leurs examens ? Que savons-nous de la manière dont ils « se construisent » réellement ? Quelle est la réelle influence des stages sur leurs pratiques professionnelles, sur leurs constructions identitaires ? Quand j'analyse les stages des étudiants en médecine, je retrouve le même type d'interrogation.

J'aurais beaucoup de questions à te poser mais je préfère me limiter et laisser plutôt le débat à la salle. Trois questions donc :

- **La réflexivité des enseignants.** La réflexion que tu effectues sur tes propres cours peut-elle être partagée avec les autres formateurs ? Si oui de quelle manière ? Ta démarche réflexive est-elle liée à ta démarche personnelle, à ton statut de sociologue ? Les autres formateurs acceptent-ils un regard distancé et critique sur leurs pratiques ?
- **La place et le rôle de la sociologie dans la formation des infirmières.** Le côté un peu trop théorique des sciences humaines et sociales est-il un frein pour des acteurs de terrain, qui ne veulent que de la pratique ? Comment de manière concrète, les étudiants arrivent-ils à intégrer l'apport des sciences humaines et sociales dans leur formation ? Comment t'adaptes-tu aux demandes de savoir pratique sans céder sur l'intérêt et la rigueur de ta discipline ?
- **La réflexivité des étudiants sur les cours.** Dans ta recherche tu donnes la parole aux étudiants, alors que d'habitude ces derniers sont un peu traités comme les malades, ils sont censés être au centre du dispositif mais on sollicite rarement leur avis. Ma dernière question est alors : comment peut-on se fonder sur la parole des étudiants pour améliorer nos cours ?

**A.-J. Priou-Hasni :** Pour le dialogue avec les formateurs en IFSI cela se passe plutôt bien, parce qu'ils sont en demande de sciences humaines, notamment dans les écoles d'infirmiers. L'approche compréhensive proposée en sciences humaines fait écho à leurs attentes. Il n'empêche qu'ils ne comprennent pas tout non plus, surtout par rapport aux objets de recherche. Pour eux quand on travaille sur un objet de recherche en sociologie, il faut toujours qu'il y ait du lien avec le pratico-pratique et cela agace parfois. En effet derrière le pratico-pratique, il peut se cacher énormément de choses obscures, et les chercheurs en sciences humaines ont pour objectif de décrypter et d'aller au-delà des questions de surface. Il ne s'agit jamais d'enjeux purement pratico-pratiques. De même, les étudiants sont dans des formations alternées, ils font des stages et de la théorie ; le pratico-pratique prend donc aussi énormément d'importance et la partie théorique en sociologie passe après le terrain. Il s'agit alors d'essayer de construire un dialogue permanent entre la théorie et la pratique.

**Matthieu Lustman :** Tu poses bien la question : quel temps de réflexion un formateur peut-il avoir sur sa pratique, quel temps devrait-il avoir ? Quelle est la base théorique et conceptuelle nécessaire pour comprendre ses pratiques ? Jusqu'où faut-il réfléchir alors que les enjeux du quotidien priment en permanence ? En effet nous sommes dans une double logique de jeu de miroir : comment faire réfléchir d'une part des acteurs de terrain pour qui le temps de l'analyse critique sur soi est souvent caricaturé d'un trait : « c'est de la philosophie », et qui cherchent avant tout des réponses rapides à des problèmes concrets et comment faire réfléchir d'autre part les formateurs sur la manière de transmettre leur savoir et sur leur façon de former les acteurs de terrains à la démarche réflexive ? Alors qu'il n'existe pas à ma connaissance des groupes d'analyse de pratique dans les universités et dans les IFSI, comment faire réfléchir sur leur propre pratique ceux qui veulent faire réfléchir les autres sur leur pratique ? Et si oui de quelle manière, avec quel lien entre théorie et pratique et avec quelle place pour le retour des étudiants ?

**A.-J. Priou-Hasni :** C'est important de faire le lien entre théorie, concepts et pratique, mais il faut partir de quelque chose de conceptuel parce que sinon on n'arrive pas au pratique. Pour ta question sur la parole laissée aux étudiants, je les ai eus en cours magistral mais aussi en TD, et je voyais leurs interrogations sur le pouvoir médical, cela entraînait chez eux des peurs. En effet, ils sont confrontés à cette instance très forte qu'est le pouvoir médical, représenté par le côté biomédical, et ils ne savent pas comment le gérer. J'ai vu cette peur, parce qu'ils doivent réaliser des enquêtes de terrain et ils avaient peur d'aller interroger « le professeur ». Ils n'avaient pas peur d'aller voir le professeur, mais plutôt de le questionner sur le fonctionnement du service. Ils avaient peur que le professeur prenne mal ce genre de question, parce que cela aurait pu laisser sous-entendre qu'ils remettaient implicitement en cause ses compétences. Tout est

assez pervers dans la manière dont les étudiants voient leur relation avec des pairs autres que ceux qu'ils ont dans les IFSI.

**Matthieu Lustman** : Ma question portait plutôt sur la manière dont il est possible d'incorporer le retour critique des étudiants, d'intégrer leurs attentes pour améliorer les cours de sciences humaines et sociales.

**A.-J. Priou-Hasni** : Peut-être en essayant de comprendre les raisons pour lesquelles ils n'osent pas s'exprimer ? Pourquoi, par exemple, n'osent-ils pas laisser de côté leurs représentations qui, comme toute représentation, sont faites de valeurs et de croyances ? Avec les sciences humaines dans les IFSI, on est au cœur de cette question. Il s'agit d'outils très importants qui devraient leur permettre de décrypter ces représentations, par conséquent d'aller au fond des problèmes qu'ils se posent.

**Un participant** : Vous avez évoqué dans le cadre des nouveaux programmes le fait qu'il n'y avait pas de transversalité, mais plutôt une espèce de morcellement, contrairement à ce qui se passait avant. Je porte un regard un peu différent. Notamment en région Bourgogne, la promulgation du nouveau plan a justement permis qu'une transversalité apparaisse. Il existe en outre un référentiel qui est basé sur les compétences et qui accorde, du moins en région Bourgogne, une place essentielle aux sciences humaines et sociales. Je pense que cela peut varier et dépendre de chaque IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers).

En second lieu, dans vos réponses aux questions posées, vous avez évoqué le pratico-pratique, c'est une question classique dans les IFSI, et vous avez dit qu'il fallait partir du conceptuel pour arriver aux pratiques. Il me semble, au contraire, que pour les étudiants infirmiers, il convient de faire l'inverse. En effet du point de vue pédagogique, il convient de partir de la pratique, de leur terrain, de ce qu'ils peuvent s'approprier, et de remonter ensuite à une conceptualisation. C'est peut-être dans ce sens-là qu'il est fait usage du terme pratico-pratique. Il faut passer un cap, qui n'est pas gagné encore en terme de conceptualisation, mais je pense que dans toute formation, il faut partir du pratique pour aller vers le conceptuel, c'est mon cheminement.

**A.-J. Priou-Hasni** : Concernant la transversalité, quand vous prenez le livret 2, il faut aller vraiment chercher les liens et chaque IFSI effectue une démarche en ce sens. C'est quand on trouve ces liens qu'il est possible de créer des transversalités. Cependant quand on reprend les unités d'enseignement les unes après les autres, il n'y a pas de thématiques qui se retrouvent dans toutes les UE, c'est donc au formateur de créer ces liens entre les différents modules. Dans ces UE telles qu'elles sont construites, il n'y a pas de transversalité visible et formalisée. Sur le pratico-pratique, je me suis peut-être mal exprimée en disant qu'il fallait partir du concept. En fait, dans une démarche compréhensive, il s'agit forcément d'un aller-retour entre le concept et le terrain. Je suis donc d'accord avec votre remarque, mais je tiens à souligner qu'il n'y a pas que le pratico-pratique, il faut aussi aborder des théories et des concepts et ne pas se contenter uniquement de faire des analyses de situations.

**Le même participant** : D'un point de vue pédagogique, pour permettre aux personnes en formation de comprendre la nécessité de théoriser, c'est important de partir de ce qui va parler à la majorité des étudiants. Il s'agit donc de parler de leur pratique de terrain pour les amener à la conceptualisation. Je ne me plaçais pas du côté du chercheur en termes de démarche compréhensive et de rapport avec le terrain. Je me situais d'un point de vue pédagogique vis-à-vis du professionnel en devenir, chez qui on veut développer la capacité de conceptualiser ou tout du moins de porter un regard réflexif sur sa pratique. La recherche et la pédagogie doivent être abordées de manière différente.

À mon avis, que l'on parte du terrain ou du concept, à un moment donné les deux vont être en lien et se discuter. Nous sommes donc quand même assez d'accord.

**Matthieu Lustman** : Effectivement la place de l'exemple est essentielle. Il faut tirer le fil qui intéresse les étudiants. Ils ont tellement de mal à théoriser, à conceptualiser, l'idée « de faire de la philosophie », comme ils disent, leur paraît si lointaine, qu'il faut les amener progressivement à cette démarche. Si nous ne nous appuyons pas sur leur logique, leur cheminement, nous passerons à côté de nos objectifs. La critique sera toujours : « C'est trop abstrait ». C'est un débat qui revient de façon récurrente. C'est pour cela qu'il faut prendre le temps d'appuyer notre réflexion sur deux concepts essentiels : « accompagner » et « cheminer ». Il est pour nous difficile à 20 ans d'écart de nous remettre à la place des étudiants, de saisir leurs logiques, leur manière de conceptualiser. Nous avons tendance à oublier ces enjeux, surtout

que chaque enseignant est prisonnier aussi de son propre cheminement, de sa propre réflexion du moment, qui ne sont pas forcément en adéquation avec les questions que se posent les étudiants. Nous devons donc faire l'effort de saisir leur logique, d'analyser leur cheminement, et d'accompagner leur démarche.

**Un participant :** La question des rapports entre recherche et formation, entre chercheur et enseignant, entre chercheur et praticien, me semble essentielle. C'est d'ailleurs une question qui a déjà été posée lors de la première intervention sur la pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité, la transdisciplinarité. Il s'agit des éléments centraux du débat. Cependant, il y a un autre élément central qui n'a pas été encore abordé, il s'agit de la question de « la discipline ». En effet si on ne connaît pas la discipline en soins infirmiers, par exemple, il sera difficile voire impossible de produire des savoirs interdisciplinaires puis de les enseigner et de les enraciner dans les pratiques professionnelles. Je pense qu'il faut débattre de cela, c'est-à-dire s'interroger sur la manière dont les infirmières pratiquent et se réfèrent aux connaissances scientifiques de leur discipline. Dans cette démarche, on fait le lien entre la pratique, les connaissances scientifiques et les concepts. Les questions qui sont posées là sont : « Est-ce que je suis sociologue et est-ce que je m'intéresse au point de vue infirmier avec mon point de vue de sociologue ? » Ou « Est-ce que je fais des soins infirmiers et je mobilise des concepts, des théories, issus des sciences humaines et sociales mais avec pour objectif de problématiser des situations de soin ? » Je pense qu'il s'agit là d'un des axes de fond qui devront alimenter notre débat.

**Un participant :** Dans cette intervention, le débat sur la place des sciences humaines me questionne. En effet, avec le référentiel des études infirmières de 2009 leur place a encore évolué. Il ne faut pas oublier que l'enseignement des sciences humaines dans les soins infirmiers est ancien, avec une vraie volonté d'intégrer les aspects « sciences humaines et sociales » aux aspects biomédicaux. Bien sûr, ce processus s'effectue lentement et avec le référentiel de 2009 il y a eu une évolution significative : maintenant les enseignements de sciences humaines et sociales sont effectués par quelqu'un ayant le statut d'universitaire, ce qui n'était pas le cas auparavant. Bien sûr aussi, il y a toujours débat sur ce qui devrait être fait par les universitaires d'une part et par les professionnels de l'autre. Les rôles ne sont pas encore tout fait clairs, il y a toujours des négociations complexes. Cependant avec le référentiel de 2009 qui a introduit cette nouvelle dimension, la place des sciences humaines et sociales est un peu différente, les liens sont renforcés et le processus intégrateur s'accroît. Ce processus est lié à la question « qui fait l'enseignement ? », et aussi « que connaît l'enseignant de sciences humaines et sociales dans la discipline des soins infirmiers et ses problématiques ? ». Les sciences humaines peuvent être perçues, et le sont encore souvent aujourd'hui, comme de la culture générale, donc comme des savoirs non directement mobilisables dans la pratique. L'étudiant se dit qu'il va faire de la sociologie, il va écouter parce que c'est un peu exotique. Quant à l'anthropologie, c'est super parce qu'on nous parle des choses d'ailleurs. Je caricature un peu mon propos, mais l'idée est là : pour les étudiants tout cela est très sympa, mais que peut-il en faire dans son quotidien ? D'où la nécessité d'effectuer un important travail de transposition. L'enjeu est que l'enseignant puisse dire : « Quand je vous parle de ce travail qui a été fait, à vous de voir ce qu'il peut vous apporter comme connaissances dans votre quotidien. Ainsi quand vous aurez Monsieur X à prendre en charge ou quand vous serez dans la situation Y, vous pourrez vous appuyer sur les connaissances vues en cours, car les personnes et les situations rencontrées seront semblables. » Ce travail de transposition est difficile à faire, il nécessite des connaissances dans les deux domaines. Il s'agit à la fois d'un travail des formateurs, des enseignants et, parce que les équipes sont multiples, de toutes les personnes qui accueillent les étudiants en stage. Il ne faut pas oublier ces stages, parce que ce que nous leur racontons en cours, c'est dans les stages qu'ils le verront. Je pense qu'il faudra probablement plusieurs années pour arriver vraiment à cette logique.

**Matthieu Lustman :** Nous avons deux interventions qui vont un peu dans le même sens et qui donnent « sens » à ce qui nous réunit. Comment relier les regards des uns et des autres ? Il y a d'une part le regard des sociologues, des philosophes, des anthropologues sur ce que font les praticiens, il s'agit d'un premier regard, d'une première confrontation. Il y a d'autre part les attentes des praticiens, qui ont besoin qu'on s'intéresse à eux pour eux-mêmes et non comme « des objets de recherche ». Les praticiens ont besoin de pouvoir mobiliser des connaissances en provenance des sciences humaines et sociales, même et surtout s'ils comprennent que le rôle des sciences humaines et sociales n'est pas de proposer des recettes pour résoudre tous les problèmes d'un coup de baguette magique. L'enjeu qui a été mis en avant est celui de

la transposition des connaissances d'une discipline à une autre. Transposition et non transfert. Entre le chercheur qui veut comprendre, étudier, analyser, déconstruire et produire un savoir critique, et l'acteur de terrain qui est avant tout dans l'action, même s'il veut comprendre aussi, il se profile un chemin qui demeure encore un peu flou. Ce chemin doit être l'enjeu d'une réflexion approfondie.

Ce qui m'a frappé lorsque j'ai commencé mes cours, c'était de voir à quel point il est difficile pour les praticiens de définir les concepts qu'ils mobilisent tous les jours : qu'est-ce que la maladie ? Qu'est-ce qu'un malade ? Qu'est-ce que la santé, le soin ? Quel est le rôle du soignant ? Il est donc essentiel de partir de ce qui interroge les acteurs, de ce qu'ils ont du mal à comprendre, à cerner. Il faut partir des acteurs et ensuite, dans un second temps, voir comment on peut intégrer un regard « sciences humaines et sociales » à leur questionnement et arriver à ce que ce questionnement soit renouvelé par le prisme de ces mêmes sciences humaines et sociales.

**Un participant :** Il est aussi possible de partir de situations de soins tout à fait concrètes et de les problématiser à partir des concepts qui émergent de ces situations, sans se poser « des questions intello ». Il sera toujours temps dans la hiérarchie des concepts d'aller chercher des concepts plus globaux, plus centraux.

**Matthieu Lustman :** Je soulignais l'importance de s'appuyer sur le terrain, de ne pas partir bille en tête sur les théories et les concepts. Nous sommes tous ici assez d'accord avec cette idée, je pense, même si le moment où les concepts et les théories doivent être mobilisés n'est pas toujours évident à définir. Donc savoir toujours partir du terrain et ensuite s'adapter en fonction du type d'étudiants et de la situation de cours dans laquelle on est.

**Isabelle Bourgeois :** Pour faire avancer la discussion, est-ce qu'une façon de réconcilier « savoir pratique » et « savoir théorique » ne serait pas de revenir sur la question de la transposition ? Il existe des démarches, depuis un certain temps, de formation par la recherche. J'ai eu une expérience avec des cadres de santé et je me régale, parce qu'en fait il y a beaucoup d'espace pour la méthodologie et pour la recherche. Dans cette démarche nous formons les cadres de santé d'une manière particulière, c'est-à-dire que nous amenons des professionnels paramédicaux en devenir à avoir un regard de sociologues. L'ancrage disciplinaire est clairement affiché, la méthodologie est constituée par l'approche compréhensive qualitative avec des entretiens. Cette démarche est très fructueuse. Les professionnels, une fois de retour dans le service, nous écrivent encore un an après et nous disent : « C'est fantastique comme je me rends compte maintenant de tout ce que cela m'a apporté ». Cela me semble être une voie un peu longue, peut-être un peu difficile, mais la transposition ne pourra pas se faire de manière mécanique en lisant des glossaires, des lexiques ou des manuels particuliers. Ce travail de construction du regard, de formation par la recherche me semble être une très bonne voie. Je n'en vois pas d'autre aujourd'hui et elle permet une bonne acculturation.

**Anne Véga :** D'une certaine manière les chercheurs, en allant sur leur terrain de recherche, se forment comme cela.

**Matthieu Lustman :** Une autre solution serait la formation en duo, c'est-à-dire par deux personnes : un universitaire et un professionnel. La formation serait faite mais aussi construite ensemble, conceptualisée à deux dès le départ. Comme les étudiants ont à la fois besoin d'exemples et de théorie, de partir du terrain et de problématiser, le duo universitaire/professionnel peut être une bonne réponse.

**Isabelle Bourgeois :** Oui c'est exactement cela.

**A.-J. Priou-Hasni :** Il me semble que le dernier programme a apporté « du tiers », c'est-à-dire qu'il a déplacé le curseur. J'ai fait les anciens programmes et j'étais perçue comme « une intello » à qui on ne parlait pas. Il me semble qu'avec l'universitarisation, on a le côté « intello » avec l'université et on a le côté pratico-pratique avec le stage. D'après mon vécu, on a avec les IFSI un lieu où on peut construire avec les étudiants. Donc on arrive à faire ce mélange et ce d'autant plus avec le nouveau programme, que les formateurs auxquels on a à faire appel en IFSI se forment aussi, c'est-à-dire qu'ils vont à l'université avec les étudiants en master masters. Il existe ainsi un brassage qui nous permet de ne plus être dans cette dualité où il aurait d'un côté les cliniciens qui partent d'un cas qu'on décortique et de l'autre côté les intellos à l'université qui pensent. J'ai l'impression qu'on arrive vraiment à rassembler ces deux côtés.

**A.-J. Priou-Hasni :** Et c'est lorsqu'on arrive à faire du lien entre les deux côtés, qu'il devient possible de mieux réfléchir à la discipline des soins infirmiers.

**Un participant :** Je vois bien qu'il y a une voie qui est de se former à la recherche par la recherche et de produire. Mais la question centrale est de se demander : pour produire quelle connaissance ? Des connaissances qui servent à quoi ? Et pour qui ? Et donc la question de la transdisciplinarité se pose aussi là, ainsi que la construction de la discipline.

**Un participant :** Le fait de travailler ensemble entre universitaires et formateurs IFSI me semble très important. Cela permet d'éviter d'opposer trop rigide ment théorie et pratique. Chez les formateurs, il y a eu un gros travail de fait avec les sciences humaines et sociales. N'oublions pas qu'au départ, avant le programme de 1992, ce sont les formateurs qui ont demandé aux sciences humaines et sociales de venir dans les IFSI. Cependant le programme de 1992 a créé une confusion, il proposait des sciences humaines et sociales aux étudiants et en même temps ces dernières n'étaient que rarement évaluées. Ensuite, nous avons eu le programme de 2009 qui a permis de clarifier un peu les choses en disant qu'il y a un contenu, qu'il fallait l'évaluer. Il est aussi important d'évaluer les sciences humaines et sociales que la biologie et ça c'est déjà bien. Cependant en même temps, au niveau des structures, il y a encore plein de trucs qui ne vont pas, par exemple, nous voyons bien la distance qui existe entre les universitaires et la pratique, ils sont loin du terrain et c'est dommage.

**A.-J. Priou-Hasni** Je voudrais faire une remarque sur la question de la transdisciplinarité et du risque de schizophrénie pour celui qui la pratique. Je pense que quand vous présentez votre travail, Madame, vous présentez un travail sociologique qui est le processus de construction identitaire chez les étudiants. En même temps, vous vous êtes interrogée sur la pédagogie. Dans ces conditions comment pouvez-vous débattre à la fois sur une question sociologique et sur votre pratique pédagogique ? Je crois qu'à votre place, je serais très mal à l'aise. Dans mon doctorat, j'ai travaillé sur les savoirs d'expérience des aides-soignants et pendant un temps j'ai cessé de faire la formation des aides-soignants, parce que je ne pouvais pas être à la fois dans la pratique et dans la recherche, je devenais schizophrène et vraiment j'étais mal à l'aise. Ce matin nous avons parlé de la question identitaire et il me semble important que nous la prenions en compte pour n'être ni dans la confusion ni dans la schizophrénie, mais bien dans la discipline à partir de laquelle nous nous situons.

## RECHERCHE PLURIDISCIPLINAIRE EN SANTÉ HOPITAL, PRÉCARITÉ ET SOINS : LES PASS, UNE PERSPECTIVE PSYCHOSOCIOLOGIQUE par Mariana LECARPENTIER, psychosociologue

### Introduction

Chercheuse en sciences humaines et sociales, mon statut est celui cadre de direction dans la fonction publique hospitalière, mon métier, celui de psychosociologue et j'occupe des fonctions de chargée d'études à la Direction de la Politique Médicale au Siège de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Ce parcours pluriel semble être à l'origine des questionnements auxquels les sciences humaines et sociales, à partir de la fin des années 1990, m'apportent des réponses en termes de compréhension des situations historiques, sociales, psychiques, rencontrées dans les organisations de travail à l'hôpital. Ainsi, ma première étude allait porter sur l'accès du patient à son dossier médical. L'analyse des données historiques,

juridiques et sociologiques m'a été indispensable pour comprendre la problématique de l'accès au dossier médical dans le contexte d'élaboration de la loi de mars 2002 sur les « droits des malades ».

Depuis lors, mon intérêt porte essentiellement sur les transformations organisationnelles et leur impact sur les pratiques et les identités professionnelles à l'hôpital public.

Diplômée de l'Université Paris IX Dauphine en psychosociologie des organisations et de l'Université Paris 7 Diderot en sociologie clinique, entre l'institution et l'université, j'ai réalisé des études portant sur la rationalisation des pratiques médicales de prise en charge des malades atteints de cancer dans les hôpitaux parisiens de l'AP-HP (2005 - 2006), dans le contexte de mise en œuvre des mesures préconisées par le premier Plan Cancer.

En 2007, j'ai contribué en tant que psychosociologue à une étude nationale commanditée par la HAS, portant sur le transfert des compétences entre les professionnels de santé.

En 2008 et 2009, j'ai réalisé une étude clinique sur la place des cadres administratifs de pôle dans le contexte de mise en place des pôles d'activité dans les hôpitaux de l'APHP et de la nouvelle gouvernance hospitalière.

En institution, j'ai participé à l'élaboration de dispositifs tels que la « prévention des risques psychosociaux au travail », l'accompagnement individuel et collectif, etc.

Depuis 2009 mon travail de recherche est consacré à l'étude des activités marginales à hôpital comme le montre l'exemple de la prise en charge médicale et sociale des personnes en situation de précarité, qui fait l'objet de ma présentation d'aujourd'hui.

La pluridisciplinarité est convoquée à la fois dans mes activités professionnelles, de recherche, pédagogiques et d'enseignement de l'anthropologie et de la sociologie de la santé à l'Université Paris Est Créteil ou de la méthodologie de recherche en Institut de Formation en Soins Infirmiers.

### **Objet de la recherche**

Débutée en 2009 au CRTD/ CNAM dans le cadre de ma thèse de doctorat, cette recherche s'inscrit dans la continuité de travaux déjà réalisés, dans le contexte de réformes successives architecturales, économiques, juridiques, sociologiques de l'hôpital public, mais aussi de montée des incertitudes et de la précarité.

Mon implication de chercheuse est aussi celle d'une professionnelle qui vit de l'intérieur les transformations de l'hôpital public, terrain qui fait l'objet de la recherche.

### **Terrain de recherche**

Paradoxalement, le terrain hospitalier m'est difficilement accessible.

Mon statut de cadre de direction me rend suspecte. L'imaginaire de ceux que je rencontre ne comprend pas la dimension recherche, légitimité scientifique, mais grâce aux réseaux, l'idée de réaliser cette recherche est acceptée par un médecin dans un hôpital universitaire en pleine réforme de la nouvelle gouvernance, menacé par des regroupements, suppressions, mutualisations et optimisations des ressources architecturales, techniques, économiques et humaines.

Très vite, la recherche est axée sur l'étude de l'activité d'une permanence d'accès aux soins de santé, PASS, située dans une policlinique médicale de cet hôpital.

### **Hypothèse de la recherche**

L'hypothèse principale que je formule est que le changement organisationnel porté par la nouvelle gouvernance rencontre, certes, l'adhésion et la souffrance, largement étudiées en psychologie ou en sociologie du travail, mais elle rencontre aussi la résistance des professionnels ; cette résistance serait une alternative aux processus d'adhésion et de souffrance.

## **Méthodologie de la recherche**

La méthodologie comprend des entretiens semi directifs et de l'observation participante à des réunions de travail, des études institutionnelles, des actions associatives, à plusieurs réunions et séminaires réunissant des professionnels de plusieurs services du pôle « médecine générale et urgences » et concernant l'évolution des activités du pôle, le codage des actes médicaux et la problématique de la facturation (T2A). Ces données issues de l'exploration empirique complètent l'exploration théorique historique, sociologique, psychologique et philosophique en se donnant pour objet les processus de relégation, de négatif psychosocial, de contournement, de dégageant et de subjectivation.

## **Ma posture de chercheure**

Dans ma posture de chercheure et de professionnelle engagée sur le terrain de ma recherche, je me sens très proche de la conception de Norbert Elias du travail de recherche et pense, comme lui, que pour comprendre le mode de fonctionnement des groupes humains, il est indispensable d'avoir accès aussi de l'intérieur à l'expérience que les hommes ont de leur propre groupe et des autres groupes ; or, on ne peut le savoir sans participation et engagement actifs. (Elias, 1993).

## **Exploration théorique**

Après avoir formulé l'hypothèse de la résistance du travail hospitalier de soins au changement managérial, comme alternative à l'adhésion et/ou à la souffrance produite par les transformations sociales, l'investigation théorique du concept de résistance me montre que cette notion est peu explorée en sociologie. Elle est explorée par des philosophes comme Françoise Proust, Michel Foucault, des psychanalystes comme Bruno Bettelheim, Daniel Lagache, Sigmund Freud, très souvent, dans des situations extrêmes : camps de concentration, lutte contre la destruction, lutte contre la mort.

## **Le concept de résistance**

Pour F. Proust, la résistance est une « expérience de subjectivation en tant qu'elle est expérimentation de la liberté, prise de risques, colère contre l'inacceptable ; sa logique est transcendante ».

Pour Freud, la résistance est un mécanisme de défense du Moi comme les autres.

Daniel Lagache (1956) considère que les stratégies de résistance constituent des mécanismes de dégageant qui ont pour effet, par la décharge émotionnelle, une réduction des tensions psychiques.

Le sociologue S. Bouquin définit la résistance comme étant des conduites gênantes, embarrassantes, voire inacceptables pour ceux qui emploient et « mettent » les autres au travail.

Pour la psychosociologue que je suis, il est nécessaire de convoquer plusieurs disciplines pour définir la résistance en tant que « la capacité à faire face » aux « événements de la vie », liée à la personnalité mais aussi liée à des expériences permettant de mobiliser des ressources diverses : biologiques, économiques, sociales, psychiques, plus ou moins importantes.

## **Le concept de précarité**

Pour comprendre la problématique des PASS, je poursuis par l'exploration théorique du concept de précarité.

Au sens ontologique et social, la précarité représente une insécurité vitale, le plus souvent euphémisée ou déniée, un processus résultant de l'interaction entre état biologique, facteurs sociaux, « événements de la vie » et variables individuelles.

## **Transformation du regard porté par la société sur la précarité**

Pour le sociologue Serge Paugam, l'évolution du regard porté sur les pauvres et sur les plus démunis dans la société actuelle a changé, marquant la régression de l'explication de la pauvreté par l'injustice et la progression d'une explication de la précarité par le manque de courage, l'irresponsabilité, la paresse, l'incompétence. Le pauvre est désigné comme appartenant à un groupe social dévalorisant et portant la marque « négative » de l'incompétence, de l'irresponsabilité sociale. Ce processus de disqualification sociale expose le pauvre au regard méprisant mettant en relief son inutilité sociale.

## **Exploration des données historiques**

Parallèlement, l'analyse des dispositifs réglementaires montre que depuis plusieurs années l'accès aux soins de ville devient de plus en plus difficile pour les plus modestes, l'assurance maladie se désengage peu à peu du financement des soins courants au profit des assurances maladie complémentaires, se banalisent les dépassements d'honoraires et se multiplient les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. Des enquêtes récentes montrent la croissance des phénomènes de renoncement à des soins pourtant utiles.

Dès lors, les plus fragiles tendent à s'orienter naturellement vers l'hôpital, alors même que l'hôpital est de plus en plus pensé comme une « usine à soins » hautement techniques, rémunérée à l'activité et sommée de réaliser des gains de productivité.

### **L'hôpital comme institution**

Hôte et ennemi, hospitalité et hostilité, traitement égal et réciproque vis-à-vis de l'étranger, toutes ces significations en apparences hétérogènes et parfois contradictoires se retrouvent à la source étymologique de l'hôpital et Michel Foucault a montré comment elles se manifestent aussi à sa source historique, dans la mission caritative de l'hôpital public tout autant que dans sa fonction répressive à l'Age classique.

Aujourd'hui encore, nous dit Didier Fassin, cette tension est singulièrement présente dans les établissements de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (APHP), entre hospitalité et inhospitalité à l'égard des pauvres à l'hôpital qui sont pris dans un paradoxe d'être à la fois désirés et indésirables.

Désirés, au sens fort, comme ceux qui justifient la mission de toujours de l'hôpital, sa mission d'hospitalité vis-à-vis du pauvre et de l'étranger. Ce désir d'humanité, au sens où l'entend H. Arendt et en même temps, l'indésirabilité des pauvres et plus particulièrement de certaines catégories, comme les toxicomanes, les immigrés, demeure manifeste à l'hôpital.

Désir et indésirabilité se conjuguent ainsi à l'hôpital de façon multiple et différenciée, notamment à travers les pratiques professionnelles.

### **Du pauvre malade au malade pauvre**

Historiquement, l'hôpital a été pendant des siècles l'asile des pauvres, dépôts de mendicité, établissements charitables accueillant des vieillards et incurables.

Au XXème siècle, une succession de réformes font de l'hôpital une institution « prototypique » des sociétés modernes.

Ainsi, en 1941 il s'ouvre aux non indigents.

Les années 1950 marquent la rupture avec les pauvres et les indigents.

Avec la réforme de 1958, le système de soins, par la segmentation de l'activité médicale, abandonne progressivement les malades « impurs ». A partir de cette réforme, s'institutionnalise une domination des médecins généralistes par les médecins spécialisés.

Le prestige des médecins spécialistes et la valorisation sociale des spécialités alimentent la force morale de l'idéologie médicale, le déclin de la clinique (Danet, 2008).

En 1960, les services sociaux des hôpitaux parisiens sont transférés au département, à la ville de Paris.

A partir de 1970, l'hôpital est investi de mission sanitaire mais la séparation des secteurs sanitaire et social est scellée par la loi de 1975 qui crée les institutions sociales et médico-sociales. Désormais, la spécialisation s'accélère parallèlement à la sélection des médecins et des patients.

### **Exploration empirique**

L'hypothèse théorique est confirmée par les données empiriques obtenues à l'hôpital de l'Altérité, terrain de cette recherche.

### **Hôpital de l'Altérité**

L'hôpital de l'Altérité est créé en 1796 dans un quartier populaire de Paris.



En 1842, il dispose déjà de plus de 300 lits.

En 2009, il se situe parmi les 5 hôpitaux parisiens les plus actifs avec plus de 900 lits dont plus de 60 % dédiés à la médecine.

L'histoire de la PASS est intimement liée à celle de l'hôpital de l'Altérité, comme à celle de l'institution hospitalière.

Dans les années 1980, des patients pauvres, sans domicile fixe, étrangers, déviant, viennent à l'hôpital pour des consultations médicales et des soins qui sont prodigués dans le service de médecine interne situé au sous-sol d'un des bâtiments les plus anciens.

A la fin des années 1980, l'indignation de l'infirmière, cadre du service, la détermine à proposer des « bons gratuits » pour des soins dont les patients précaires ont besoin.

En 1992, après plusieurs années d'expérimentation, l'activité de consultation « précarité » est officialisée mais c'est en 1998, que la loi de lutte contre l'exclusion sociale institue les PASS en tant que « cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier ».

Depuis, plusieurs dispositifs réglementaires ont fixé leurs modalités de fonctionnement et d'évaluation.

### **Réforme managériale à l'hôpital de l'Altérité**

Au moment de la recherche, la PASS bénéficie d'un statut de « vitrine institutionnelle ».

Localisée dans un bâtiment récent, spacieux, situé à proximité et directement relié au service des urgences, la PASS est prise dans de multiples contradictions : méconnue, mais donnée en exemple, marginalisée mais lieu d'expérimentation.

En 2011, la PASS est menacée par des regroupements de plusieurs cellules dans le secteur géographique du groupement hospitalier, par l'informatisation de l'activité, le codage des actes et consultations, la transmission d'un rapport d'activité dont dépend le financement, qui limitent le temps consacré à l'activité médicale et sociale.

L'allocation des ressources financières (MIG) est fonction de la réalisation de ces contraintes.

### **L'activité de la PASS, une activité marginale**

L'activité de la PASS, de prise en charge médicale et sociale des patients précaires, à pathologies multiples, difficiles à faire hospitaliser dans les services de spécialité, dont 90 % sont des étrangers, est réalisée en majorité par des médecins vacataires à temps partiel, des assistantes sociales, des infirmier(e)s, des aides-soignant(e)s, des psychologues.

La durée des consultations est plus importante que dans les services de spécialité ; elle n'est pas standardisée et n'est pas modélisable.

Les professionnels de ce service entretiennent de très bonnes relations de travail avec ceux des services des urgences ou du service de médecine interne, mais ces relations sont conflictuelles avec les professionnels des services de spécialité.

Globalement méconnue des autres professionnels de l'hôpital ou d'autres hôpitaux comme des membres la direction générale, la PASS apparaît comme un service dont l'activité est reléguée, marginalisée.

### **La PASS, espace de reproduction de la domination, de contournement et de résistance de la mission sociale de l'hôpital.**

Cependant, dans l'espace marginal, mais confortable, une relative liberté permet la créativité.

Dans cet espace potentiel au sens de Winnicott, on reproduit les modèles de domination professionnelle, on organise des actions médiatiques et humanitaires, on échappe aux règles de contrôle et de conformité, on discute la problématique institutionnelle, on contourne, on subvertit la position sociale assignée en bas de l'échelle, aux limites de l'espace social, on résiste à l'exclusion sociale à l'intérieur de l'hôpital.

Ainsi, lorsque seuls les médecins parlent de l'activité de la PASS à l'intérieur et/ou à l'extérieur de la PASS, les processus de reproduction des logiques de domination sociale paraissent soutenus par la tentation de revendiquer une professionnalisation par la reconnaissance d'une spécialisation dans le traitement social et médical de la précarité, par les stratégies de développement des structures « dédiées ».

Les discours et observations des professionnels mettent en évidence la coexistence entre les logiques managériales et les logiques d'assistance, de compassion en tant que charité sublimée, des adhésions et alliances aux logiques managériales, des stratégies de carrière, de résistance à l'exclusion professionnelle et à la logique managériale qui s'organisent dans le champ social. Ainsi, si des infirmiers et cadres de santé parlent de « file active » en désignant les patients, ou de « marges de manœuvre » pour soigner, la création du Collectif PASS illustre la transformation de l'activité médicale et sociale en action par la prise de parole dans le champ social, l'organisation de conférences et de débats, des groupes de lecture « sciences sociales » auxquels participent aussi bien des philosophes, des anthropologues, des sociologues et des psychosociologues. Moi-même, je participe à ces groupes de lecture en apportant dans la discussion, dans la perspective psychosociale, des concepts tels que celui de « réforme », « management », « care », illustrés la théorie de l'activité, la sociologie des professions, la psychologie du travail et étayés par l'expérience sur le terrain.

La perspective pluridisciplinaire des séances et débats auxquels j'ai participé en tant que chercheure et professionnelle ont été des moments d'enrichissement qui m'ont incitée à poursuivre le travail d'analyse à la fois théorique et empirique.

Dans le cadre de mes missions professionnelles, j'ai pu contribuer à faire évoluer les dispositifs institutionnels d'évaluation des PASS en plaidant pour l'introduction, en plus des indicateurs quantitatifs, d'indicateurs qualitatifs relatifs à l'organisation des soins ou à la situation du service dans l'hôpital. Ainsi, la dernière circulaire relative au fonctionnement des PASS élargit la place accordée aux indicateurs qualitatifs.

### **Conclusion**

Espace de relégation, de ségrégation spatiale, d'exclusion sociale des indésirables à l'intérieur de l'hôpital, la PASS m'est apparue aussi un espace de subversion et de réparation de l'inégalité d'accès aux soins, de résistance à la segmentation médicale, un espace de résistance de la mission sociale à la sanitarisation de l'assistance.

Je suis à votre disposition pour répondre à vos questions.

## **MODÉRATION – DISCUSSION** par Anne Pélissier, sociologue

**Anne Pelissier :** Vous avez d'abord dit que le concept de résistance n'est pas tellement exploré en sociologie. Pourtant, dans mon expérience personnelle d'un suivi de cadres de santé qui font un mémoire universitaire, le mot résistance arrive très, très souvent dans le sens de "résistance au changement". Puis, quand j'ai vu votre définition de la résistance, et notamment celle de Stéphane Bouquin que vous citez dans votre PowerPoint, selon laquelle, c'est « l'ensemble des conduites gênantes, embarrassantes, intolérables, voire inacceptables pour ceux qui mettent les autres au travail », cela m'a fait respirer, car, là, c'est la résistance face à la nouvelle gouvernance que vous développez. Ce n'est pas un obstacle à surmonter, plutôt une promesse. Cela fait du bien d'entendre parler de la résistance au changement dans des termes non positifs, comme une opposition au pouvoir et pas seulement l'obstacle à une modernisation difficilement acceptée.

Vous montrez bien comme le PASS se situe dans un entre-deux. D'abord il est médico-social par nécessité, c'est lié à la diversité des professionnels. Et puis aussi physiquement, étant dans l'enceinte de l'hôpital mais près du service des urgences, donc fortement relié à l'extérieur. Très peu au centre, que cela soit la médecine prestigieuse (la médecine spécialisée) ou le centre administratif. J'ai donc cinq questions :

- Vous dites que les médecins qui travaillent dans les PASS sont dans l'entre-deux parce qu'ils viennent de l'extérieur de l'hôpital et qu'ils exercent une activité à la marge : selon vous, quel sens a pour eux l'investissement dans cette position d'entre-deux ?
- Est-ce qu'il s'agit d'un choix en faveur de valeurs humanitaires et citoyennes ?
- Est-ce que ce n'est pas aussi, même à la marge, un moyen d'exercer à l'hôpital, d'avancer vers le centre de l'hôpital, de s'y intégrer dans une logique d'institutionnalisation ?
- A l'opposé, est-ce que travailler dans les PASS peut être une manière d'exercer autrement la médecine, par réaction à une forme dominante de l'exercice médical ?
- Vous dites que ces professionnels sont engagés vers l'extérieur, qu'ils ont réussi à porter la question sur un plan politique. Qu'en est-il à l'intérieur, dans les relations entre les différents professionnels hospitaliers ?

**Marina Lecarpentier** : Les valeurs sont largement présentes dans les discours des professionnels. Cela a été débattu au laboratoire et le conseil qui m'a été donné, c'est d'aller voir derrière le discours. Cette démarche a montré que oui, la plupart des médecins arrivaient de l'extérieur et que même dans leur discours, il y a l'idée que l'hôpital, c'est bien là que la médecine s'exerce. Donc arriver à l'hôpital permet d'exercer « la médecine ». Mais ils y sont arrivés avec une activité antérieure, pour la plupart un exercice généraliste. C'est donc un discours de médecin généraliste qu'ils portent la plupart du temps. Alexis Leontiev dit que « nous avons la conscience de la réalité que nous avons connue ». Nous arrivons tous avec une réalité que nous avons déjà vécue. Partagée ou pas, elle forme notre conscience. Ces médecins portent donc comme valeur une médecine globale et non une médecine de l'organe, qui découpe de plus en plus finement les parties du corps, ce qui interroge sur la manière dont elle prend en charge la personne.

Ces médecins arrivent certes pour se rapprocher du centre, mais en portant des valeurs. Cela fait partie de la stratégie, c'est un processus qui relie les ressources psychiques aux ressources sociales. Donc très clairement ils sont dans la démarche d'arriver au centre, tout en portant des valeurs de prise en charge de la personne – dans la manière dont elle vit sa maladie, mais aussi dans ses conditions de vie économiques, sociales, psychologiques ou autres. D'ailleurs Isabelle Parizot a fait une étude avec Paugam, sur l'évolution du regard porté sur la précarité. C'est important pour un chercheur aussi bien que pour un professionnel de santé de relier les différents éléments historiques, théoriques et pratiques mais aussi économiques et juridiques, puisque les statuts évoluent. Paugam dit que « nous sommes passés d'une perception de la précarité qui n'est plus fondée sur l'inégalité, l'injustice, mais qui regarde plutôt la précarité comme une incompetence, voire de la paresse ». Cette logique joue aussi énormément dans les systèmes de soins, dans les institutions qui reçoivent et soignent ces personnes-là, à la marge de la société.

Ce qui est plus intéressant qu'avec la psychologie, c'est qu'on peut observer que ces marginaux, ces déviants, ces SDF, ces immigrés qui ne sont pas les bienvenus dans les services de spécialité, sont pris en charge par des professionnels qui eux non plus ne sont pas bienvenus à l'hôpital. Ils ne sont ni connus, ni reconnus. En fait il y a beaucoup de points communs entre eux, dans le besoin, le désir, la nécessité d'être connu et reconnu socialement.

Pour ces professionnels, l'engagement vers l'extérieur est ce qui fournit l'énergie d'aller de l'activité vers l'action. L'activité, c'est l'ensemble des tâches de relations, mais l'action, au sens donné par Hanna Arendt, est indissociable de la parole dans le champ social. Quand on organise des actions humanitaires, où l'on va réunir des élus politiques, où l'on va constituer un collectif PASS au niveau national pour mettre du lien entre toutes ces structures prônant la même activité, c'est de l'action politique.

Les professionnels exerçant dans l'institution partagent ces mêmes convictions. Cependant ils reproduisent aussi les modèles de domination portés par l'organisation. Ils ne sont pas tous impliqués de la même manière, ils ne sont pas visibles de la même façon. Ce sont toujours les médecins qui parlent, qui organisent la prise en charge des malades. Il reste donc des choses invisibles à découvrir et creuser.

**Anne Pelissier :** Est-ce qu'on ressent un changement de regard sur la précarité ou non ? Une évolution vers un regard plus culpabilisateur ? Est-ce qu'on en perçoit les effets jusque dans les PASS ou non ?

**M Lecarpentier :** Je ne l'ai pas perçu, mais l'enjeu des PASS est avant tout d'avoir des financements.

**Un participant :** Vous parlez de la tension entre le fait d'exercer à l'hôpital, qui serait l'exercice le plus prestigieux de la médecine, et de s'occuper en même temps de populations marginales. Je pense qu'il existe une autre forme de tension, vous allez me dire ce que vous en pensez : c'est la tension entre s'occuper de populations marginales et en même temps être l'acteur d'un discours socialement dominant sur la spécialisation, la segmentation des problèmes et des populations, dans une logique de performance puisqu'il s'agit d'une certaine manière de créer une catégorie de « pauvrologue », de médecins destinés à un segment de population. En tant que médecin généraliste, puisque ce sont avant tout des généralistes qui interviennent dans les PASS, je vois que cela contredit un peu les principes de la médecine générale, qui est de s'occuper de l'ensemble de la population. Donc avez-vous perçu cette tension entre le fait de devenir des « pauvrologues » et le fait de désinvestir la profession de médecin généraliste en se spécialisant dans cette population-là ? Est-ce que cela transparait dans vos interviews ?

**M Lecarpentier :** Je pense que le regard clinique vers lequel nous allons nous apporte une réponse plus complète c'est-à-dire qu'on ne peut pas généraliser. Il y a des situations où cela fait partie de la stratégie de porter le discours dominant pour faire comme les autres et être reconnu. Quant aux limites de l'action qui suit les discours, là il faut voir sur le terrain. Je pense, comme psycho-sociologue, que le contexte est très important, c'est-à-dire que la même activité exercée dans un contexte totalement différent ne donnera pas les mêmes résultats. Je pense que ces médecins s'intègrent au discours dominant comme on a fait pour les soins palliatifs, cela permet d'être reconnu. Ensuite on peut être coach et faire de la psychosociologie. On peut être reconnu en tant que structure et faire de la médecine générale, prendre en charge la personne, mais cela peut aussi effectivement avoir des limites.

**Un participant :** Je suis responsable de la PASS de Saint-Louis et présidente du collectif PASS, et je pense que la vision que vous évoquez de « pauvrologues », entre guillemets, c'est surtout ce qu'on veut éviter. Ce serait une erreur d'aller dans cette orientation, dans laquelle il est trop facile de nous ranger. Des fois, à l'hôpital, on entend : « Ah très bien, elle est là, elle va régler le problème », mais ce n'est pas du tout dans cette position que nous nous voyons. L'idée est au contraire de retourner les choses, de constater que ces situations liées à la précarité nous imposent une autre vision. Elles sont particulièrement intéressantes du point de vue de l'observation par ce qu'elles montrent de l'approche médicale qui veut toujours se spécialiser, se segmenter. On dit qu'on a besoin d'une approche personnalisée mais rien n'est fait pour qu'il y ait cette approche parce qu'on est aussi dans une médecine qui est protocolisée. Ces

situations marquées par des cumuls de vulnérabilités sont extrêmement instructives dans le sens où elles montrent les limites de notre système et surtout nous incitent à ne pas aller vers un « tout bio-scientifique ». Ce serait catastrophique. Nous avons des situations très dures, où les gens peuvent être à la rue, ne pas comprendre ce qu'on leur explique, ils sont isolés, ils n'ont pas d'argent... Dans ces situations, le bénéfice éventuel d'une chimiothérapie qui, dans des études sur des patients standardisés, amène peut-être un ou deux mois de survie, peut être totalement contrebalancé par le contexte de vie. Cette question peut être posée pour tout un chacun. On se rend compte que dans la médecine telle qu'elle est, on n'évoque pas du tout le patient comme une personne s'inscrivant dans un environnement. C'est en cela qu'on peut retourner les choses. En effet par ces situations nous avons accès à d'autres formes de connaissance, qui doivent s'articuler avec les connaissances spécialisées qui sont très hautes, mais très étroites. Donc nous essayons de mobiliser pour aller bien au-delà de la question de la précarité et que ces réflexions soient bénéfiques pour tous.

**Un participant :** Je suis passionné parce que ce vous faites. En même temps, je suis frustré, parce que dans votre sujet il y en a deux : il y en a un autre qui est inaccessible pour les chercheurs en sciences sociales quand on n'est pas dans une PASS, c'est l'administration de la question sociale par le monde des soignants. J'ai été passionné par votre petit aperçu historique qui montre : 1941, l'hôpital [inaudible] des pauvres, 1970 [inaudible] et après ce que vous avez raconté qui commence à revenir dans le débat dans les années 1980. Je trouve que cette question interpelle tout le monde ou devrait, et j'ai une question précise : j'aimerais comprendre la différence entre les dispositifs d'avant 1970 et les dispositifs d'après, la différence, politique, professionnelle, intellectuelle. Je ne sais pas si ce sont les mêmes pauvrologues qu'avant ? Et quant à la résistance, comme l'a dit votre modératrice, méfiez-vous, parce que c'est un mot extraordinairement ambigu. La résistance chez Freud n'est pas la résistance chez d'autres auteurs. Méfiez-vous des récupérations de Foucault par des gens qui veulent montrer que la gouvernance c'est super bien. Par contre, votre sujet est politiquement, biologiquement, scientifiquement très bien, ne lâchez pas.

**M Lecarpentier :** Sur la question de la résistance, je pense que c'est une question qui dépend d'où vous l'envisagez : si vous êtes un dominant, la résistance, c'est par rapport au travail qu'on fait faire à l'autre, si vous êtes un dominé, c'est la résistance à la domination. Tout dépend de quel monde on vient, de quelle expérience on vit.

**Un participant :** C'est une question un peu décalée par rapport au centre de votre sujet.

**M. Lecarpentier :** L'homme vit dans un espace, il a une tradition, une idéologie, une histoire, sa formation, son expérience de vie, son expérience professionnelle, il n'est pas juste quelqu'un qui doit s'inscrire dans un mouvement. Dans cet espace on a besoin de confiance, sans cela on n'avance pas, et c'est pourquoi j'ai été surpris de ce que j'ai observé. Au départ je voulais voir comment se passait la résistance à la gouvernance et je suis tombé sur ce qui se passe à la marge de la société, à la marge de l'institution et des organisations. C'est là où la lutte pour la reconnaissance est la plus vive : pourquoi on se lève à 5 heures du matin, un samedi, on a l'énergie de partir un samedi matin dans un séminaire ? Pour quelle raison, quelle quête, quel désir ? Chacun, avec ce qu'il a, peut développer une énergie considérable pour cela. Donc arriver à trouver de la résistance à la marge est surprenant ! Foucault disait que ce qui se passe à la marge est décidé au centre, c'est encore vrai aujourd'hui, mais tout ce qui se passe à la marge n'est pas négatif, il y a aussi des choses merveilleuses, parce qu'il y a cette énergie-là, qui aide les gens à lutter encore contre une place assignée en bas de l'échelle et contre la non-reconnaissance. Donc tout dépend du regard qu'on peut et qu'on veut poser sur la question.

Sur l'administration de la question sociale, là aussi c'est une question de conduite parce que l'hôpital a été conçu autrefois pour prendre en charge les pauvres, c'était la charité. Au fondement de l'hôpital, il y a les valeurs de charité. Didier Fassin dit que « ces valeurs de charité se sont sublimées un peu plus tard en valeurs d'assistance, qui n'ont pas été abandonnées, elles existent encore à l'hôpital ». Donc si au fondement de l'hôpital il y a la charité, la complexité est là, car la charité peut aider l'autre, mais peut aussi l'enfermer, tout est ambivalent. On peut donc dire aujourd'hui que la séparation des missions sanitaire et sociale n'a pas réussi en totalité. La mission sociale de l'hôpital résiste, même si elle a été déléguée à des personnes qui ne sont pas désirables dans les services prestigieux spécialisés. Maintenant, la question sociale est très vaste, c'est un chantier auquel il faudrait travailler. On peut aussi remarquer qu'il y a une certaine volonté de gouverner les corps. Didier Fassin le dit de manière remarquable : pour un malade atteint d'une maladie mortelle et qui traverse des continents pour être soigné, en arriver à dire qu'il porte un droit politique, c'est un problème. On devrait s'en occuper plus sérieusement, autant les professionnels que les chercheurs.

Ne pas oublier que les professionnels engagés dans les PASS sont eux aussi engagés dans une lutte pour la reconnaissance et pour avoir accès à des places plus nobles, pour la reconnaissance de leur métier, de leur vision, de leur valeur. Mais il y a aussi, avec ces médecins, aides-soignants, infirmières, assistantes sociales, des juristes qui viennent donner des consultations gratuites le soir pour des gens qui sont vraiment dans des situations humaines à la limite du supportable, voire de l'imaginable. D'un point de vue sociétal, on peut se demander pourquoi on en est arrivé là ? Pourquoi la première PASS a-t-elle été officialisée en 1992 ? En 1998, ces professionnels et d'autres avec des stratégies identitaires ont mobilisé le monde politique et ont été à l'origine de la loi de 1998, « la loi de lutte contre l'exclusion sociale ». On pourrait se demander : pourquoi a-t-on fait cette loi, puisqu'en prononçant le mot on l'a créée, l'exclusion sociale ? Pourquoi n'a-t-on pas plutôt créé des politiques de prise en charge plus globales ? Dans la même logique, pourquoi a-t-on fait la CMU, l'AME ? On a catégorisé, on a construit des catégories sociales et on a construit de l'exclusion par la même occasion. Il serait possible d'imaginer un autre traitement social et institutionnel.

**Un participant :** J'ai aussi une question sur l'institutionnalisation de la prise en charge. On a d'abord eu l'hôpital qui accueillait tout le monde, puis il y a eu l'externalisation avec Médecins du monde, puis il y a eu ré-institutionnalisation cloisonnée à l'hôpital avec les PASS situées au fond des urgences, donc pas vraiment à l'hôpital ou rattachées au service des urgences, dans un petit coin du service. Quel sens ont ces PASS, véritablement ? Alors qu'on reparle de l'hôpital social, de la fonction sociale de l'hôpital, je m'interroge sur le sens de cette institutionnalisation.

Matthieu Lustmann : C'est une question intéressante et complexe qui est loin d'être évidente.

**Cécile Fournier :** Il me semble que cette question rejoint celle de la construction de la CMU et de l'AME : il y a une segmentation de la reconnaissance de la citoyenneté, des nationaux pauvres et des non-nationaux. On distingue ainsi la pauvreté et l'immigration pauvre, et on a un traitement de la question qui en découle. Les soignants soignent, mais les politiques ont construit cette distinction. Je ne connais pas bien l'histoire des PASS mais, dans la même logique, on peut penser que l'AME et la CMU aussi ont été des éléments structurants.

**M. Lecarpentier :** Oui, la catégorisation c'est le problème. C'est une logique qui a ses racines dans l'histoire. Il y a une hiérarchisation des statuts aussi bien chez les soignés que chez les soignants. On a

donc créé des catégories et il faut des professionnels pour les prendre en charge, surtout que personne des services prestigieux ne voulait « s'y coller ». Il a fallu que d'autres acceptent de prendre en charge « le sale boulot », parce que pour eux aussi c'était un moyen entre autres de se faire reconnaître et éventuellement d'intégrer l'hôpital.

**Un participant :** Il me semble qu'historiquement, soigner des malades dépourvus de prise en charge signifiait les soigner gratuitement, mais dans le système hospitalier c'est difficile parce que cela n'entre pas dans les cadres, les circuits, le système administratif. Dans cette logique il faut bien à un moment donné savoir comment cette activité est rémunérée : est-ce que vous avez une assurance maladie, une mutuelle ? Dès lors, une partie de la population ne pouvait accéder que difficilement à l'hôpital (je parle des consultations, les urgences c'est différent). Je me souviens qu'à l'époque il y a eu un débat : est-ce qu'on fait des services particuliers ou est-ce qu'on dit que ces personnes pourront accéder à toutes les consultations, pour ne pas donner à voir qu'elles sont en difficulté pour les payer. Il me semble qu'il y a eu un moment où les hôpitaux avaient ce choix-là. Après j'ai un peu perdu le fil, mais c'est à partir de là que cela c'est organisé. Il y a eu des hôpitaux avec des services dédiés et d'autres où les gens avaient des fiches spéciales mais passaient dans les mêmes services que tout le monde. Il n'y avait alors pas tellement de signes extérieurs de leurs difficultés financières. Les PASS sont donc un moyen de donner une place à l'hôpital pour les personnes qui n'entrent pas dans les cadres de remboursement classiques de l'assurance maladie.

**M. Lecarpentier :** Dans ce que j'entends il y a une question de fond politique : la question de la gratuité des soins, que cela soit pour les étrangers ou les non-étrangers. Je vous ai dit que ma carrière n'a pas commencé par la psychosociologie mais que j'ai fait pas mal d'études de droit, notamment de droit administratif, de droit hospitalier. Dans les missions de l'hôpital en tant que service public qui ont été débattues politiquement, il y avait la gratuité. Avant 1941, il n'y avait que des pauvres, c'était la charité mais on gouvernait les corps et les personnes. Maintenant, la gratuité, on n'en parle plus. Le débat s'est porté sur comment on prend en charge la santé des personnes dans ce pays. C'est cela le débat et donc on a essayé de contourner progressivement la mission de gratuité. Il reste une mission de continuité, bien sûr, mais la gratuité a disparu des missions de l'hôpital public, c'est quand même grave. L'apparition des PASS correspond aussi à la disparition des dispensaires, exemples de prise en charge pour les gens défavorisés. C'est donc une question fortement politique et tant qu'il n'y aura pas de politique globale de prise en charge de la population sur le territoire, on aura toujours des petits bouts : oui des précaires, oui des soins palliatifs, parce qu'on essaie, quelquefois par conviction, quelquefois par stratégie, quelquefois avec les deux logiques, de faire face à ces problématiques qui traversent la société.

**Un participant :** Oui, mais la gratuité pour les uns, cela coûte pour les autres.

**M. Lecarpentier :** Sur la question des PASS dédiées ou non, du fait de mon activité professionnelle, j'ai participé au bilan de toutes les PASS de l'APHP et j'ai vu différents types d'organisation, où la PASS était bien intégrée, pas loin des urgences, et d'autres où, dès qu'il y avait un problème financier, l'assistance sociale donnait un petit mot pour que le patient puisse faire l'examen dont il avait besoin. Cela montre que les logiques et les convictions varient d'un hôpital à un autre. Si dans un hôpital la culture est à la spécialisation très forte, on aura plutôt tendance à avoir un service spécialisé pour prendre en charge la précarité. A l'opposé, si la culture locale est que tout le monde soit soigné à l'hôpital public, tout le monde va s'y mettre, du cadre administratif au cadre de santé, en passant par l'infirmier, le médecin ou l'aide-soignant.

**Un participant :** C'est un peu théorique, cela peut marcher peut-être dans un petit hôpital, mais dans les grands hôpitaux comme ceux de Paris, il est difficile d'avoir une politique, une vision partagée par tous. En fait, les PASS fonctionnent difficilement parce que la réalité c'est que les moyens financiers existent, mais qu'ils ont été massivement utilisés pour autre chose parce qu'il y aura toujours au bout de la chaîne un chef de service, un chef d'unité ou un chef de pôle qui va être au-dessus de la personne qui s'occupe de la PASS et qui mettra la priorité institutionnelle sur autre chose. C'est ce qui est arrivé aux soins palliatifs par exemple. Donc il y a parfois des PASS où le médecin n'est là qu'une demi-journée par semaine. Que peut-on faire alors ?

Quant au débat sur le type de PASS, il nous faudrait au moins une journée là-dessus. En tant que membre du collectif APHP de la PASS, je voudrais défendre l'idée d'une PASS transversale. Mais attention : il y a des enjeux nobles à défendre tel ou tel type de PASS, afin d'éviter de stigmatiser les patients précaires, mais il y a des enjeux moins nobles comme les enjeux financiers : cela coûte moins cher de payer une assistance sociale qui fait des bons pour la PASS que de développer un service dédié. Il faut faire attention entre ce qui est conceptuel et ce qui se passe en réalité. En pratique, nous avons besoin d'un lieu unique, comme on a besoin dans le droit commun de passer par la médecine générale avant d'entrer dans la médecine de spécialité. C'est vraiment, très, très complexe, on ne peut pas donner une réponse qui soit : « ça c'est bien, ça ce n'est pas bien ». C'est beaucoup plus subtil que cela. Il faut bien sûr qu'il n'y ait pas de stigmatisation, mais en réalité comment faire pour qu'un médecin soit en même temps spécialiste d'organe et conscient de prendre en charge l'environnement et les questions sociales ? Dans la vraie vie il faut forcément les deux. Le fait qu'il y ait des dispositifs dédiés dans des endroits comme l'APHP est beaucoup plus utile pour l'usager, parce que cela fait un espace identifié où il sait qu'il sera reçu par des gens qui ont l'habitude, où on ne lui dira pas qu'il est en retard, qu'il n'a pas sa carte d'identité... Ça c'est du terrain. J'invite à prendre un peu de distance par rapport à des visions qui pourraient être assénées de manière un peu théorique.

**Anne Péliissier :** Ce genre débat est effectivement fort riche. Il faut à la fois des valeurs et s'ancrer dans la réalité de terrain. Je voulais vous signaler en conclusion l'existence pilote depuis un an d'une PASS de ville qui pourrait, il me semble d'après le débat que nous venons d'avoir, compléter utilement la PASS hospitalière. Cela permettrait un parcours complet. Il s'agit d'éviter l'hospitalo-centrisme et de penser l'accueil et la prise en charge des patients précaires dans leur globalité. On pourrait donc ouvrir un prochain débat sur comment soigner les patients précaires en ville.

Une des conclusions de ce débat pourrait être qu'il faudrait s'interroger sur le fait que pour prendre en charge des patients précaires on semble choisir des dispositifs précaires. Quel sens cela a-t-il ?



# Retours d'expériences d'actions sur le terrain entre professionnels des sciences humaines et professionnels de santé

# D'UN RÉSEAU DE RECHERCHE À L'ÉLABORATION DE PROJETS EN SCIENCES SOCIALES ET SANTÉ : L'EXPÉRIENCE DU GERMES

(Groupe d'échanges et de recherches sur la médecine et la santé en sciences humaines et sociales)

par Anne-Chantal HARDY-DUBERNET, sociologue  
Didier LECORDIER, chercheur en soins infirmiers  
Jean-Paul CANÉVET, médecin généraliste, chercheur  
et Maud JOURDAIN, médecin généraliste, chef de  
clinique, doctorante en sociologie

## Nature et contexte du projet

L'expérience dont nous voudrions rendre compte est partie d'une idée au départ fort peu problématisée. Il s'agissait, pour la Maison des sciences de l'homme Ange-Guépin, de voir comment prendre en compte les demandes de plus en plus importantes de collaboration avec les sciences humaines et sociales émanant de professionnels de santé. En s'appuyant sur les expériences pluridisciplinaires déjà travaillées au sein de cette MSH, l'idée fut d'abord de créer une sorte de réseau régional de mise en relation des différentes personnes et institutions intéressées et de tenter d'élaborer des rencontres, voire des projets communs.

Sans entrer dans le détail des résultats de cette première expérience, qui dura quatre ans, on peut néanmoins en tirer quelques enseignements :

- l'adhésion très "institutionnelle" manifestée par un grand nombre de personnes au montage du réseau n'a pas nécessairement été suivie d'investissement. En effet, l'interdisciplinarité comme l'intersectorialité est "à la mode" mais pour la mettre en œuvre, il faut "mouiller sa chemise" et cela nécessite souvent une remise en question de ses propres paradigmes, ou du moins, une discussion de ces derniers.
- les personnes les plus actives dans le réseau furent finalement celles (du côté des SHS comme du côté de la santé), qui justement, n'étaient pas totalement stabilisées dans des cadres institués. Soit qu'il s'agisse de disciplines émergentes peu stabilisées (cf. les médecins généralistes, les sages-femmes), soit qu'il s'agisse d'institutions cherchant des contacts difficiles à établir avec la recherche (ORS), soit, et c'était sans doute le cas de l'animatrice (Anne-Chantal Hardy), qu'il s'agisse de chercheurs familiarisés et convaincus de l'interdisciplinarité du fait de leur propre rattachement.
- à la fin de cette première expérience, il fut évident que, d'une part, tout le monde n'avait pas vocation à travailler avec tout le monde et que, d'autre part, il fallait penser cette posture intersectorielle à partir de l'élaboration de questions communes et d'éclaircissements quant aux paradigmes scientifiques de chacun.

Après le colloque final, un deuxième « GERMES » s'est donc constitué : le *groupe de d'études et de recherche médecine et société*. L'idée était de tenter d'alimenter les "germes" d'une équipe de recherche, hébergée dans un premier temps par la Maison des sciences de l'homme Ange-Guépin, avec un soutien de la Région, afin de réaliser les conditions d'une insertion dans une unité de recherche, sous la forme

d'une équipe qui pourrait bénéficier de la double tutelle des pôles universitaires santé et sciences humaines et sociales. Cette initiative a été bien accueillie officiellement par l'ensemble des partenaires régionaux, mais en "sous-main", a créé des conflits. Il est manifeste que nos universités ne sont pas prêtes à cette pluridisciplinarité : d'une part les segments dominants, hospitalo-universitaires, de la santé ne veulent pas lâcher leur position de pouvoir et d'autre part, les disciplines en SHS ne savent pas vraiment bien négocier une réelle collaboration avec le secteur de la santé.

Pour autant, nous avons obtenu un premier financement pour une durée d'un an et une inscription "transversale" dans l'UMR Droit et changement social, en attendant de rediscuter de la place d'une équipe intersectorielle dans une UMR de droit (rien d'évident), lors du prochain programme quadriennal.

Ce soutien nous a permis, à la suite de ce qui avait déjà émergé dans Germes-SHS, de continuer à travailler sur certaines questions (pratiques de soins primaires et périnatalité en particulier) et de travailler des projets de recherches afin d'en faire aboutir la demande de financement.

### **Productions et projets de recherches**

On peut distinguer trois types de travaux caractérisant les activités de notre groupe, aux contours effectivement flous, mais nécessairement aussi, dans le contexte institutionnel qui est le nôtre.

### **Journées d'études, colloques, séminaires**

Il est difficile de permettre des rencontres régulières entre personnes qui ont des rythmes de travail très différents et pour lesquelles la place de la recherche est variable. Le principe des journées est ainsi, à l'usage, paru plus fécond que celui des séminaires de deux heures, comme nous avons l'habitude de le pratiquer en milieu universitaire.

Par ailleurs, ces journées sont l'occasion de concentrer les débats, autant que de les ouvrir, soit à d'autres chercheurs et professionnels, soit à un public plus large. C'est ce que nous avons fait pour Germes, et cela ne fut pas toujours confortable, mais toujours profitable.

On pourra ainsi noter diverses initiatives collectives :

- les journées « Proscrire, prescrire, enjeux non médicaux dans les questions de santé », qui a donné lieu à l'ouvrage des PUR : « Prescrire, proscrire. Enjeux non médicaux dans le champ de la santé », 2012.
- la journée « PRICE », prolongement d'un projet de recherche qui n'a pas abouti ;
- le colloque « La santé, quel travail !? » (Actes mis en ligne) ;
- la journée sur « Les mutations de la médecine libérale », en collaboration avec Droit et changement social et en particulier l'équipe sociale. Publication dans la Revue de droit sanitaire et social ;
- la journée : « Réprimer et soigner, logiques et pratiques des soins pénalement ordonnés », également en collaboration avec DCS, en particulier son équipe pénale.

### **Production de thèses et mémoires en codirection santé-SHS**

Depuis 2009, une vingtaine de mémoires de sages-femmes ont été produits (5 sont en préparation cette année). Cette expérience montre l'intérêt de réaliser des codirections de façon continue et sur le long terme. En effet, ces mémoires sont à la fois globalement meilleurs chaque année, mais ils sont surtout de mieux en mieux perçus.

Nous commençons également une expérience similaire autour des thèses de médecine générale, où nous avons été confrontés aux mêmes problèmes d'écart tant normatifs que problématiques. Pourtant, là aussi, il apparaît que les collaborations sur le long terme apparaissent fécondes et permettent d'éviter un certain nombre de problèmes et de malentendus.

Enfin, il faut noter que ces collaborations sont d'autant plus performantes qu'elles s'inscrivent dans des collaborations de recherche entre les enseignants des composantes et Anne-Chantal Hardy, dans le cadre des activités de Germes. Il devient alors possible de co-construire des problématiques communes pour les étudiants, dans la mesure où nous nous confrontons nous-mêmes à cette co-construction et où nous confrontons nos objectifs de recherche.

## Elaboration de projets de recherches

On ne dira jamais assez à quel point il est aberrant de rencontrer autant d'appels à projets incitant à la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle sans avoir, au préalable, donné les moyens aux équipes de se « tester » dans ce type de configuration. C'est pourquoi Germes (1 et 2) se donnaient aussi comme but de permettre ces temps dépourvus d'enjeux immédiats, au cours desquels les confrontations sont possibles et l'élaboration relativement libre. Cela permet aussi de ne pas enclencher des projets reposant sur des malentendus et qui, parfois, "se terminent mal". C'est très courant déjà lorsqu'il s'agit de pluridisciplinarité en SHS, et cela ne peut que l'être concernant l'intersectorialité. En dehors des frustrations que cela peut faire naître de part et d'autres, ces expériences "gâchées" induisent en outre un sentiment d'impossibilité de coopération qui n'est pas pour améliorer ensuite les relations entre SHS et santé.

Nous nous sommes confrontés à ces questions à plusieurs reprises. La difficulté par exemple, à faire émerger réellement un projet de recherche qui se tienne autour de la question des pratiques concrètes de soins primaires, en est un bel exemple. Ce n'est pas non plus un hasard que nous ayons des difficultés à faire passer nos projets de recherches pour des financements, dès la première soumission. Deux des projets acceptés cette année l'ont été après une, voire deux tentatives infructueuses, à partir desquelles nous avons amélioré les projets ainsi que le dialogue entre les partenaires.

On pourra ainsi présenter trois projets :

### **MATTER : Maternités territoires**

C'est un bel exemple d'un projet à tiroir, imaginé dans une première version il y a cinq ans, et qui n'a pas vraiment abouti. Pourtant, un certain nombre de travaux ont été réalisés, mais nous avons constamment tâtonné : tentatives de comparaison internationale, interrégionale couplant des expériences intersectorielles, etc. Nous avons, au fil des années, accumulé des matériaux, des expériences, mais pas vraiment lancé un réel projet. Nous sommes en train d'y retravailler encore sous une autre forme. En soi, l'aventure de PRICE / PRICE-périnatal / MATTER ... est exemplaire des difficultés auxquelles on est confronté dans ce type de projet.

Présenter l'équipe et la recherche de formes de collaboration de recherche qui tiennent compte des disponibilités de recherche de chacun, des compétences pensées comme complémentaires avant tout, et d'objectifs différents : recherche fondamentale, outils de formation, recherche pratique, etc.

Les exemples suivants sont apparemment plus simples, mais aussi parce qu'ils sont moins ambitieux et rassemblent de plus petites équipes.

### **Sircade : Détection des événements indésirables graves survenus au décours d'une chimiothérapie : intérêt d'un registre général des cancers dans le calcul de leur incidence et compréhension des obstacles à leur notification**

Ce projet, qui a été accepté dans le cadre de l'appel à projets de recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique 2013 de l'InCa, réunit épidémiologistes, médecins de santé publique et sociologues des régions Poitou-Charentes et Pays de la Loire autour d'une question complexe sur laquelle on dispose aujourd'hui de peu d'éléments. Alors que les traitements chimiothérapeutiques entraînent un nombre plus élevé d'effets secondaires graves, voire mortels, que les autres classes de médicaments, ils font l'objet de moins de « déclarations d'événements indésirables » des médecins auprès des centres de pharmacovigilance. Comment comprendre cet apparent paradoxe et à partir de quelles explications pourrions-nous améliorer ce déficit en connaissances préjudiciable, à plusieurs niveaux, aux patients ? Le projet combine une exploration épidémiologique visant à objectiver et contextualiser ces événements indésirables graves et leur (sous) déclaration, et une étude sociologique visant à comprendre les mécanismes aboutissant ou non à la visibilité et à l'étude de ces événements. Plusieurs membres de l'équipe Germes (A.-C. Hardy, M. Jourdain, J.-P. Canévet, D. Lecordier) y sont associés.

## **Asham : Approche Sociologique des Habitudes de vie des Adultes atteints de dystrophie Myotonique de type 1 (DM1)**

Ce projet a été retenu dans le cadre du premier appel à projets en sciences humaines et sociales de la Fondation Maladies Rares. Il est porté par A.-C. Hardy avec D. Lecordier et est réalisé avec le centre de référence des maladies neuromusculaires Nantes-Angers (directeur Yann Péréon), avec la collaboration de médecins et infirmiers du centre.

La dystrophie myotonique de type1 (DM1 ou Steinert) est une maladie rare et chronique particulière : elle est génétique, évolutive, altère plusieurs fonctions. Son traitement est actuellement exclusivement symptomatique. L'objectif de cette étude qualitative est de comprendre le changement des habitudes de vie et les déterminants sociaux des stratégies d'adaptation des hommes et des femmes de plus de 20 ans dont les symptômes de la DM1 sont apparus à l'âge adulte. Il s'agit ici d'une recherche en sciences infirmières s'appuyant sur un problème de soins et reposant sur une problématisation ethnosociologique. L'approche originale de cette étude devrait produire une compréhension approfondie des réactions des personnes face à une maladie chronique invalidante. Elle servira également de support pour l'engagement de D. Lecordier dans une thèse de sociologie à la rentrée 2013.

### **A l'avenir :**

Notre objectif est aujourd'hui de produire des travaux de recherches nous permettant d'élaborer concrètement des méthodes de co-construction d'objets de recherche.

Pour cela, il nous semble nécessaire d'inventer. Ce n'est pas si simple dans un environnement de recherche qui nous incite plus à élaborer des modèles et à pratiquer une recherche évaluative et normative qu'à créer et à imaginer. Or, si l'on veut conserver une posture critique et produire des résultats susceptibles d'alimenter les débats de fond, il est nécessaire de faire preuve de créativité tout en s'assurant une bonne maîtrise à la fois des méthodes et des concepts.

Les résistances sont fortes, à tous les niveaux, et autant du côté de la santé que des sciences humaines et sociales. Pour autant, nous restons persuadés que c'est sur nos productions que nous pourrions avancer. Les grosses difficultés que nous rencontrons sont surtout liées aux statuts et disponibilités des uns et des autres, qui semblent barrer les possibilités de réalisation de recherches de grande ampleur. Pour avancer, il est utile de ne pas rester dans un contexte franco-français, car comme nos institutions sont assez repliées sur elles-mêmes, ce n'est pas elles qui nous donneront les moyens d'avancer. En allant voir ce qui se passe du côté des pays du Nord, de nos voisins européens, du Canada, etc., où d'autres formes de collaborations entre SHS et santé existent depuis plus longtemps, on peut trouver des pistes à partir desquelles il devient possible de penser ces collaborations. L'important reste toutefois de ne pas faire du « copier-coller » de ce qui existe ailleurs mais d'arriver à nouer des collaborations qui prennent en compte les spécificités de notre histoire. Certains collectifs peuvent nous aider (exemple de l'association pour la recherche qualitative...).

## **MODÉRATION – DISCUSSION** **par Matthieu Lustman,** **médecin généraliste, sociologue**

**Matthieu Lustman :** Je vous remercie pour cette présentation. Il est très intéressant de pouvoir nous montrer la transdisciplinarité ou l'interdisciplinarité en action, dans le concret. Cela prouve, comme nous l'avons déjà dit ce matin, que cette idée est dans l'air du temps : nous avons envie de travailler ensemble. La question ne porte pas sur l'envie, mais sur la manière dont nous pouvons travailler ensemble. Cette interrogation rejoint le questionnement que nous avons eu au début de l'association, lorsque nous avons été interrogés par les médecins généralistes de l'association MG France sur l'apport possible des sciences humaines et sociales aux praticiens. Nous avons proposé une intervention très construite en nous fondant sur les théories des sciences humaines et sociales et en prenant de nombreux exemples, avec un vrai effort

de transposition ; la réponse des médecins généralistes a été sans appel : « Nous ne sommes ni des sociologues ni des anthropologues, donc il ne nous est pas possible de vraiment percevoir ce vous pouvez nous apporter concrètement ». Nous en avons conclu que les discours en eux-mêmes ne pouvaient pas grand-chose et ne faisaient pas sens. Il a fallu trouver une autre forme : le fait de travailler ensemble concrètement au quotidien semblait la solution la plus prometteuse pour briser la distance entre sociologie et médecine médecin. Vous nous avez donné ici un formidable exemple qui montre l'heuristique du travail transdisciplinaire et pas seulement interdisciplinaire ou pluridisciplinaire.

Cette démarche nous interroge sur plusieurs questions fondamentales : où est la place du sociologue dans le monde des soignants ? Où est la place des sciences humaines et sociales dans le monde de la santé ? À la marge, à côté ? Juxtaposé ou en synergie ? Où sont les bonnes limites ? Quel est le processus qui permet de trouver aux sciences humaines une place à part entière ? Les psychologues ont déjà du mal à trouver leur place, alors qu'ils sont dans une logique de soins, alors les sociologues et les anthropologues qui interrogent la pratique dans une logique intellectuelle semblent presque faire figure d'extra-terrestres. L'enjeu est bien de savoir quel sens cela a de travailler ensemble, et quelles conséquences cela peut entraîner pour chacun d'enraciner cela dans la pratique.

Ainsi pour qu'un partenariat entre médecine et sciences humaines et sociales puisse s'enraciner, le parcours est long et complexe, mais vous avez souligné un autre enjeu important : la confrontation avec les tutelles qui est loin d'être simple. Le dialogue avec les tutelles fait écho à une question que nous avons posée ce matin : par rapport au monde institutionnel, l'objectif d'un groupe transdisciplinaire est-il de *s'intégrer* ou *de rester à la marge* ? L'enjeu ne serait-il pas de trouver le bon équilibre ? En effet ce sont souvent les associations à la marge, du moins au début, qui font avancer les choses. Le risque serait-il, ensuite, de s'institutionnaliser et de perdre son âme en devenant à notre tour, conservateurs ? Cependant ne faut-il pas s'institutionnaliser un minimum, obtenir la reconnaissance nécessaire pour faire évoluer la situation ? **Comment les groupes, les associations qui ont une démarche transdisciplinaire, doivent-ils se positionner vis-à-vis des institutions ?**

Vous avez aussi noté dans votre démarche une difficulté à la fois vis-à-vis du monde soignant et du monde sciences humaines et sociales. Nous sommes vraiment là dans une logique de discipline où chacun, semble-il, a du mal à sortir de sa chapelle. Cette logique me rappelle ce que m'avait dit une sociologue à qui j'avais demandé d'intervenir auprès d'un public de médecins : elle considérait que ce public était exactement comme les autres, qu'il n'y avait aucun effort de « traduction » à faire, les médecins devaient s'adapter au discours proposé par les sciences humaines et sociales, c'est tout ! Nous avons parlé de transposition ce matin et vous soulignez à nouveau l'importance de cette logique. Il ne s'agit pas d'être polémique, mais la distance critique concerne aussi les sociologues : ils devraient se montrer aussi réflexifs qu'ils souhaitent que les soignants le soient.

Pour lancer le débat, je propose trois questions :

- Votre modèle est-il exportable ? De quelle manière le présentez-vous aux associations, aux universités ?
- Avez-vous déjà suffisamment de recul pour être capable d'évaluer votre projet ?
- Et une question identitaire : de quelle manière le travail que vous avez effectué en commun a-t-il transformé chacun de vous ?

**Jean-Paul Canévet** : Tu as dit que c'est la marge qui fait bouger le centre, je n'ai pas cette ambition-là. Cependant je constate que le noyau central de l'équipe est constitué par des gens qui sont pour la plupart « marginaux » dans leur discipline. Il est vrai que dans ma fac, je suis considéré un petit peu comme un électron libre, comme quelqu'un d'atypique et que même Chantal Hardy, toute directrice de recherche au CNRS qu'elle soit, est aussi un peu atypique, ce n'est pas pour rien qu'elle est à la MSH et non à l'université. C'est donc un constat que nous pouvons faire. De la même manière l'Observatoire régional de santé, qui participe à nos travaux, est aussi sur la marge. En effet il a une fonction d'observation mais il doit savoir se situer par rapport à la recherche et en faire un peu. Nous sommes donc un peu des marginaux et c'est peut-être cela qui nous pousse à nous retrouver entre marginaux : d'une part pour reconstituer un foyer et, d'autre part, le point de vue critique que nous avons sur nos différentes institutions, nous réunit certainement.

Est-ce que notre démarche est exportable ? Nous n'avons pas encore réfléchi à cette question. C'est d'ailleurs la première fois que nous venons parler exclusivement de notre histoire et de notre processus de fabrication devant un public. Comme le disait Maud, nous commençons depuis peu à nous faire reconnaître et même à nous faire interpellé par d'autres instances. Par exemple au sein du CHU de Nantes vient de se créer un DHU, un département hospitalo-universitaire. Il s'agit de quelque chose d'un peu obscur, mais ce sont des structures qui, au-delà des pôles, doivent regrouper les chercheurs et les cliniciens. Ce DHU qui vient d'être financé coûte des dizaines de milliers d'euros, et ils sont venus nous chercher en nous disant : « Vous, vous avez une expérience du travail en santé et en sciences humaines, on a besoin de vous ». Il convient de préciser que nous n'avons pas fait de publicité. Notre démarche commence donc à être connue au sein de l'Université. Il y a aussi les jurys de thèse, c'est un lieu très stratégique, parce que nous y sommes confrontés à d'autres disciplines. Les jurys de thèse nous permettent de voir évoluer les avis des uns et des autres. Ainsi certains collègues des autres disciplines qui ignoraient tout des sciences humaines et qui disaient : « Qu'est-ce que c'est que cet échantillon de 15 personnes, ça ne veut rien dire ! », petit à petit commencent à comprendre la qualité du travail que nous exigeons de nos étudiants. Là aussi je vois bien la progression d'année en année. Donc si pour l'instant nous n'avons pas d'entreprise de communication, nous commençons quand même, au sein de l'Université de Nantes, à nous faire entendre.

**Aude Girier :** Je tiens à vous dire que vous m'avez redonné le goût de faire de la recherche. J'étais à Nantes au colloque de mars 2011, un moment super. Cela faisait dix ans que je n'avais pas fait de recherche. Après ma thèse j'en avais fait un peu, mais personne ne s'intéressait à ce que je faisais. Et un jour une copine m'a dit « Va voir les gens de Nantes. Propose-leur tes projets ». J'ai proposé une communication, vous l'avez retenue et je me suis dit : « Oh ! Ils sont bizarres, eux ». Je suis venue et cela a été un moment de délectation intellectuelle, absolument extraordinaire. J'ai refait de la recherche depuis. Vous avez été un moment clef dans mon histoire. Ce témoignage montre que vous pouvez essayer de façon individuelle et pas forcément de façon institutionnelle.

**Didier Lecordier :** la question de la modélisation n'est pas simple. Surtout que notre modèle est difficilement exportable. En effet nous sommes des soignants, ou des chercheurs en sciences humaines et nous intégrons un laboratoire de droit où il n'y a même pas un juriste.

**Jean-Paul Canévet :** la question de l'exportabilité doit prendre en compte le fait que dans notre rencontre, il y a une part d'histoire personnelle d'interconnaissance. Notre groupe tient au fait que nous nous entendions plutôt bien les uns avec les autres. Comment exporter cela ?

**Jean-Paul Canévet :** ce qui a structuré notre travail, c'est de se dire : « Il faut qu'on produise ». À partir du moment où nous nous sommes imposé cette logique, nous avons dû définir les questions qui nous intéressaient le plus et surtout les travailler ensemble. C'est bien ce travail concret qui a permis de confronter les concepts, les définitions que nous avions et donc de traduire entre nous les mots. Cette démarche nous a permis de nous approprier les logiques des uns et des autres et de comprendre les méthodes qui pouvaient être utiles et efficaces. Elle nous a obligés à avoir des débats épistémologiques à une dimension réduite, certes, mais avec de vraies questions.

En ce qui concerne la transformation identitaire, nos échanges nous ont obligés à préciser à la fois notre posture et notre position sur un même objet et donc à nous interroger sur notre propre discipline : « Le sociologue m'emmène là ! Est-ce que c'est vraiment là que je veux aller ? ». Cela nous a permis de confronter et de préciser nos idées. Cette logique a été extrêmement structurante pour faire des passages, des transformations.

**Matthieu Lustman :** la question de l'évaluation ?

**Jean-Paul Canévet :** nous ne nous la sommes pas posée pour l'instant. Nous verrons déjà ce que nous produisons et ce que nous présenterons. Nous devons aussi répondre à des appels à projet.

**Didier Lecordier :** Avant de penser à évaluer notre démarche, il faut avant tout que nous survivions.

**Claudie Haxaire :** Puisque que vous êtes enseignant en médecine générale, pouvez-vous me dire, à partir de votre expérience de recherche, comment vous avez réussi à introduire un enseignement de sociologie à l'intérieur de l'enseignement de médecine générale comme cela se fait dans les pays anglo-saxons ?

**Jean-Paul Canévet** : Non ! Non.... Ponctuellement Chantal Hardy est intervenue à quelques reprises, mais cela reste très ponctuel, il n'y a rien d'organisé, rien de formalisé. En effet cette voie est embouteillée au sein de notre faculté par une enseignante de sciences humaines qui est psychologue. Nous n'en sommes donc pas là, mais la question est posée.

**Isabelle Bourgeois** : De votre modèle, de votre expérience, que pourrions-nous tirer ? J'ai compris ce qui vous anime, mais même si Chantal Hardy n'est pas présente aujourd'hui, à votre avis, qu'est-ce qui l'a motivée dans cette démarche ?

**Maud Jourdain** : Nous pouvons parler de sa trajectoire professionnelle : elle s'est intéressée à la sociologie des professions dans un premier temps, et en particulier à la sociologie des professions de santé. Je pense que son intérêt est parti de là, puis elle a fait partie de l'observatoire démographique des professionnels de santé. Elle a une appétence pour les questions de santé. Je pense qu'il y a eu l'opportunité de la commande du conseil régional avec la volonté de fabriquer un réseau de professionnels et de chercheurs en sciences humaines et sociales. Je pense que Chantal Hardy s'est emparée de cette idée et que cela lui a plu. Et peut-être qu'au-delà de la sociologie des professions, elle a eu envie de travailler avec des professionnels pour mieux percevoir comment se passe concrètement le travail d'un professionnel de santé. Je dis cela, sous toute réserve.

**Laurent Marty** : Je trouve intéressante cette tentative de restitution qui repose sur un rapprochement par affinités. On rencontre assez souvent cela au début d'un processus d'institutionnalisation. Comme le disait Matthieu il faut faire attention, parce qu'une institution, c'est avant tout des postes à pourvoir et j'ai vu plusieurs fois cette situation où des gens qui avaient créé un truc fantastique par affinités, étaient pris au piège de l'institutionnalisation. L'enjeu n'était plus la recherche, mais la place, il avait des postes à pourvoir et c'était « la lutte des places » ! Cela a orienté le groupe vers une autre logique. Il y a la phase de créativité et la phase de pérennisation, la question est donc de savoir comment entretenir la créativité. Comment faire pour que les choses se poursuivent, se maintiennent dans cet état d'instabilité ? Instabilité qui n'est pas confortable, évidemment, mais qui est très créative : on fait beaucoup de choses quand on produit ensemble, en particulier des transformations personnelles et collectives. Comment peut-on donc entretenir « votre modèle » qui n'est pas tout à fait un modèle selon vous ?

**Jean-Paul Canévet** : Je ne suis pas très inquiet parce que, si nous avons dit que les affinités jouaient un rôle important, il ne s'agit pas que d'affectivité. En effet, il ne s'agit pas d'un groupe de gens qui se connaissent d'avance et qui ont envie de faire des choses, nous nous sommes rencontrés la première fois autour de ce projet. Et si affinité il y a, elle est avant tout intellectuelle et n'est pas teintée de trop d'affectivité, c'est-à-dire que nous avons envie de travailler et de produire ensemble.

**Un participant** : C'est dans ce sens-là que je l'entendais : un intérêt commun.

**Jean-Paul Canévet** : Il faut dire que pour l'instant nous n'avons pas de projet à long terme, il n'y a pas d'étape, il n'y a pas de jalons. Il n'y a pas de chose construite de cette nature. Il y a des projets de recherche que nous avons envie de faire aboutir et publier. Nous verrons bien jusqu'où va l'aventure. N'oublions pas qu'à chaque fois, il y a eu des étapes : GERM 1, GERM 2, après sans doute il y aura autre chose, mais nous ne savons pas encore quoi.

**Le même participant** : Notre "modèle" ressemble à celui des structures dans les nouvelles technologies qui se créent, produisent des choses très intéressantes et qui ne savent jamais où ils seront. Il y a un élément assez fort dans cette "non-organisation" organisée.

**Didier Lecordier** : Il s'agit d'un trait assez caractéristique. En effet c'est parce qu'il existe des espaces accueillants, souples, mouvants, ouverts, que certaines personnes peuvent les investir. Ces endroits accueillants permettent une expression qui n'était pas possible ailleurs. Et c'est parce qu'elle a été possible là, que nous avons construit ces affinités qui permettent à chacun de vivre et d'aller un peu plus loin dans ses projets. Sans cet espace, se structurer aurait été difficile, même si la structure reste fragile et à l'avenir incertain. Ainsi ce n'est pour rien que Maud et moi-même avons fait la démarche de nous inscrire en doctorat, c'est bien parce qu'il y a la structure derrière. C'est aussi la structure qui peut contribuer à faire durer ou approfondir notre réflexion. Par exemple depuis que j'ai cette perspective du doctorat, je



commence à prendre des notes sur nos interactions et nos discussions avec Chantal, parce que c'est intéressant de voir comment l'interdisciplinarité, parfois transdisciplinaire, peut se produire.

**Matthieu Lustman :** À vous écouter, nous pourrions presque nous demander : « Faut-il que cela soit pérenne ? ». La question est peut-être un peu provocatrice, mais dans la logique en tension entre "la marge" et le "centre" : si c'est la marge qui fait bouger le centre et qui permet la créativité, faut-il que vous deveniez pérenne au risque de l'institutionnalisation ? Au risque donc vous perdre dans des jeux de pouvoir, de lutte pour des postes, et au final de ne plus être en capacité de faire bouger les choses ? À vous écouter, nous pourrions presque supposer qu'une structure trop pérenne serait presque une forme de risque pour les objectifs que vous vous donnez.

**Un participant :** Je ne sais pas trop ! Ce qui vient d'être dit me fait penser à la question de l'innovation : comment saisir ce processus qui se crée à la marge de ce qui est normé, institutionnalisé, organisé ? Évidemment quand l'innovation s'institutionnalise, elle devient moins intéressante, il faut alors peut-être repartir à la marge pour à nouveau reproduire le même processus. On le voit dans les institutions, ainsi par exemple l'ANAES, (l'Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé), était très innovante à ses débuts. Maintenant qu'elle est devenue l'HAS, avec son cortège de transformations structurelles, le projet n'a plus rien à voir avec l'idée initiale. Donc une fois que le groupe s'institutionnalise, il devient normatif et les luttes de pouvoir s'installent pour avoir les postes et de ce qui nous a réunis à un moment donné, il ne reste plus grand chose.

**Matthieu Lustman :** Il ne faut pas que cela s'institutionnalise. Cependant il y a un moment où même si les médecins et infirmiers ne doivent pas devenir des sociologues, des anthropologues, des philosophes, ils doivent pouvoir s'appuyer sur des savoirs institutionnels de référence afin de saisir la logique de chaque discipline. Il faudrait presque arriver à s'institutionnaliser sans s'institutionnaliser afin de pouvoir quand même sensibiliser les soignants et que les idées puissent diffuser. Un des seuls avantages de l'institutionnalisation est en effet qu'elle permet des nouvelles formes de socialisation. En effet sans processus de socialisation, les idées ne font pas que passer, elles ne restent pas dans le paysage et la distance entre le monde des sciences humaines et sociales et le monde des soignants demeurent.

**Un participant :** Les enjeux de diffusion du savoir auprès des acteurs de santé me semblent également essentiels, avec les enjeux de socialisation afférents. C'est pourquoi je ne comprends pas pourquoi, en médecine, dans le cadre du DES, dans l'enseignement strict de la médecine générale, vous n'avez pas imposé un enseignement de sociologie ?

**Jean-Paul Canévet :** La réponse se trouve peut-être dans l'histoire de la médecine générale, parce qu'il a fallu qu'elle s'impose comme discipline autonome dans la faculté de médecine. Le premier souci a donc été d'"éliminer" les enseignants des disciplines d'organes, d'éviter que les disciplines techniques continuent à former les futurs médecins généralistes. Nous sommes peut-être à la fin de cette phase- là, nous avons peut-être moins besoin de crier haut et fort : « L'enseignement de la médecine générale doit être fait par les médecins généralistes ». Maintenant nous avons été reconnus, nous sommes donc peut-être assez solides sur le plan identitaire pour accueillir des enseignants d'autres disciplines. Je pense que la réponse se trouve là.

**Un participant :** Cette démarche se fait ailleurs, dans d'autres facultés. En revanche, il n'existe pas partout des équipes collaboratives comme celle de Nantes. Nous n'avons pas ce type d'équipe, mais nous faisons depuis plusieurs années des ateliers d'éthique.

**Didier Lecordier :** Je voudrais préciser un élément important puisque c'est une de nos conclusions dans la présentation : ce qui nourrit le groupe et lui permet de progresser, c'est aussi son ouverture à certains réseaux. Nous pensons que dans l'avenir il faudra consolider aussi cette démarche. Il y a déjà vous, SH-S, il y a aussi par exemple le RIFERQ, le Réseau International Francophone d'Études de Recherches Qualitatives.

**Cécile Fournier :** Je me demandais, puisque vous avez conçu un projet pour trois ans, comment aujourd'hui vous aller remodeler ce projet, après une première année de financement ? Est-ce que vous gardez cette perspective de trois ans ou est-ce que vous dites qu'il faudrait le repenser pour avoir déjà des résultats qui permettront d'aller plus loin que ces trois ans ?

**Jean-Paul Canévet** : Il faudrait déjà repenser son organisation, parce que le financement pour un an nous a permis de financer un post-doc qui a joué un rôle d'organisateur et de logisticien de notre équipe. Maintenant, il va falloir repenser l'organisation et fonctionner sur des projets financiers avec des réponses au coup par coup sur des appels d'offres.

**Maude Jourdain** : Nous avons eu la chance de pouvoir commencer avec un post-doc, cela a permis à l'équipe d'enclencher une bonne dynamique. Maintenant nous allons devoir la maintenir !

**Isabelle Bourgeois**. Les appels d'offres financent du temps de chercheur ? Il ne s'agit pas que du temps de coordination ?

**Jean-Paul Canévet** : Oui, ils financent du temps de chercheur. Sur la question des financements, c'est vrai que ce n'est pas évident à cause de notre démarche pluridisciplinaire. En effet les financeurs nous disent : « Il faut une discipline dominante, la transdisciplinarité ne doit pas apparaître », nous devons choisir une discipline de référence !

**Un participant** : Oui, dans les appels d'offres, si c'est souvent apprécié qu'il y ait plusieurs équipes qui participent au projet, dans la logique actuelle des choses l'interdisciplinaire peut encore être un handicap. Il serait presque mieux d'être séparés, et de dire qu'il y a deux équipes complémentaires qui travaillent sur le même projet. Avez-vous rencontré ce genre de problème notamment à l'ANR ?

**Jean-Paul Canévet** : C'est effectivement un problème auquel il faut réfléchir. Ce qui nous fait encore un vaste chantier pour l'avenir.

## LA SOCIOLOGIE, UNE SCIENCE CONTRIBUTIVE POUR LES ÉTUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS ?

par Aude GIRIER, sociologue

Depuis plus de douze ans, j'enseigne les sciences humaines auprès de professionnels de santé. Cela me place en permanence à la frontière de deux disciplines au moins : les sciences humaines et la santé, aujourd'hui de deux mondes : les écoles paramédicales (instituts de formation en soins infirmiers, écoles de puériculture...) et l'Université, voire de deux univers : étudiantin et professionnel, et de deux statuts : "grande" enseignante universitaire et électron libre inclassable. Cette position fut longtemps celle de l'entre-deux, mais avec la maturité elle m'apparaît riche et, pour tout dire, la seule supportable.

C'est donc à partir de cette position interstitielle que je tenterai ici de développer la question de l'entre-deux disciplinaire. Mais bien sûr, si j'ai introduit d'emblée les autres frontières c'est qu'il me semble que justement cette interdisciplinarité est une cause (ou une conséquence ?) des nombreux interstices dans lesquels il m'a fallu me glisser. En d'autres termes, ne pas pouvoir être clairement répertoriée dans une discipline avec ses frontières, ses méthodes, ses institutions entraîne certainement les autres aménagements nécessaires au niveau des mondes, des univers, des statuts. Ils seront donc présents en filigrane derrière la question de l'interdisciplinarité.

D'ailleurs, je soulève d'emblée le fait que j'emploie le terme d'interdisciplinarité plutôt que pluridisciplinarité. Dans le sens commun, il s'agit de ma sensation initiale d'être entre deux, à l'intersection. Aujourd'hui le fait de posséder plusieurs ressources, de mobiliser une diversité de points de vue, de les faire se rencontrer... est certainement plus fort et cela me permet de passer de l'interdisciplinarité à la pluridisciplinarité sans dénier l'unité heuristique de la sociologie dont peut parler J.-P. Olivier de Sardan<sup>4</sup>.

---

4 Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN, « Anthropologie et sociologie, la pluridisciplinarité et les postures

## I - Contexte de mon expérience : le cadre

Depuis 2009, les études en soins infirmiers suivent un nouveau référentiel. Une rapide présentation de ce nouveau programme permet de contextualiser mon expérience d'enseignement. Je ne ferai pas de comparaison entre ancien et nouveau programme car j'ai déjà présenté cette analyse dans divers colloques<sup>5</sup>. Je me contenterai de restituer ce à quoi nous avons abouti.

Ainsi, l'unité d'enseignement 1.1 « *Psychologie, sociologie, anthropologie* » au premier semestre comprend 40 heures de cours magistraux (CM), 15 de travaux dirigés (TD) et 20 de travaux pratiques (TP). Cependant, à la lecture des éléments de contenu, tous s'accordent pour considérer que seules quelques heures peuvent être consacrées à la psychologie sociale et que le reste concerne des enseignements de psychologie clinique, cognitive et analytique. Ainsi, la sociologie et l'anthropologie apparaissent dorénavant condensées au second semestre. A ce titre, on ne peut que regretter, d'abord en termes d'heures, la réduction du temps imparti aux sciences humaines dans le nouveau programme, ensuite que ces heures soient concentrées en début de formation, là où il est encore difficile de s'appuyer sur une éventuelle maturité des étudiants. L'ancien programme permettait d'enseigner jusqu'en troisième année et, par ailleurs, mon expérience professionnelle en tant qu'enseignante auprès de futurs cadres de santé (en institut de formation des cadres de santé - IFCS) me confirme, s'il en est besoin, qu'une maturité est nécessaire pour saisir les enjeux socio-anthropologiques de la pratique infirmière. Les heures d'enseignement représentent donc pour la sociologie et l'anthropologie 25 heures de cours magistraux (CM), 10 heures de travaux dirigés (TD) et 15 heures de travaux pratiques (TP) sur les 4 200 heures d'enseignement théoriques et cliniques. La sociologie et l'anthropologie dans ce nouveau programme ne représentent que deux ECTS (*European Credits Transfer System*) sur les 180 ECTS requis pour l'obtention du diplôme. De même, les conditions d'évaluation (une heure de dissertation sur table) sont révélatrices des obstacles concrets auxquels les sociologues se trouvent confrontés. Car au-delà de la docimologie (l'étude des évaluations), l'un des objectifs demeure de participer à l'élaboration d'une réflexion infirmière.

Toutefois, avec le nouveau programme, les sciences humaines deviennent contributives. Nous ne sommes plus dans des théories à appliquer bon gré mal gré, mais dans un ensemble de concepts qui se réfèrent à dix compétences énoncées. Les sciences humaines sont essentiellement reliées à la compétence 6 : « *Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins* ». Seule la compétence 4 : « *Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique* » est également concernée par l'enseignement des sciences humaines.

De même, au-delà de l'approche visant des compétences, on peut constater que les savoirs associés aux sciences humaines sont prérequis pour les second, troisième et cinquième semestres. L'unité d'enseignement 1.1, « *Psychologie, sociologie et anthropologie* » apparaît comme un pré-requis dans quatre autres unités d'enseignement (UE). Outre l'U.E. 2.6 « *Processus psychopathologiques* » - on peut ici sans prendre trop de risque supposer que le prérequis s'inscrit dans le champ du psychologique - il reste finalement les U.E. 4.2 « *Soins relationnels* », 4.7 « *Soins palliatifs et de fin de vie* » et 5.3 « *Communication et conduite de projet* » qui nécessitent des apports socio-anthropologiques.

Dans les faits, j'ai été sollicitée sur les *soins de confort et de bien-être* (U.E.4.1 S1) notamment à propos du concept d'intimité, sur les *soins relationnels* (U.E. 4.2 S2), avec les formes de communication verbales et non verbales. Enfin, même si cela n'est pas explicitement requis dans le référentiel, la sociologie est mobilisée pour les unités d'enseignement d'initiation à la recherche. Et cela n'est pas anecdotique. Comme en témoignent les Actes du précédent séminaire de l'association Sciences humaines et santé, de nombreux intervenants en sciences sociales se voient attribuer le rôle d'expert en méthodologie. Pour ma part, il s'est agi de donner des cours magistraux sur l'état de la recherche en soins infirmiers (situation et enjeux), sur la situation d'enquête, sur les techniques de recherche et sur l'analyse de contenu. La conception de travaux dirigés m'a aussi été indispensable pour l'analyse de contenu. Cependant, c'est dans cette UE 3.4 d'initiation à la recherche que j'ai senti la plus grande demande de la part des formateurs.

---

heuristiques », revue européenne des sciences sociales, Tome XXXIV, n°103, pp. 195 à 201

5 « Enseigner la sociologie aux étudiants IDE » in *Les professionnels à la rencontre de la sociologie*, collection Logiques Sociales, L'Harmattan, 2011.

En fait, dans d'autres espaces, il m'est demandé de former les formateurs à la méthodologie de recherche et je suis de près certains formateurs dans leur cursus de master. Car l'un des apports de ce nouveau programme est peut-être la nécessité pour nombre de formateurs de reprendre un cursus universitaire. Ils se trouvent de fait confrontés aux nouvelles exigences de la recherche en sciences sociales (la plupart choisissant un cursus comprenant des sciences sociales, comme les sciences de l'éducation par exemple).

## **II - Les questions que cela soulève : pourquoi et comment faire ou faire faire de la sociologie à de futures infirmières – et les tentatives de réponse.**

### **Pourquoi ?**

La mobilisation des sociologues semble répondre à plusieurs objectifs. Le premier clairement énoncé est d'aborder la discipline en elle-même, et les savoirs qu'elle introduit. Clairement, le référentiel de la formation implique un certain nombre de concepts comme ceux de culture, d'autorité ou encore d'éducation. Cependant, la question – qui d'ailleurs demeurera certainement sans réponse – est celle des choix des personnes ayant établi le référentiel en sciences humaines. Si les concepts cités précédemment peuvent trouver un écho chez les sociologues, force est de constater que ceux de *bienveillance* ou d'*agressivité* ne figurent pas dans le registre des concepts sociologiques. Néanmoins cette ambiguïté permet du coup de délimiter les contours de la discipline en tentant de montrant en quoi des notions participent aux sciences humaines ou non. On voit ici la première réponse au pourquoi un tel enseignement, qui consisterait à répondre « parce que c'est inscrit dans le programme » paraît d'ores et déjà erronée ou pour le moins réductrice.

Donc au-delà de cette "docilité relative", l'enseignement de la sociologie aux étudiants en soins infirmiers s'est avéré participer au processus de formation de façon plus profonde. En d'autres termes, il est demandé aujourd'hui aux étudiants d'être acteurs de leur formation. Cette forte demande d'autonomie n'est pas sans les laisser parfois pantois. Lors d'une réunion rassemblant directeurs d'IFSI, formateurs et doyen d'une université parisienne, ma première remarque a été de constater qu'à chaque fois que les membres des IFSI soulevaient les difficultés rencontrées par les étudiants (difficultés organisationnelles ou pédagogiques), la réponse du doyen était d'ironiser sur la protection jugée excessive des IFSI à l'égard de leurs étudiants. Donc une injonction à l'autonomie, à la débrouillardise, serais-je tenté d'ajouter. Et là, les sciences humaines sont mobilisées. Car le cœur de cette discipline repose sur les écarts, les jeux, qui existent entre les règles, les programmes, les protocoles, les documents potentiellement écrits et ce qu'en font les individus. Finalement, les savoirs sociologiques renvoient à des concepts vivants. Certes abstraits, certes faisant référence à des théories ou paradigmes écrits, mais s'appliquant à des réalités de terrain. Ainsi il me semble que l'une des raisons d'enseigner la sociologie aux étudiants en soins infirmiers est de leur rappeler que, oui, ils doivent en tant que novices<sup>6</sup> intégrer des savoir-faire, des savoir-être... et que si notre rôle de passeur<sup>7</sup> de ces savoirs est essentiel, nous ne sommes pas moins conscients du travail d'adaptation très fort lié aux réalités de terrain. Traduction criante de cette attente des étudiants en soins infirmiers lors de mes cours : lorsque j'énonce une posture qui leur est demandé d'avoir – prenons simplement le fait de frapper à une porte de chambre avant d'y entrer – les étudiants sont réceptifs, ils le savent. Certains le manifestent de façon docile, d'autres de façon un peu blasée.

Oui, ils savent, et si la sociologie n'est là que pour leur confirmer cette nécessité, elle apparaît peu utile. Au-delà, dès que je précise dans le cours que je sais que cela ne fonctionne pas ainsi, qu'en tant que stagiaire souvent on leur dit « *Fais ce que je te dis, pas ce que je fais* », dès que la sociologie aborde le paradoxe entre leur apprentissage et des réalités de terrain, alors elle leur semble utile ou tout au moins plus intéressante qu'il n'y paraissait de prime abord. Alors la sociologie, même si elle est requise

---

6 Patricia Benner distingue cinq niveaux d'expertise, allant du novice à l'expert. Novice : pas d'expérience, donc références aux règles enseignées. Débutant : commence à percevoir la signification des aspects caractéristiques rencontrés. Compétent : après 2/3 années d'expérience, une vision à long terme se dégage et la personne repère les aspects déterminants d'une situation et ceux qu'elle peut ignorer. Performant : perception de la situation en termes globaux plutôt que d'aspects. Vision qui facilite la prise de décision avec un nombre limité d'hypothèses et un raisonnement conscient. Expert : personne qui ne passe plus par le raisonnement conscient mais par une reconnaissance "intuitive" (en fait liée à un bagage d'expériences références mobilisées).

7 On dépasse alors l'acteur et le système pour intégrer le fait que l'acteur est le système. L'enseignant ne peut plus alors être passeur de savoir et de morale selon François Dubet.

essentiellement pour la compétence 6, me semble participer à l'émergence d'un professionnel compétent sachant « *transposer ses acquis à de nouvelles situations* » (troisième palier d'apprentissage du référentiel, page 42).

Une autre raison d'enseigner les sciences humaines à des étudiants en soins infirmiers fait écho aux précédentes, à savoir qu'au rôle de formateur s'est substitué le rôle d'accompagnateur (terme et constat repris à une formatrice en IFSI à propos du nouveau programme). Cette évolution du rôle du formateur – outre qu'elle s'étaye pour la plupart d'une formation en master - souligne la nouvelle exigence de réflexivité. Cette demande n'est certainement pas spécifique aux étudiants en soins infirmiers mais semble au contraire être relayée dans l'ensemble de la société. Notre société dans sa globalité, le soin dans sa spécificité et les études en soins infirmiers en particulier, tentent de construire des individus capables de s'adapter à un ensemble très divers de structures qui – à en croire les sociologues – sont de moins en moins structurées et structurantes. Dès 2001, Pierre Bourdieu rappelait que la réflexivité est un objectif à atteindre dans la mesure où elle permet une réflexion entre acteurs et structures. Cela s'applique bien au milieu des soignants, comme le constatait déjà Schön<sup>8</sup> : dans ce milieu, le praticien devient réflexif. D'ailleurs, le nouveau programme propose pour principes pédagogiques trois paliers, je dirais trois mouvements : comprendre, acquérir des savoirs et transférer.

Transférer : conceptualiser, transposer ses acquis à de nouvelles situations. L'étudiant a alors atteint le second puis le troisième palier de ces apprentissages, pour reprendre les termes du référentiel (p. 42) : savoir agir en mobilisant ses savoirs et en acquérant la capacité, puis évaluer son action. Et dernier palier : transférer en conceptualisant et en transposant ses acquis dans une nouvelle situation.

Cette réflexivité suppose donc un double mouvement. D'une part, il est demandé aux étudiants de savoir transposer des savoirs d'une situation à une autre. C'est ce que Patricia Benner appellerait *l'étudiant performant* (perception de la situation globalement plutôt que par des aspects). C'est une vision qui facilite la prise de décision avec un nombre limité d'hypothèses et un raisonnement conscient. Ici on rencontre le discours des professionnels de terrain qui, n'ayant pas forcément une vision globale du nouveau référentiel et ayant été formés sous l'ancien modèle, craignent l'imperformance des étudiants.

Un second mouvement nécessite la capacité d'associer tous les savoirs de la formation pour agir dans une situation particulière. Ici les étudiants semblent peiner lors des premiers semestres de leur formation. Comment faire pour trouver des fils conducteurs entre leurs différentes UE ? Bien sûr, nous l'avons vu, leur formation vise l'acquisition de compétences qui devraient leur permettre de saisir la cohérence d'ensemble du référentiel. Mais les étudiants (et les formateurs) doivent faire un gros travail pour articuler les interventions entre elles.

Les sciences humaines abordent ce double mouvement en participant à la construction d'une posture réflexive. Certes, cela suppose souvent de commencer par déconstruire des certitudes polluantes, mais cela permet ensuite de s'assurer d'une réflexion sur sa position professionnelle, voire personnelle. Cette réflexion est ensuite le gage d'une capacité à traverser les situations en assurant une position adéquate, une bonne distance pour reprendre des termes typiques de la formation infirmière.

### Comment ?

D'un point de vue structurel, les institutions offrent déjà un cadre de réponse à la question de comment organiser la pluridisciplinarité. La façon de penser la formation présente en effet un étudiant polyvalent capable d'intégrer une diversité de savoirs et de la transposer ensuite dans sa pratique. C'est donc à l'étudiant de faire le travail lié à la pluridisciplinarité. L'enseignement de la sociologie n'échappe pas à cette organisation puisqu'il s'agit de donner une dizaine d'heures à un amphithéâtre de plusieurs centaines d'étudiants. Si l'étudiant ne peut venir en amphithéâtre (car il est en stage par exemple, comme cela arrive souvent, les cours sont placés à des moments de stages pour certaines écoles) il pourra visionner l'enregistrement du cours et avoir accès à un document écrit (projection de diapositives lors des cours magistraux). Outre l'insatisfaction de l'enseignante que je suis en sciences *humaines* (peut-être que la projection de tableaux de pharmacopée est plus logique ?), cela montre que c'est à l'étudiant de se constituer sa réserve de savoirs disciplinaires pour ensuite aller piocher dans les différentes disciplines

---

<sup>8</sup> Schön, *Le praticien réflexif*, Éditions Logiques, Montréal, 1993

enseignées.

Le retour d'expérience pédagogique montre que, du coup, les intervenants dont je fais partie développent de nombreuses ressources pour participer à ce mouvement de pluridisciplinarité. D'abord en allant voir du côté d'autres disciplines. Pour ma part j'ai commencé par rester très modestement du côté des sciences humaines en mobilisant l'Histoire, le Droit, l'Éthique...mais petit à petit je vais voir de plus près d'autres domaines (certains vont chercher du côté de l'art pour illustrer leurs Power Points). La littérature apparaît comme un support accepté par tous, une discipline légitime, de nombreux romans permettant de donner vie aux savoirs sociologiques. Au tout début de la mise en œuvre du programme, mes observations de terrain étaient encore acceptées comme support d'évaluation. Aujourd'hui, nous avons recours à des textes issus souvent de témoignages ou de récits fictifs (comme le récit du chanteur Grand Corps Malade qui raconte son hospitalisation dans un roman « je vais mieux » de David Foenkinos). Mais finalement, des savoirs ancrés dans le champ des soins infirmiers finissent par pouvoir être intégrés comme dans la pyramide de Maslow. L'idée est de faire du lien avec d'autres unités d'enseignement, d'autres concepts, d'autres disciplines...

Par ailleurs, l'organisation de travaux dirigés et la demande de prise en charge de ces TD par les enseignants de cours magistraux (c'est à dire moi) relèvent de deux processus au moins. Les TD ont d'abord pour but de permettre une appropriation de savoirs théoriques. En ce sens, j'accompagne les étudiants dans leur démarche de compréhension et de transposition des concepts sociologiques à des situations cliniques. Parfois avec des supports audiovisuels (des images illustrant des scènes de soins dans lesquelles on peut mobiliser des concepts sociologiques) ; parfois avec des récits écrits d'hospitalisation. Il n'y a rien là d'exceptionnel dans l'aménagement entre cours magistraux et TD. Ce qui me semble plus intéressant est le second processus qui s'opère, celui d'incarner au sens quasi littéral la sociologie. Ainsi, j'assure de nombreux TD afin de donner figure humaine au cours magistral. Dans cette pluridisciplinarité, les étudiants (et les formateurs de l'IFSI) demandent une forme de cohérence, de repérage possible afin d'identifier chaque discipline à travers son enseignant. Cette dynamique intéressante permet de circuler ensuite à travers de nombreuses disciplines. Chacun tente d'identifier les contours de chaque discipline (et il n'est pas surprenant que de futurs professionnels du corps choisissent des contours corporels).

Ainsi, j'incarne la sociologie auprès de nombreux étudiants en soins infirmiers. Quels sont les risques pour moi, pour eux ? Parfois cela donne des résultats bien décevants, car les étudiants en soins infirmiers se souviennent alors de moi, de mes exemples, de mes anecdotes, et ne retiennent finalement que la personne et non les théories qui s'y rapportent. Quels sont les avantages pour eux, pour moi ? Parfois, cela leur permet d'identifier la discipline et d'en faire une ressource possible.

A Paris VI, la sociologie est séparée de l'anthropologie. Nous nous sommes donc répartis des objets d'enseignement pour tenter une approche disciplinaire. Chacune d'entre nous aborde différemment un objet (l'anthropologie étant ici associée à une science de l'exotique, de l'ailleurs, et la sociologie à l'étude de la société française contemporaine – ce qui pourrait être discuté). Cependant, nous avons vite repéré que malgré cette répartition des objets ou domaines abordés, les concepts auxquels nous aboutissions étaient souvent communs. Nous faisons donc des TD où systématiquement les étudiants en soins infirmiers nous demandent si cela relève de la sociologie ou de l'anthropologie ; nous sommes alors amenés à leur expliquer qu'ils sont autorisés à passer de l'une à l'autre des disciplines. Que les deux chargées de cours magistraux sont aussi chargées de TD, qu'elles corrigent les évaluations et sont d'accord pour une pratique pluridisciplinaire. Cette année, d'ailleurs, pour la première fois, nous sommes parvenues à fournir un texte commun pour l'évaluation, servant de support à des questions d'anthropologie et de sociologie. Pour cela, l'incarnation semble un atout initial majeur.

Dans l'Oise, je suis chargée du programme des semestres 1 et 2 de psychosociologie, de sociologie et d'anthropologie. L'application du référentiel est plus tardive et souple, et surtout un travail d'équipe est mené pour m'inclure dans de nombreuses réflexions et expériences pédagogiques. Ainsi, les étudiants distinguent dans les sciences humaines la psychologie de la psycho-socio-anthropologie, en sachant que là aussi des passerelles se font en permanence. On le voit ici, les frontières disciplinaires sont loin d'être étanches mais cela ne semble pas poser de problème outre mesure. Pour certains cela facilite la globalité de la réflexion, pour d'autres cela brouille parfois la pertinence des savoirs.

A l'Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, nous sommes trois socio-anthropologues. Il nous a fallu nous répartir les thèmes, en remarquant que le chevauchement était inévitable. Bien sûr cela crée du lien pour les étudiants, d'ailleurs nous nous efforçons de les renvoyer aux autres enseignements. Mais cela montre aussi la finesse des disciplines. D'ailleurs, l'évaluation est unique et chacune d'entre nous mobilise un ensemble de savoirs à propos d'une question, même si les questions sont choisies pour respecter la répartition des thèmes abordés par chacune des intervenantes. Condition sine qua non à ce type d'organisation : une coordination entre intervenants, peu favorisée par l'Université mais permise notamment par les moyens techniques actuels de communication (importance de la notion de réseau).

### **Piste de conclusion**

Ce nouveau programme et la façon dont il peut être investi permet donc de concrétiser et de reconnaître la richesse de la pluridisciplinarité. Tout en respectant l'unité de la sociologie, son enseignement s'intègre dans une perspective bien plus vaste qui nécessite, plus que des détours vers d'autres sciences humaines, une contribution active à une formation pluridisciplinaire.

On dépasse alors la bipolarité des sciences humaines qui furent longtemps, soit académiques, institutionnelles (faites en faculté de sociologie par des sociologues pour de futurs sociologues), soit professionnelles, destinées à un usage purement pragmatique des sociologues et de leur théories. La "sociologie ancillaire"<sup>9</sup>, comme la nomme Olivier Chadouin, permettrait alors d'enseigner la sociologie à de futurs professionnels chargés de la mobiliser.

### **Bibliographie**

- ACKER Françoise, *Formation universitaire et recherche infirmière : un chantier pour la profession, la santé et la société ?* Revue Recherche en soins infirmiers, juin 2008, n° 93, p. 122-124 ;
- Patricia BENNER, 2003, *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*, Masson ;
- Pierre BOURDIEU, 2001, *Science de la science et réflexivité*, Éd. Raisons d'agir.
- Laure BURGER, 2005, *Humour et formation infirmière : réflexions sur la relation pédagogique*, Ed. Seli-Arslan ;
- Olivier CHADOUIN, 2009, « Le sociologue chez les architectes : matériau pour une sociologie de la sociologie en situation ancillaire » in *Sociétés contemporaines*, 2009/3, n° 75, pp. 81 à 107 ;
- Claude DUBAR, in Bernard LAHIRE, 2002, *A quoi sert la sociologie ?* La découverte ;
- François DUBET, 2011, *A quoi sert vraiment un sociologue ?* Armand Colin ;
- Marie-Odile GALANT, *L'universitarisation de la formation en soins infirmiers en France : une opportunité pour les professionnels, les usagers et le développement de la santé publique*, Revue Recherche en soins infirmiers, juin 2008, n° 93, p. 125-126.
- Aude GIRIER (sous la dir.), 2011, *Les professionnels à la rencontre de la sociologie*, collection Logiques Sociales, L'Harmattan ;
- Pascale MOLINIER, Sandra LAUGIER, Patricia PAPERMAN, 2009, *Qu'est-ce que le care ?* Payot ;
- Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN, « Anthropologie et sociologie : la pluridisciplinarité et les postures heuristiques », *Revue européenne des sciences sociales*, Tome XXXIV, n° 103, pp. 195 à 201 ;
- Grand Corps Malade, *Patients*, Don Quichotte, 2012.
- Odile PIRIOU (2008), « Que deviennent les nouveaux diplômés de sociologie ? Un état de la discipline et de son avenir » *Socio-logos Revue de l'association de sociologie*.
- Odile PIRIOU (2008), « Le nouveau tournant de la sociologie en France », *Sociologie pratique*, n°16.
- SCHÖN, D. (199), *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal Éd. Logiques.
- SCHWEYER François-Xavier, *L'universitarisation de la formation en soins infirmiers : les promesses et leurs ombres*, Revue Recherche en soins infirmiers, juin 2008, n° 93, p. 120-121.
- Charles SOULIE (2002), « L'adaptation aux « nouveaux publics » de l'enseignement supérieur : auto-analyse d'une pratique d'enseignement magistral en sociologie », in *Société Contemporaine*, n° 48, pp. 11-39.

---

<sup>9</sup> Ancillaire : c'est-à-dire en situation de devoir « servir » à quelque chose, si ce n'est d'ailleurs à quelqu'un.

## MODÉRATION – DISCUSSION

par Jacques Cittée,  
médecin généraliste, enseignant

**Jacques Cittée :** Merci Aude, j'ai été très intéressé parce que tu as dit, parce que cela fait écho à un certain nombre de questions que je me pose. Une toute première question : est-ce que tu accepterais de changer ton titre ?

**Aude Girier :** sans aucun problème

**Jacques Cittée :** si je commence ainsi, c'est que me suis rendu compte que ton intervention posait une question bien particulière : « *Faut-il parler de sociologie ou de l'enseignant de sociologie ?* ». Cette question pourrait peut-être résoudre une partie des problèmes que tu soulèves. En effet, il me semble impossible qu'un enseignant incarne toute la sociologie. Donc l'idée serait plutôt de voir *l'enseignant de sociologie comme une ressource contributive*. Je suis enseignant de médecine générale et je sais très bien qu'être enseignant dans une discipline, ce n'est pas seulement pratiquer cette discipline. Les compétences qu'on demande à un praticien/clinicien ne sont pas les compétences qu'on demande à celui qui va enseigner cette pratique. Ce constat change pas mal de choses et cela peut réduire nombre d'angoisses.

Cela m'amène à une première question : est-ce qu'il s'agit de la sociologie comme science contributive ou de l'enseignant de sociologie comme une ressource contributive ? Cette ressource contributive est peut-être de deux ordres : d'ordre cognitif, c'est-à-dire de l'ordre des savoirs, des savoirs théoriques, des concepts, ce que tu apportes dans les cours magistraux. Mais c'est aussi une ressource d'ordre réflexif et là apparaît une fonction de "facilitateur", d'accompagnement : ce sont les éléments que tu as utilisés dans la réflexion sur les pratiques. Il y a donc un double niveau de ressources. Je reviens sur cette notion de ressources : on le voit bien avec la notion de "*compétences*" que j'ai vu apparaître et qui existe dans le programme. On a l'impression qu'il y a une approche par compétences qui est proclamée mais qui ne va pas jusqu'au bout de sa logique. En effet, d'après ce que j'ai compris de l'approche par compétences – j'en parle car dans le département où je suis on est en plein là-dedans – lorsqu'on parle de compétences dans la formation des professionnels, les problématiques de savoir et de réflexion se pensent en termes de ressources. C'est-à-dire qu'il s'agit d'éléments qui vont permettre au professionnel d'agir à un moment donné et s'il n'a pas forcément toujours besoin de ces ressources, il en a besoin à certains moments. Cela complique les choses pour enseigner en première année, car quand on a une expérience, une maturité par rapport au vécu sur le terrain, les choses parlent plus facilement, les connaissances, les savoirs théoriques parlent mieux. On sent bien là que l'approche par compétences ne va pas jusqu'au bout de la logique et vous êtes mis là-dedans on ne sait pas très bien selon quel critère pédagogique, avec une sorte de programme inachevé.

Le deuxième point que je veux soulever est une interrogation que j'ai pour moi, mais que je vois aussi pour toi : la pratique d'enseignement modifie la pratique disciplinaire, c'est-à-dire que lorsqu'on enseigne on est amené à modifier sa manière de concevoir sa propre discipline et aussi les autres, car lorsqu'on enseigne à des professionnels non spécialistes on est obligé d'aller voir les autres disciplines connexes. Quand on enseigne, on est bien obligé de dépasser les frontières. Je me pose cette question peux-tu réagir dessus ?

Enfin le troisième point : quand on s'adresse à des professionnels en formation, en construction, il ne s'agit pas de former des cohortes de schizophrènes mais de former des gens qui ont une certaine cohérence. Donc on est obligé, si on est dans la posture de l'enseignant et non plus du sociologue, d'avoir une *approche globale*, c'est ce que je vois apparaître à travers ce que tu dis. Et qui dit approche globale, dit voir les personnes en face de nous comme des personnes, de même que le médecin ne voit pas des organes mais voit des personnes. Donc un enseignant doit être dans une problématique « *d'enseignant global* ». En utilisant la théorie de l'approche par compétences, un enseignant "global" sait comment intégrer ces diverses ressources disciplinaires en un tout cohérent, parce que c'est ça le but. A travers ton discours nous voyons bien apparaître cette notion d'approche globale qui est une démarche que vous



entrepreniez avec ta collègue anthropologue en investissant aussi d'autres disciplines comme l'histoire par exemple.

L'enjeu est de proposer un discours qui permette aux élèves de se construire avec une certaine cohérence. Bien sûr, ce n'est pas nous qui les construisons, mais nous devons leur proposer un discours qui ait du sens. Une approche globale le permet, mais du coup elle transforme la posture de l'enseignant : il n'est plus dans une logique disciplinaire stricte mais plutôt dans une logique d'enseignement centrée avant tout sur les personnes qu'il forme. Ces trois points que j'ai aperçus dans ton discours me posent question aussi et à d'autres aussi, je pense. Je voudrais avoir tes réactions là-dessus.

**Aude Girier :** A chaque fois qu'on discute, je suis rassurée de ne pas être la seule dans mes méandres. Cependant je ne vais pas vraiment apporter une réponse à tes questions parce que ce qu'il y a d'extraordinaire dans ce que tu dis, c'est que j'avais l'impression que ce genre de question était propre à la sociologie. Que c'est parce que je suis sociologue et que je demande aux étudiants de faire de la sociologie que je suis confrontée à ce genre de problème. Je découvre dans notre débat que non, ce n'est pas parce que j'enseigne la sociologie que la question se pose : cette question est celle de l'enseignement et non celle de la sociologie, elle se pose à toutes les disciplines. Sans ce type de débat transdisciplinaire, on aurait naturellement tendance à incriminer le manque d'intérêt des étudiants pour la sociologie. La question première est donc celle de l'enseignement en lui-même, de la posture à avoir. Je n'ai pas de réponse, si ce n'est l'importance d'avoir des échanges transdisciplinaires qui vont éclairer et permettre d'avoir une analyse plus globale que de se limiter à sa propre histoire et de tout voir à travers le prisme de la sociologie. Quand je discute de ce problème avec des socio-anthropologues, j'ai toujours le même discours : « *Ben oui, c'est parce que la sociologie c'est particulier ! On veut leur faire de la sociologie sans leur expliquer, c'est normal que cela ne marche pas* ». En fait pas du tout, il nous faut déplacer et élargir le cadre dans lequel nous, nous posons ce type de question. Le débat est donc posé d'une manière différente, mais je ne peux pas encore lui apporter de réponse

**Jacques Cittée :** La question est un peu compliquée, mais je crois que cela a du sens de se demander : « *Est-ce que je suis ici et maintenant enseignant de sociologie ou sociologue ?* ». Quand j'entends ton discours, l'unité me semble être "*l'enseignant de sociologie*", l'incarnation dont tu as parlé. La question de la discipline ne se pose pas. Tu n'incarnes pas la sociologie, tu es un enseignant avec ses limites et ses richesses, qui vient apporter un regard sociologique.

**Un participant :** je me demande quand même si l'idée d'incarnation n'est pas l'élément structurant de ton discours. Ce qui me frappe dans ce que tu décris, un ensemble de situations assez chaotiques que toute personne qui fait des vacances en sociologie connaît, surtout que nous sommes dans un contexte où on ne sait pas très bien ce que signifie "apprendre la sociologie" et donc on est amené à construire soi-même ce que peut être la sociologie. Ce qui importe, ce n'est pas ce qu'est la sociologie en elle-même, c'est ce que toi tu fais de la sociologie et qui rend compte de ce que les étudiants pourront faire finalement de la sociologie. L'élément structurant est donc bien l'incarnation, c'est-à-dire l'expérience que je vais faire de ces connaissances. Je suis frappé de la cohérence que tu as réussi à exprimer, car ce n'est pas simple à dire. Je reprendrai ici la comparaison avec les nouvelles technologies : l'histoire de la micro-informatique c'est ça, c'est quelqu'un qui a bricolé en prenant à droite et à gauche sur la base de sa propre expérience et qui rencontre l'expérience de l'utilisateur ordinaire. Au final, nous avons la plus grosse entreprise au monde. Donc ce que tu fais, je pense que c'est l'avenir.

**Un participant :** J'espère qu'il y aura l'argent qui va avec !!!

**Un participant :** Il faut qu'on passe en bourse !

**Un participant :** C'est pour cela que la comparaison est un peu risquée, mais si on veut reprendre toutes les théories de la réflexivité de Dubet, de Singly, et ce que dit un anthropologue indien qui enseigne à Chicago : « *L'élément structurant, c'est l'expérience individuelle dans le monde global avec huit milliards d'habitants, l'élément qui structure, ce n'est plus la société, c'est l'expérience que font les individus.* » C'est exactement ce que tu viens de raconter, c'est la manière donc tu aurais, toi, produit ta propre sociologie. C'est elle qui marche, parce que cette sociologie-là rencontre ce qu'attendent les élèves infirmiers d'un enseignement en sciences humaines. On est dans le bricolage et ce n'est pas grave, cela rejoint ce que dit Latour sur l'idée que la connaissance est maintenant fondamentalement incomplète,

toujours imparfaite, toujours en mouvement. Donc à partir du moment où on accepte cette idée d'être un petit électron dans un ensemble qui est en mouvement sans arrêt et qui produit énormément d'énergie, on peut vivre avec ça. On peut bien vivre avec cette incohérence dans la mesure où on arrive à trouver sa posture dans un état stable de non équilibre. Je ne sais pas si c'est très parlant ce que je dis, mais c'est ce que j'entends dans ton discours.

**Un participant:** Il y a aussi quelque chose que je trouve très intéressant dans ce que vous avez dit sur « *la sociologie comme aide à l'autonomie de l'étudiant* ». Dans la matinée il a été dit que les enseignants en sciences humaines et sociales étaient dans les concepts et donc loin des professionnels, mais là ce que nous voyons, c'est une inversion, c'est-à-dire qu'une d'une certaine façon, vous aidez à l'autonomie de l'étudiant parce que parlez d'écart à la norme et là ce sont les professionnels qui sont dans le discours théorique très stéréotypé et normatif. Dans ce contexte la sociologie est du côté de s'intéresser à la cause, d'en expliciter les raisons, donc sur l'analyse de la réalité et non sur une posture théorique et j'ai trouvé cela très intéressant. Et puis comme vous parlez des exemples de leur vécu, que vous appréhender de mieux en mieux au fur et à mesure que vous les fréquentez, cela illustre bien votre démarche : les sciences humaines et sociales ont la volonté d'être concrètes, justement, dans la réflexion sur l'écart à la norme.

**Aude Girier :** D'une certaine manière on parle aussi des enjeux institutionnels. Nous débattions tout à l'heure sur l'idée que dès que nous nous institutionnalisons, nous perdons cette créativité. On ne peut qu'être d'accord avec cette idée par les expériences que nous avons. Le fait de ne pas être institutionnalisé me donne cette liberté d'innover, car je n'ai pas de compte à rendre à qui que ce soit. Personne ne me musèle en me disant de ne pas trop parler des écarts parce que cela serait dangereux, avec le risque que si je dis trop de bêtises les formateurs me disent « *On ne te reprend pas demain* ». Je ne suis donc pas sur un siège éjectable ! De plus le fait de ne pas être dans l'institution me permet d'avoir un regard externe et un peu critique : « *Attendez, là on voit bien qu'il y a un écart entre ce qui est prescrit et ce qui est fait* ». Comme je n'incarne pas le relais institutionnel, je peux dire cela.

**Un participant :** C'est lié au fait de ne pas être institutionnel en IFSI. Je suis bien d'accord sur l'inventivité de la précarité. Mais je le modérerais un peu : même si la précarité donne l'inventivité, il faudrait peut-être imaginer une précarité dans des statuts plus sûrs ! Oui à l'inventivité, oui à l'électron libre, mais les situations sociales absolument incertaines, je ne suis pas sûr que cela aide à l'inventivité !

**Aude Girier :** Oui et cela peut même museler.

**Un participant :** Vous seriez dans une position institutionnelle plus assurée en tant que sociologue. N'étant pas dans l'IFSI, vous pourriez tout autant être créative et critique.

**Aude Girier :** Oui, tout à fait.

**Un participant :** Le fait d'être un électron libre a pour conséquence que le retour ne passe pas par l'institution. Il passe par les étudiants. Ce sont en fait les formateurs en IFSI qui nous transfèrent le message donc nous avons un écho. Les premières fois que j'ai commencé à enseigner en IFSI, cela m'a étonné : je n'avais pas de retour institutionnel par les pairs, mais un retour concret via les remarques des étudiants. On construit avec ça et cela permet un cheminement. Pour reprendre ce qui a été dit ce matin, il y a un petit trouble sur l'aller et retour entre « concept et terrain » et c'est comme cela qu'on construit. De plus s'il existe des liens entre les lieux, la sociologie se retrouve entre plusieurs lieux, mais pas de manière formalisée écrite, officialisée. C'est nous qui sur le terrain arrivons à faire une sociologie qui permet d'intégrer tous ces lieux.

**Un participant :** J'ai une remarque : malgré l'universitarisation, le profil d'enseignant en sociologie que tu présentes existe toujours. Avec l'universitarisation, l'enseignement a été repris par l'Université. Auparavant, ton profil existait parce que les formateurs ne maîtrisaient pas la sociologie donc ils ne l'enseignaient pas et avaient recours à des personnes extérieures. Malgré ce processus d'universitarisation, le rapport particulier entre universitaire, formateur et étudiants existe toujours et cela me fait plaisir. Je voulais aussi ajouter que je trouvais pertinent cette ouverture sur l'interdisciplinarité, parce que nous sommes confrontés à des étudiants qui sont des futurs professionnels, l'enseignant en sociologie doit comprendre les situations vécues par eux. A partir de cette démarche on peut construire un enseignement adapté aux étudiants et aussi se positionner et savoir ce que l'on veut et où l'on va. Je

trouve que la sociologie est particulièrement adaptée pour aider les étudiants à comprendre ces situations complexes.

**Aude Girier :** Sur la première remarque, j'ai l'impression à partir de mon expérience qu'il y a eu une reconnaissance de ce triptyque. Avant la nouvelle réforme y avait des IFSI qui ne faisaient pas de sociologie parce qu'ils ne connaissaient pas de sociologue et ils faisaient des sciences humaines et sociales en faisant de « la psychanalyse » parce que le voisin de palier était psychiatre. La réforme a permis de faire passer l'idée que même s'il y a du bricolage pour faire de la sociologie, il vaut mieux avoir un sociologue. Cela a permis d'officialiser le recours au sociologue, de ne plus être seulement dans le bidouillage et de reconnaître qu'il existe des universitaires pour faire des sciences humaines et sociales.

Avant, avec l'ancien programme, j'arrivais et je disais : « Je suis universitaire, j'ai une thèse, je suis désolé, mais à l'APHP vous payez 24 euro de l'heure, ce n'est pas mon tarif, alors marchandons ! Je fais trois cours, vous m'en payez quatre ou cinq ». Il y a des IFSI où cela s'est bien passé, j'étais en forme ce jour-là, et d'autres où cela s'est moins bien passé. J'en rigole, mais le sujet ne prête pas à rire. Maintenant officiellement je suis universitaire, j'ai droit à tant de l'heure. Cependant, cela reste encore très aléatoire en fonction des marchandages qui persistent : il y a une forme de légitimité à marchander maintenant, parce qu'enfin je suis reconnu en tant qu'universitaire pouvant intervenir. Et ce n'est pas parce que je n'ai pas réussi à faire mieux, mais c'est un choix malgré le discours aussi de mes pairs universitaires qui me disent : « *Qu'est-ce que tu vas faire en IFSI, travailler avec des infirmiers ? Tu ne veux pas faire de la sociologie ?* ». Je parle d'argent, mais c'est un véritable enjeu : j'étais payé 24 euros de l'heure mais c'était normal, car je ne faisais pas de la sociologie, je faisais juste un petit truc. C'était l'image que me renvoyaient mes pairs universitaires. Maintenant avec la réforme, on envoie officiellement des universitaires faire des cours en IFSI et ils peuvent être payés autant que s'ils participaient à une autre formation, parce qu'il y a un taux horaire universitaire. L'argent n'est qu'un prétexte, mais il symbolise la reconnaissance du rôle de sociologue dans les formations IFSI. Cela change tout dans nos postures dans l'enseignement, avec aussi une reconnaissance dans le champ social. Nous ne sommes plus ni dans le bricolage ni dans le marchandage. Je trouve que la nouvelle réforme a au moins ce mérite-là, même si l'évolution de la situation n'est pas uniforme partout et que beaucoup de choses restent encore aléatoires. Je suis très optimiste et je préfère voir le verre à moitié rempli qu'à moitié vide. Il y a aussi sûrement des choses négatives, mais elles ne me viennent pas à l'esprit là.

**Un participant :** Cette logique doit beaucoup dépendre des acteurs locaux. A Caen, par exemple, le CHU est en faillite, le coût est resté à 24 euro de l'heure et c'est pour cela que c'est l'institutionnalisation d'un pré carré. Ou, comme dans l'enseignement, quelque chose à deux vitesses avec ceux qui ont le statut et ceux qui ne l'ont pas. Il y a ceux qui ont le concours et qui sont en première zone, et ceux qui ont le master sans le concours ils deviennent la seconde zone. Tout cela est peut-être lié à la situation du CHU de Caen, je ne sais pas.

**Un participant :** Je veux donner moi aussi une petite note d'optimisme. L'évolution de la formation infirmière a aussi permis de lancer la réingénierie des formations paramédicales. Par exemple, là où en j'enseigne en pédicurie-podologie, la sociologie contribue pour deux compétences : en premier la mise en œuvre des activités thérapeutiques, en second l'aide à l'amélioration de sa pratique professionnelle, et ce dernier point est vraiment très bien. De ce fait, on a réussi à négocier avec le ministère que la sociologie ne soit plus en S2 donc en première année, mais qu'elle soit enseignée en troisième année. Ce qui permet, avec la réflexion, la maturité et le début de la vie professionnelle, d'avoir un débat avec des étudiants différents. Donc la situation peut évoluer !

**Un participant :** Ce que j'entends depuis le début de la journée et que je trouve assez intéressant, c'est qu'on parle de cet aller-retour entre pratique et sociologie dans l'enseignement en IFSI, et apparemment les pairs universitaires sociologues vous ont dit : « *Qu'est-ce que vous allez faire en IFSI ?* ». Dans notre formation universitaire, on nous parle beaucoup en concepts et en notions et on ne revient pas souvent sur la pratique. Cela dépend ensuite des fonctionnements individuels, mais cette logique peut être très difficile pour certains étudiant de vraiment comprendre l'ensemble des enjeux lorsqu'on reste juste sur des logiques théoriques. Donc les IFSI nous donnent un bon exemple, de connaître le champ spécifique de responsabilité infirmière en lien avec l'urgence.

Dans les Universités, il devrait y avoir en permanence des discussions sur les pratiques et sur les différentes notions de sociologie ou d'anthropologie, parce que cela peut rester à un très haut niveau, où l'étudiant ne comprend rien du tout. J'ai un exemple : lors de ma première année de sociologie, j'avais une très bonne amie, qui m'expliquait la sociologie car elle comprenait très bien ce que le prof disait. Et ensuite elle me réexpliquait avec des mots beaucoup plus que les grands concepts, les grandes notions dispensés en cours.

**Aude Girier** : professionnelles comme les IFSI, mais il y a aussi la professionnalisation des Universitaires. Il y a aussi, liée à la loi d'autonomisation des universités, une tentative de professionnalisation des universitaires.

**Un participant** : Oui, une tentative. Je suis dans ce mouvement, je suis engagée comme sociologue ayant un doctorat et pratiquant la sociologie en tant que sociologue praticienne. En fait, l'Université en sciences humaines et sociales ne forme pas des praticiens, elle forme des chercheurs. Cette situation est en train d'évoluer, mais aujourd'hui le métier de "sociologue" en pratique n'existe pas en France.

**Un participant** : Mais ailleurs oui. Pour avoir assisté au Brésil à une discussion sur le but de la sociologie, un collègue brésilien disait : « *Nous, en tant que sociologues au Brésil, nous sommes beaucoup sollicités, nous avons beaucoup de travail, car il y a une grande demande d'expertise* ». En France, nous sommes encore loin de cette situation.

**Un participant** : Je pense que nous évoluons vers cette direction. La professionnalisation va aller en s'accroissant, car il y aura besoin de résoudre des problèmes de société graves et de plus en plus complexes. De la même manière que les médecins ont besoin des sciences humaines et sociales, d'autres professions seront dans le même besoin dans un sens pratique mais aussi avec une solidité conceptuelle certaine, et aussi avec des institutions, car nous en avons besoin, mais elles doivent devenir plus souples et orientées vers le transrelationnel.

**Un participant** : Je crois que c'est l'idée que développe Olivier Chadouin (2.11.30), il appelle cela « *la sociologie ancillaire* »

**Un participant** : Ancillaire, cela signifie quoi ? Qu'elle est faite par les femmes de ménage ?

**Un participant** : Non pas du tout, évidemment, l'idée est que la sociologie soit "une science utile".

**Un participant** : Dit de cette manière-là, c'est plutôt problématique. Le terme utilisé est un peu péjoratif.

**Un participant** : L'idée est que la sociologie soit "*au service de...*".

**Un participant** : Alors, dans cette logique-là, je préfère l'idée de "*sociologie clinique*" qui est plus pragmatique, que la sociologie universitaire.

**Un participant** : Je veux faire une remarque par rapport au débat que nous venons d'avoir sur l'évolution de la sociologie. Il y a eu à l'EHESS une journée de réflexion sur les thèses, avec comme questionnement : « Faut-il faire une thèse ? », une journée destinée aux étudiants de master. On a eu dans l'après-midi une intervention sur les sociologues praticiens qui a montré la diversité des parcours, le travail en entreprise, le conseil auprès de l'administration, le conseil auprès des politiques, avec comme enjeu de voir comment le sociologue peut accompagner le changement. Ce qui est amusant, c'est qu'il y a eu une autre session, où sont arrivés des enseignants et des doctorants de la mention sociologie, donc la "crème de l'EHESS", qui n'avaient pas assisté à la première intervention et ils ont tenu un discours complètement inverse que j'ai trouvé rétrograde. C'était : « Il n'y a pas de science sans un financement dénué de toute compromission », donc par exemple, pour eux, faire une étude financée par l'InCa, ce n'est pas de la science ! Ils distinguaient les quelques recherches élues qui pouvaient être financées par de "l'argent propre" et tout le reste n'était pas intéressant.

**Un participant** : Le reste c'est "la plèbe" finalement !

**Un participant** : Ils sont en train de transformer la sociologie et l'anthropologie en sciences mortes.

**Un participant** : C'est effectivement foncer vers l'impasse.

**Un participant :** Il n'y a plus d'argent "propre", dans la mesure où même les gros laboratoires sont obligés pour être financés d'avoir des projets annuels. Les financements "propres" des gros laboratoires ont été réduits comme peau de chagrin.

**Un participant :** "Propres" dans quel sens exactement ?

**Un participant :** Ils s'enferment dans des petites bulles.

**Un participant :** Malgré tout, les modèles bougent. Il y a des jeunes thésards, des jeunes chercheurs – mais plutôt en biologie ou dans les sciences dures – qui se regroupent pour publier, non pas dans les circuits habituels mais sur le Net. Par exemple, le groupe qui s'appelle HackYourPhD. Il y donc de nouvelles démarches, et pas seulement dans les sciences humaines et sociales ou la santé. Nous sommes dans un monde qui bouge beaucoup.

**Un participant :** Nous participons aussi à cette démarche, nous ne sommes pas en dehors. Nous pouvons considérer que nous faisons partie d'un mouvement, et même que nous créons quelque chose et notre enjeu est de savoir continuer. C'est le sentiment que j'ai aujourd'hui par rapport à l'année dernière, par exemple, quand je vois l'évolution de notre séminaire.

## SYNTHÈSES – FILS ROUGES

par Rosane BRAUD, sociologue  
Frédéric DUGUÉ, interne en santé publique  
Virginie LANLO, consultante en communication et formatrice

### Rosane BRAUD

Il y a des thématiques qui émergent : « inter », « pluri », « multidisciplinarité ». Une autre chose qui m'a particulièrement marquée dans la journée – bien sûr c'est un regard personnel – c'est la question des productions des savoirs et de la réappropriation des savoirs, par les acteurs professionnels et les futurs professionnels. Il y a aussi la question des inégalités sociales de santé, qui je pense participe grandement à certaines prises de conscience.

Je donne un peu mes thèmes pêle-mêle, mais il me semble qu'il y a aussi l'évolution des actions politiques, et non pas seulement des politiques publiques (bon, cette nuance est un autre débat), mais il y a une évolution des actions politiques qui promeuvent tout ce qui est participation, émancipation, citoyenneté ; « participation active », « émancipation par l'expérience individuelle » comme on l'évoquait tout à l'heure, donc toutes ces notions-là prennent de plus en plus de place et ont été assez importantes, en tout cas à mes yeux aujourd'hui.

Il me semble que ce sont autant d'éléments qui font évoluer et qui structurent la demande sociale aujourd'hui. La demande sociale de sciences sociales de manière générale.

Je vais maintenant m'intéresser un peu plus à ce qui s'est passé cet après-midi. Il me semble que les deux contributions ont pour point commun de partir de cette demande sociale. Dans le cas du GERMES, il a une demande qui émerge des professionnels de santé : on a besoin de sociologues ou d'anthropologues pour nous aider. C'était en tout cas ce qui ressortait du texte qu'ils avaient envoyé. Cela s'est moins ressenti aujourd'hui à l'oral, mais c'est ce qu'ils expliquaient dans le texte. Dans l'exposé d'Aude Girier, c'était une demande de politique, donc passant par la loi, mais aussi en amont venant des écoles d'infirmières, des professionnels, pour faire évoluer leur formation.

Il me semble que ces expériences posent des questions transversales dans les deux interventions, qui sont le jeu de la frontière entre les champs disciplinaires et ce qu'on fait de cette frontière :

- comment repérer des chercheurs ? Où les trouver ? Ce sont des questions pragmatiques, mais essentielles pour faire le pont entre sciences sociales et sciences médicales ;

- comment réunir les chercheurs et les acteurs professionnels de santé ? C'est le problème du temps, et des temporalités diverses : cela été évoqué quand il a été dit que pour les médecins il est plus facile de mobiliser une journée que deux heures.

Il me semble que ces questions très pragmatiques renvoient à une autre qui a été également soulevée aujourd'hui, celle de la reconnaissance institutionnelle de ces activités qui font un lien entre sciences sociales et sciences médicales. Comment l'institution nous permet ou nous contraint dans ces activités-là. Donc une reconnaissance extra-universitaire (là je parle en tant que sociologue qui a des activités en dehors de l'Université) mais aussi intra-universitaire, parce qu'avec l'expérience du GERMES on voit qu'il faut des attaches universitaires pour cette entreprise. Cela pose la question du temps allouable, la question de la rémunération, de la valorisation de ces activités. Donc celle de la légitimité tout simplement.

Avec ces expériences dans le cadre de la recherche, il y a des difficultés de réponses à des appels d'offres, les intervenants du GERMES nous l'ont bien exposé. Chacun pose le problème selon un mode de raisonnement disciplinaire, il y a des difficultés à discuter ensemble et une nécessité de mettre à plat les mots et notions utilisés par chacun. Ces raisonnements disciplinaires peuvent d'ailleurs apparaître contradictoires, ils peuvent poser un problème de cohérence dans la rédaction d'une réponse à un appel d'offres, pour obtenir un financement, mais aussi pour l'orientation générale d'une action collective.

Dans le cas de l'enseignement, que ce soit dans les IFSI ou pour le suivi de thèses évoqué par le GERMES, je reprends carrément ta question, Aude. Tu as demandé : « Pourquoi et comment faire faire de la sociologie et de l'anthropologie à des infirmières ? ». Il me semble que cette question appelle à faire des choix, et c'est ce que tu as dit : un choix du sociologue, de l'anthropologue, sur qu'il veut faire par son intervention. C'était aussi l'objet de l'exposé de Laurent ce matin. Il faut se demander : « Dans quel objectif j'interviens ? ».

J'essaie de résumer ainsi les questions soulevées aujourd'hui, même si ma liste n'est pas exhaustive, et je me dis que, dans le fond, toutes ces difficultés et ces questions en posent encore une autre : « Que fait-on de la demande sociale ? ». Comment faire avec les attentes émanant, à la fois, d'un commanditaire d'une recherche, donc les attentes de l'institution, et celles des professionnels, des formateurs en IFSI ? Qu'est-ce qu'on fait de ces attentes et, de l'autre côté, des objectifs et des raisonnements de la communauté scientifique ?

On parle des universitaires qui ont des objets différents, ou en tout cas définis comme différents de ceux des professionnels en action. En gros, pour ceux qui sont du côté de la demande, si je peux caricaturer les rapports comme ça, il y a une volonté d'agir sur une réalité. Une réalité qu'ils énoncent par la formulation même de la demande qu'ils adressent aux chercheurs. Le chercheur, lui, s'intéresse plus à décrypter la manière dont est construite cette réalité à partir de la question qui lui est posée. Donc il s'intéresse moins à la réponse qu'à la question qui lui est posée. C'est dans cette ambiguïté-là que les difficultés se posent. On a vu dans ton intervention, Aude, que cette difficulté pensée comme insurmontable peut parfois être contournée quand on change de posture et qu'on entame une négociation.

Cette deuxième session était conçue pour faire émerger de nouvelles connaissances. A cet égard, les deux interventions m'amènent à une conclusion qui rejoint ce qu'a évoqué ce matin Christophe Perrey : avant de pouvoir construire des savoirs communs entre sciences sociales et sciences médicales, il faut que chacun trouve sa place sans pour autant vider la vocation des disciplines. Donc travailler ensemble, oui, mais ne jamais perdre de vue la spécificité de chaque discipline. Je me situe là en tant que chercheur : mon objectif n'est pas forcément de répondre à la question qui m'est adressée mais de comprendre pourquoi la question émerge. La réflexivité pour le chercheur est à mon sens sur le comment je vais pouvoir répondre à leur question et comment je vais négocier, mais la production du chercheur reste toujours sur le pourquoi on me pose cette question. Donc, comme cela été dit cet après-midi, mieux se connaître est essentiel. J'ai noté ces commentaires lors de l'intervention du GERMES : « On apprend petit à petit à se connaître » ; « On se connaît suffisamment pour pouvoir comprendre qu'on peut faire des choses ensemble ». Donc avant de pouvoir construire un savoir commun, il faut se connaître, prendre ce temps de discussion, d'observation, de mise à plat, de compréhension épistémologique et des enjeux méthodologiques de chacun.

## Frédéric DUGUÉ

Sans que nous l'ayons particulièrement anticipé, Rosane et moi avons imaginé deux fils rouges complémentaires. Rosane a montré un ensemble de questions pouvant être soulevées à l'écoute des interventions d'aujourd'hui. Je souhaite à présent vous soumettre quelques propositions de réponses pouvant, selon moi, être apportées par notre association. J'ai essayé pour cela de mettre en perspective ce séminaire avec le précédent et de garder à l'esprit l'objectif permanent – régulièrement rappelé par Matthieu – de poursuivre la construction de notre projet en avançant régulièrement d'un cran, et en tâchant de ne pas en rester à des constats. Je me suis concentré sur le sujet, commun aux deux séminaires, des tentatives de rapprochement entre le monde de la médecine – et de la santé publique, ajouterais-je – et les sciences humaines et sociales.

De nombreux éléments entendus aujourd'hui font écho au séminaire de l'année dernière, me laissant penser qu'un certain nombre de "fondamentaux" sont en train de se solidifier, de se consolider au sein de l'association. C'est le cas des questions institutionnelles récurrentes, telles que le constat du paradoxe entre une demande sociale indéniable vis-à-vis des SHS (pour répondre au besoin de comprendre la complexité, notamment) et les difficultés de mise en œuvre dans la pratique. Le manque de reconnaissance. On en vient à constater un "double discours", sous-tendu par un rapport de domination disciplinaire et de pouvoir universitaire, situé du côté de la médecine, ainsi que par des craintes de récupération et d'instrumentalisation, vécues du côté des sciences humaines et sociales.

Deuxième constat, ce sont aussi deux univers qui se rencontrent : « *La montagne biomédecine et la mer sciences humaines et sociales* » (Cécile Fournier en 2012), poussant des « *explorateurs* » à voyager entre les deux (Laurent Marty), en suivant des « *trajectoires complexes et enchevêtrées* », des « *parcours sinueux* » (Christophe Perrey), des « *cheminements* ». On perçoit ici, dans la notion de trajectoire, quelque chose d'essentiel qu'il ne faut sans doute pas ressasser à l'infini, mais qui fait partie du dénominateur commun d'une bonne partie des personnes intéressées par l'objet de cette association. Autre récurrence : la façon dont ces personnes se voient placées dans des positionnements problématiques.

On avait parlé l'année dernière de questionnements et de « *quêtes identitaires* » (Dorsafe Bourkia en 2012), du fait de se retrouver avec « *deux casquettes* » (Matthieu Lustman et Dominique Le Bœuf en 2012), ou « *entre deux chaises* ». L'association permet ici de mettre en évidence l'émergence de ce sentiment des deux côtés, en miroir. Les professionnels de santé se tournant vers les sciences humaines et sociales sont troublés de se trouver dans un « entre deux ». Mais les professionnels des sciences humaines et sociales s'interrogent également pour leur compte : « *Où suis-je sociologue ?* » se demandent-ils lorsqu'ils enseignent aux professionnels de santé (Aude Girier). Quelle est la place des sociologues praticiens (Isabelle Bourgeois en 2012) ? Où se situe notre légitimité ? On a même parlé d'un sentiment d'être « *partout et nulle part, mais ici* » (Anne Vega) ou, à l'extrême, l'année dernière, d'un « *statut d'errance* ».

Si l'inconfort peut aussi, malgré la gêne, être stimulant, on a souligné les limites de l'inventivité naissant dans la précarité. Or cette précarité, souvent financière, peut aussi être le fruit d'une légitimité difficile à construire. On a noté enfin que si la réflexivité est favorisée chez les praticiens de santé et les étudiants par les sciences humaines et l'interdisciplinarité, elle est également suscitée chez les explorateurs qui naviguent d'un côté à l'autre.

Il ne s'agit cependant pas d'en rester là. Comment dépasser ces constats ? Déjà l'année dernière, la question essentielle était pour notre association : « *Que faire en pratique ?* ». L'erreur serait de rester dans l'exploration épistémologique, de devenir des « *experts des experts* » (Matthieu Lustman en 2012). Le titre du séminaire, l'idée de « *savoirs et pratiques cachés entre les disciplines* », nous met sur la voie. Mon sentiment personnel est qu'au long de ces deux séminaires est apparue toute une gamme de "bricolages", savoir-faire et pratiques plus structurées, qui sont à même d'« *activer les rapprochements* » (Claire Georges) entre médecine / santé publique et sciences humaines et sociales.

Tout commence avec de l'essaimage, de la sensibilisation à l'intérêt des sciences humaines et sociales dans le champ de la santé. Vient ensuite l'ingénierie pédagogique. Il s'agit de la manière de structurer un programme d'enseignement de sciences humaines et sociales adapté au type de professionnels rencontrés et à leur maturité (Aude Girier). C'est aussi le repérage des leviers à mobiliser et des bons exemples à

employer pour atteindre son public : les écarts à la norme, qui vont ébranler les représentations des professionnels, ou encore la contribution potentielle des sciences humaines et sociales à la construction d'une identité professionnelle (Annie-Joëlle Priou-Hasni). Sur d'autres plans, des savoir-faire en matière d'exploration, d'insertion dans des réseaux existants et de sollicitation des bons interlocuteurs ont aussi été montrés.

D'autres portent sur les manières de se présenter, de convaincre, de recueillir une demande, de se rendre utile. Viennent ensuite des savoir-faire en matière de traduction de concepts, de création d'un vocabulaire partagé, de transposition de théories, bref le fait de jouer le rôle de « passeurs ». En pratique, il s'agit aussi de faire se rencontrer les acteurs, d'organiser le débat, le « *mélange* », le « *brassage* »... (Anne-Chantal Hardy-Dubernet, Didier Lecordier, Jean-Paul Canévet, Maud Jourdain). Plus ardu, on a aussi mis en exergue un travail de négociations, comme le fait d'« *écrire à deux mains* » (Christophe Perrey), une façon de poser les questions, de problématiser, de faire des adaptations, des « *ajustements* » (Anne Vega et Guillaume Coindard en 2012). Ce sont encore, pour les chercheurs, des stratégies d'accès au terrain. Et quand tout cela fonctionne, l'aboutissement est de réussir la co-construction d'objets, ainsi que la co-direction de travaux de recherche.

Ces tentatives de rapprochements constituent tout un travail en soi, aux formes multiples, souvent empirique. Il suppose des savoir-faire qui sont à la fois ancrés (dans un contexte) et incarnés (portés par des individus). Telle pourrait être la proposition de notre association : dans une « économie de la connaissance » où l'on produit, ordonne, met en forme et fait circuler des connaissances, l'association aurait tout intérêt à capitaliser sur cette créativité-là, qui existe déjà. Elle éviterait à coup sûr de se juxtaposer ou de se superposer à des démarches existantes. Commençons par rendre visible cette richesse et l'explicitier dans les productions de l'association. C'est, je pense, l'enjeu du groupe de travail « état des lieux » que d'inventorier ces savoir-faire et de donner des repères pour que d'autres puissent les mobiliser et s'orienter dans leurs propres trajectoires.

Un autre élément, sous-jacent dans les échanges et les sujets abordés, doit enfin être souligné. Le rapprochement entre sciences humaines et santé n'intéresse pas que la satisfaction intellectuelle d'une poignée de personnes réunies un samedi après-midi. Il permet tout d'abord de soulever des questions de méthodologie de recherche, ce qui est un bon début. Il peut ensuite contribuer à une meilleure problématisation des questions traitées, ce qui est un apport de plus. Mais il doit aussi continuer à susciter un abord des questions de santé suivant une perspective critique. Il reste en effet fondamental pour les sciences humaines de rappeler les enjeux politiques et techniques profonds des questions qu'ont à traiter la médecine – surtout si elle se dit "humaniste" – et la santé publique.

### Virginie LANLO

Très brièvement, deux mots ressortent des trois interventions de la matinée : le pouvoir et la reconnaissance.

J'ai entendu un fort besoin de reconnaissance de son métier, sa formation, son expertise et ses valeurs. Une volonté aussi de partager plus largement sa vision, avec son approche disciplinaire.

La confrontation au pouvoir est revenue à chaque intervention, qu'il soit institutionnel, avec une hiérarchie des métiers, c'était le cas de Christophe Perrey dans un institut de santé publique, ou le pouvoir de la discipline exercée, ou encore la confrontation du pouvoir médical avec les étudiants infirmiers, exposé par Annie-Joëlle Priou-Hasni. Mariana Le Carpentier, dans son intervention « Hôpital, PASS, territoires », fait le constat d'une catégorisation des métiers à l'hôpital : les nobles et prestigieux d'un côté, et puis les autres.

Le monde est en mouvement permanent. Laurent Marty, introduisant le séminaire, nous parlait d'exploration, Christophe Perrey de carnet de bord. Nous voyageons dans des mondes à découvrir faits d'échanges et de liens.



# CONCLUSION

par Matthieu LUSTMAN,  
médecin généraliste, sociologue

Il est difficile de conclure une telle journée, il faudrait avoir un temps de recul pour réaliser une synthèse qui fasse sens. Puisque les deux fils rouges ont repris les points les plus significatifs du séminaire, je conclurai plutôt de manière réflexive sur l'évolution de l'association en matière de réflexion, de problématisation, d'outils pratiques et de pistes pour le futur.

Dans les propos que nous avons échangés, il y a eu un débat récurrent : théorie d'un côté, pratique de l'autre. Il s'agit d'un débat éminemment classique mais qui fait encore sens de nos jours, nous sommes bien loin de l'avoir épuisé. Cette confrontation structure en partie le dialogue entre le monde des sciences humaines et sociales et le monde de la santé : l'un est "accusé" d'être trop théorique, de se perdre dans des sphères lointaines, l'autre d'être prisonnier de la routine, des habitudes, et d'avoir du mal à conceptualiser et à comprendre ses pratiques. La seule manière d'éviter ce débat stérile est bien de prendre le temps de penser l'interdisciplinarité. Une association qui se donne cet objectif doit elle-même s'y confronter : il serait paradoxal de se limiter au versant théorique de l'interdisciplinarité ou à son versant pratique. Comment arriver à cet objectif ?

Avant de répondre à cette question, un bref rappel historique et réflexif. Lorsque nous avons créé l'association, l'idée d'avoir un espace interdisciplinaire, voire transdisciplinaire, s'est imposée d'elle-même. En partie parce que nous étions en échec dans nos associations, dans nos instances ou nos projets respectifs : nous avions besoin d'être ensemble, voire tout simplement de nous parler. Nous avons peut-être tous fait le même constat : malgré la meilleure volonté, il est difficile d'échapper à la logique de chapelle, de ne pas rester rivé aux paradigmes dominants de sa discipline. Nous avons appris à fonctionner de telle ou telle manière, mais nous n'avons pas appris à nous confronter, à partager avec d'autres disciplines.

Alors comment faire, quand la volonté politique et scientifique nous incite à l'interdisciplinarité, sans que la méthode soit clairement définie ? Avant d'élaborer des projets en commun, avant de construire de nouveaux savoirs, il faut peut-être en premier lieu disposer d'un vrai temps pour apprendre à se connaître et s'interroger sur ce qu'on souhaite construire concrètement. La réponse que nous avons trouvée a été l'association SHS. Cependant nous nous sommes rapidement aperçus que si le projet s'imposait d'évidence, l'objet en lui-même, « réflexion et pratique de l'interdisciplinarité », demeurait encore flou. Concrètement qu'est-ce que l'association allait proposer en dehors de se réunir, discuter et réfléchir ensemble ? Si nous avions répondu tout de suite, avant de constituer l'association, avec un superbe point de vue théorique, nous aurions été dans l'erreur. Il fallait que le flou préexistât. En effet, comment prévoir ce que pouvait être l'association avant de nous être réunis, avant d'avoir déjà appris à élaborer en commun ? Si nous voulions réellement construire une association transdisciplinaire, elle ne pouvait être pensée uniquement dans la tête de ses premiers fondateurs, il fallait qu'elle soit transdisciplinaire dans le mode même de son élaboration.

Ainsi, sans que cela soit réellement pensé, conceptualisé d'un point de vue théorique, peu à peu, par le jeu de la démocratie, du dialogue et de nos rencontres, le projet s'est affiné. Le "flou" a laissé la place à une vraie problématique, des outils ont été élaborés. L'association SHS résulte d'un véritable projet de co-construction. Ainsi le séminaire a évolué sur le fond et dans sa forme. De simple témoignage au départ, il est devenu recherche des savoirs cachés à la frontière des disciplines, pour bientôt se focaliser sur un thème particulier. A côté du séminaire, nous avons créé petit à petit nos outils de travail, comme les quatre groupes de travail qui permettent un temps de réflexion continue. Ils portent à la fois sur la forme : comment développer l'association pour que la réflexion sur l'interdisciplinarité soit possible, et sur le fond avec un groupe qui a pour objectif d'analyser le séminaire. Ce séminaire devient ainsi notre matériel empirique (comparer les interventions, étudier le type de savoir et les modèles pratiques proposés,

analyser la dynamique des débats, etc.). Par ailleurs, un groupe de travail « état des lieux des rapports entre sciences humaines et sociales et monde de la santé » a pour objectif d'élaborer dans un premier temps une cartographie des structures qui travaillent en pluri-, inter-, ou transdisciplinarité, et dans un deuxième temps d'élaborer une recherche sur les savoirs et les pratiques d'interdisciplinarité. A côté du séminaire et des groupes de travail, nous commençons à développer des soirées à thèmes. Nous avons déjà réalisé une présentation du pôle de recherche interdisciplinaire à Ivry, nous en prévoyons d'autres, soit un thème de recherche précis sur lequel travaille un des membres de l'association (comme la précarité avec les PASS hospitalières), soit un échange plutôt centré sur les objectifs directs de l'association comme la pédagogie ou des projets de recherches interdisciplinaires. L'enjeu est à la fois de réfléchir sur l'interdisciplinarité et de favoriser projets et recherches interdisciplinaires.

A côté du séminaire, des groupes de travail et des soirées à thème, nous commençons à développer des partenariats, notamment avec la FEALIPS, qui nous accueille dans ses locaux, avec le GROUM F qui est un groupe de médecins généralistes qui fait de la recherche qualitative, avec la MSH du Nord, qui nous subventionne cette année et nous permet de mieux accueillir nos intervenants, avec la revue médicale *Prescrire*, qui souhaite co-écrire avec nous des articles sur la médecine générale à travers une analyse "sciences humaines et sociales". La revue *Prescrire*, qui est dans une démarche biomédicale, reste encore dans le paradigme des "sciences dures" à la recherche d'un savoir validé, référencé, type *Evidence Based Medicine* ou "médecine fondée sur les faits". Ils sont prêts à réfléchir avec nous pour voir de quelle manière nous pourrions co-écrire des articles. Un partenariat est en train de s'ébaucher avec une association d'art-thérapie et des contacts sont esquissés avec le RT 19 de l'AFS (Association française de sociologie) et AMADES (anthropologie).

Nous sommes donc plus qu'un simple espace de rencontre, nous avons des objectifs concrets. Et comme cela peut se deviner entre les lignes du paragraphe précédent, l'enjeu de notre association est maintenant d'arriver à être en permanence sur les deux versants (théorique et pratique). Nous devons essayer de construire en nous appuyant sur ces deux piliers, et cela à tous les niveaux. Il faut à la fois que l'association soit un lieu de réflexion, un temps de pause réflexive aussi bien pour les soignants que pour les chercheurs en sciences humaines et sociales, un temps d'apprentissage réciproque des logiques et des paradigmes des autres disciplines, un temps de distance critique vis-à-vis de notre propre discipline, un temps de compréhension des enjeux et des pratiques des autres disciplines, un temps d'élaboration des savoirs sur ce qui se passe lorsque les disciplines se confrontent et interagissent, un temps d'élaboration d'outils pratiques pour favoriser l'interdisciplinarité, de production d'articles pour diffuser et rendre visible le savoir que nous produisons entre nos quatre murs, mais aussi un temps d'aide pratique pour chacun des membres de l'association. Dans l'idéal il faudrait que l'association soit un lieu où chacun puisse venir réfléchir, apporter sa contribution intellectuelle, comprendre l'autre, proposer des séminaires en partenariat, et recevoir une aide utile dans sa propre démarche (l'idée de créer une unité de recherche a été évoquée). L'idéal serait d'arriver à totalement lier théorie et pratique. Tant sur le fond que dans la forme, l'association doit incarner l'inter-transdisciplinarité.

Dans cette logique, le séminaire, les soirées à thème et les groupes de travail représentent le temps théorique. A côté de cela, nous avons aussi réfléchi à la constitution d'outils pratiques qui facilitent concrètement la démarche inter- et transdisciplinaire et qui relèvent aussi d'une logique progressive de co-construction. Ces outils sont :

- **l'élaboration d'un annuaire.** Pour les formations ou les colloques, les soignants sont souvent à la recherche d'un chercheur en sciences humaines et sociales et ils ont du mal à en trouver. Ils doivent activer leurs réseaux et cela prend du temps. L'idée est de construire un annuaire où seront spécifiés les thèmes, les domaines d'intervention de chacun. Cet annuaire pourra avoir une utilité en interne, en permettant à un membre de l'association qui effectue une recherche de trouver des personnes ressources pour avancer dans sa réflexion ;
- **un accompagnement concret pour les projets de recherche interdisciplinaire.** L'idée serait de proposer un temps de rencontre et d'aide méthodologique ;
- **une aide pour la recherche et la gestion des appels à projets.**

On cherche à :

- **briser la solitude des chercheurs.** Il s'agit, via l'association, de permettre la rencontre de chercheurs travaillant sur des sujets similaires, afin que chacun puisse discuter de ses recherches ;
- **favoriser la construction d'équipes transdisciplinaires pour des projets de recherche ;**
- **créer un site Internet pour la gestion de ces outils ;**
- **réaliser une carte de l'ensemble des associations et structures qui travaillent sur des thématiques proches ;**
- **étudier les pratiques et les savoirs cachés de l'interdisciplinarité ;**
- **proposer des séminaires en partenariat ;**
- **produire des recherches interdisciplinaires ;**
- **produire des actes de nos séminaires afin de disposer de données empiriques et de diffuser les échanges ;**
- **produire des articles de synthèse sur les séminaires ;**
- **co-écrire des articles avec des revues du monde de la santé ou de sciences humaines et sociales.**

Ces objectifs sont ambitieux et ne seront atteints que petit à petit, en fonction de l'évolution de l'association. Certains des outils proposés ici sont déjà élaborés, d'autres en cours de préparation et les derniers encore à l'état de projet.

L'association SHS ne vise pas à refaire ce qui a déjà été fait ailleurs. Son rôle est vraiment de recouper, regrouper, innover, et faire aussi le bilan de ce qui existe déjà. Pourquoi pas d'ailleurs, à long terme, imaginer un **regroupement** d'associations. Il ne s'agit surtout pas de se donner des défis impossibles, mais de rester réalistes tout en innovant peu à peu.

Pour conclure, nous vous invitons tous à nous faire des retours, à venir participer à nos groupes de travail, à nos soirées à thème et nous aider à construire la carte des structures interdisciplinaires, en nous faisant part des réseaux et des structures que vous connaissez. A cet effet nous vous adresserons un questionnaire.

Nous vous attendons tous pour le prochain séminaire d'octobre ou de novembre 2014, qui sera cette fois sur un thème précis.

\*\*\*