

Quand les professionnels de la santé parlent...



...aux professionnels des sciences sociales

LUNDI 28 NOVEMBRE AU JEUDI 1^{ER} DÉCEMBRE 2011
SAINT-DENIS DE LA RÉUNION

Université de La Réunion – Campus du Moufia

Amphi Lacaussade (400) de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines

Colloque organisé par l'UFR Santé de l'Université de La Réunion, la Direction des Relations Internationales, la Faculté des Lettres et Sciences Humaines, la FedEBS., L'ARS, l'IRT, l'ARADE, l'IRD, l'ENSAM, Danone, Gallia, Blédina et la GMF ;

Avec la participation du laboratoire LCF de l'Université de La Réunion

Contact : laurence.pourchez@univ-reunion.fr — Inscriptions sur le site de l'Université de La Réunion



Résumés des communications

Session I – Anthropologie

Jean Benoist (conférence inaugurale)

L'anthropologie médicale, entre la « maladie du médecin » et la « maladie du malade »

Les progrès d'une médecine devenue techniquement plus efficace et socialement plus accessible, s'accompagnent de la croissance à la fois de contestations idéologiques et de recours ou de soins appuyés sur des références extra-médicales.

Cela a des conséquences pratiques en matière du comportement et des choix thérapeutiques des malades, en matière d'observance des soins et des conduites de prévention, en matière de communication quant au diagnostic et à l'étiologie, en matière d'orientation et de contenu de « l'éducation pour la santé ». L'apport des sciences humaines, tout particulièrement de l'anthropologie médicale, est alors de permettre d'explorer l'univers des malades, de connaître leurs représentations de la maladie et de ses causes, et d'accéder à la logique par laquelle ils articulent des formes de soins contradictoires.

Après un inventaire de divers modes de recours et des logiques auxquelles ils réfèrent (en particulier à La Réunion), on verra comment le regard complémentaire sc.médicale/sc.humaines permet contribue à comprendre ces problèmes et éclaire les choix nécessaires.



Laurent Vidal

Comprendre les sciences sociales de la santé pour dialoguer avec les acteurs de la santé

A partir de d'une expérience d'anthropologue de la santé travaillant dans les pays du Sud (autour de recherches menées en Afrique de l'Ouest, à partir du sida, de la tuberculose, du paludisme ou de la santé maternelle), je souhaite défendre l'idée que les apports des sciences sociales aux « questions de santé » – telles que définies ou vécues par les malades, les soignants et les « acteurs » de la santé publique – sont tributaires de la capacité de ces disciplines à penser leur propre pratique. Le détour épistémologique proposé – réfléchir sur sa propre discipline pour mieux comprendre les situations observées – se concrétise notamment dans la relation complexe entretenue, dans le quotidien de ses recherches, par le chercheur en sciences sociales avec les acteurs de la santé. Seront par conséquent successivement évoqués le rapport du chercheur à la demande (qui la formule ? comment se l'approprier ? quelles recherches se déploient hors demande ?), la mise en place et le déroulé concrets de la recherche (situations où le professionnel autorise la recherche tout en en étant parfois l'objet), et la restitution des résultats de la recherche. Décrypter ces trois moments, comprendre cette « fabrique » de la recherche, revient simultanément à saisir comment se noue, se caractérise le dialogue avec les interlocuteurs du chercheur dans le monde de la santé. Ce faisant nous verrons que ce retour sur soi, sur sa pratique (comment mener une recherche par exemple anthropologique, dans le champ de la santé, comment dialoguer avec la santé publique ?...) est la condition de l'ouverture vers les autres disciplines et vers ceux qui, au quotidien, préviennent, soignent et organisent la santé : cela définit une épistémologie appliquée.



Françoise Loux

« Je ne savais pas que je le savais... » Entre soignants et ethnologues : les savoirs des malades

Réflexions à partir de plusieurs années d'enseignement ou plutôt de sensibilisation à l'anthropologie lors de formations continues de soignants. Mettre de côté son propre savoir pour prendre comme départ le terrain, les savoirs profanes exprimés ou souterrains. Parentés et différences entre la posture du soignant et celle de l'anthropologue.



Bernadette Tillard

Quand les cadres de santé doutent de la santé publique ; Cadres en formation face à la vaccination contre la grippe A (H1N1)

Les professionnels de santé ne constituent pas un monde homogène, mais un univers professionnel où les divergences s'expriment à l'occasion de crises sanitaires. L'expression des cadres en formation sur leur approbation ou leur résistance à l'égard de la vaccination contre le virus A H1N1 peut être prise en exemple de tiraillements existant au sein même de la médecine. Leurs choix se font en considérant à la fois leur proximité avec les malades et la légitimité qu'ils reconnaissent à la médecine. Cependant, ils ne tiennent pas seulement compte d'arguments médicaux ou professionnels, mais relèvent également de leur posture extra-professionnelle en tant que personnes ayant leurs propres représentations de la maladie et du vaccin, ou encore en tant que citoyen averti portant un regard sur l'organisation du système de santé publique.



Laurence Pourchez

Mieux connaître les patientes pour une meilleure intervention

Je m'appuierai, pour cette communication sur deux études complémentaires : la première, initiée en 1993 concerne les savoirs des femmes des Mascareignes, la seconde (achevée en 2010 et conduite avec Sandrine Dupé) les mères mineures réunionnaises. Ces deux études, a priori différentes l'une de l'autre, ont mis en évidence un décalage entre le discours médical, celui des travailleurs sociaux, des médias (qui ne font souvent que diffuser ce qui leur a été dit par ces mêmes professionnels de santé ou travailleurs sociaux) et celui des femmes concernées par les enquêtes. Ces décalages peuvent notamment être identifiés par rapport aux préjugés, voire aux jugements de valeurs observables chez certains professionnels de la santé (mais pas seulement chez eux) tels que « l'ignorance des femmes », ou « les grossesses précoces chez des jeunes filles immatures qui donnent naissance à des enfants sans père ». Dans un tel contexte, le rôle de l'anthropologue apparaît comme fondamental : il fournit certaines clés de compréhension tant des phénomènes sociaux que des savoirs populaires eux-mêmes. Pour reprendre une phrase écrite par Françoise Loux (1979) : « Pour pouvoir les transformer, il faut d'abord les reconnaître ».



Dolorès Pourette

Les violences envers les femmes à La Réunion. Retours sur une enquête

La première enquête de grande envergure sur les violences à l'encontre des femmes de La Réunion a été conduite en 2002 et 2003, dans la continuité de l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF). A partir d'une enquête statistique auprès de 1 200 femmes et d'entretiens approfondis auprès de 35 femmes¹, l'enquête apporte des données sur les différents types de violences (physiques, sexuelles, psychologiques) que les femmes subissent dans leurs différents cadres de vie, notamment le cadre familial et conjugal. Ce colloque sera l'occasion de revenir sur les principaux résultats de l'enquête et sur la manière dont ils peuvent orienter les pratiques des professionnels de la santé.



Sandrine Dupé

Le pragmatisme en santé à La Réunion – Exemple des maladies vectorielles

Comment donner sens à des pratiques et perceptions de la santé a priori contradictoires ? Nous allons revenir sur l'épisode du chikungunya, qui s'est avéré être un miroir déformant de la société réunionnaise, en révélant certaines logiques culturelles souterraines (aux yeux des métropolitains) et les forces sociales à l'œuvre sur le territoire.

En interrogeant les notions de vrai de faux, de logique, d'illogique, de rationnel et d'irrationnel qui sous tendent les croyances, pratiques et perceptions sur les maladies vectorielles à La Réunion, nous verrons que la diversité des interprétations de la maladie peut devenir la clef même d'analyse des conduites en santé à La Réunion. Cette diversité est le marqueur du pragmatisme des réunionnais, dont on peut trouver les racines dans l'histoire et les processus de créolisation propres à l'île.



Marie-Christine Pouchelle

Anthropologie et Médecine. « La transgression au bloc opératoire : Règles, protocoles et rituels en matière d'asepsie »

L'anthropologue vient-elle, au bloc opératoire, voir « *si on a un os dans le nez* » (un chirurgien) ? Y a-t-il pour elle, qui n'est ni chirurgienne, ni médecin, ni infirmière, quelque chose à voir là, en dehors d'une curiosité malsaine proche du voyeurisme ? Puisque le bloc « *c'est concret* » (une externe), l'ethnologie, qui traiterait des aspects culturels et symboliques, n'aurait rien à y faire.

Pourtant le poids du facteur humain, comme on dit en aéronautique, commence à être reconnu chez et par les professionnels du bloc opératoire. Ainsi en va-t-il en ce qui concerne les règles absolues de l'asepsie qui viennent parfois à être transgressées pour des raisons qui amènent les professionnels à relativiser inconsciemment les lois de la bactériologie.



¹ Responsable de l'enquête statistique : Isabelle Widmer (Université de Provence).
Responsable de l'enquête qualitative : Dolorès Pourette (IRD).

Session II – Santé publique

Pascal Duret, DIMPS Université de La Réunion (conférence plénière)
Olivier Reilhes, ARS de La Réunion – Mayotte

Les moustiques parlent aux sciences sociales et aux professionnels de la santé

En partant d'une enquête menée pour le compte de l'Agence Régionale de Santé par le DIMPS, cette intervention portera sur les liens collaboratifs entre commanditaires et chercheurs aux différentes étapes du processus d'enquête. En amont du passage sur le terrain, les commanditaires doivent pouvoir suivre la préparation du chantier (construction de l'objet, élaboration des hypothèses, construction du questionnement). Leur rôle est d'amener les chercheurs à justifier leurs choix et leurs prises de risques méthodologiques. En aval de l'enquête l'exigence de justification s'inverse c'est au commanditaire de justifier de l'utilité concrète de la recherche, montrant au chercheur en quoi ses résultats ont infléchi ou rectifié les politiques mises en œuvre par les décideurs.

Quand les recherches en sciences sociales parlent aux professionnels de la santé c'est aussi pour prévenir quelques dérives de l'explication mono-causale. Loin de rabattre l'exigence de scientificité sur les seules visées explicatives propres aux sciences de la nature, les sciences sociales remettent en cause cette hégémonie en montrant que sociologie, anthropologie, histoire, sciences politiques peuvent être complémentaires mobilisées pour enrichir la description et l'interprétation d'un même phénomène. Parler aux professionnels de la santé c'est aussi transformer leur rapport entre description et explication. Ainsi, si la Sociologie est utile pour comprendre les réactions des individus face au Chikungunya, l'Anthropologie ne l'est pas moins pour suggérer comment l'épidémie, en transformant l'image du moustique, a transformé aussi les rapports entre touristes, zoreils et Créoles. Enfin, une analyse plus historique et politique est à son tour la bienvenue pour saisir comment la crise sanitaire a servi de révélateur des relations entre les Réunionnais, les gouvernants locaux et les décideurs en métropole.



Josselin Thuilliez

Le fardeau caché du paludisme : troubles cognitifs liés à l'infection asymptomatique

Cette présentation évalue le rôle du paludisme et d'autres déterminants socio-économiques sur l'éducation primaire et plus particulièrement sur les performances scolaires. Nous présentons d'abord les mécanismes à travers lesquels le paludisme peut potentiellement affecter les capacités d'apprentissage. Nous discutons ensuite les résultats de trois études réalisées à différents niveaux d'analyse : international, national et dans un village. Plus particulièrement nous nous focalisons sur les effets possibles du paludisme asymptomatique sur l'éducation primaire dans un petit village situé en zone endémique de paludisme près de Bamako au Mali. Les données de terrain ont été collectées par les auteurs entre Novembre 2007 et Juin 2008 et concernent 227 enfants vivant dans ce village et scolarisés à l'école du village. Différents indicateurs de santé ainsi que plusieurs modèles économétriques ont été utilisés pour expliquer la variation des performances scolaires, des résultats à des tests cognitifs, et des absentéismes scolaires. Le paludisme clinique est la première cause d'absentéisme scolaire au cours de l'année. Les estimations montrent que le paludisme asymptomatique et la présence de *Plasmodium falciparum* ont une corrélation

directe avec les performances scolaires et cognitives des enfants. Plusieurs indices suggèrent que cette relation est causale mais des études confirmatoires restent nécessaires.



Christine Catteau

Parler de santé publique, d'épidémiologie et d'indicateurs

Cette intervention a pour objectif de décrire une approche de la santé par l'observation et l'analyse, l'évolution du concept à travers le temps, l'apparition de la santé publique et les méthodes de l'épidémiologie descriptive.

Le contexte démographique est un élément essentiel de compréhension des phénomènes sanitaires. L'évolution de la population, sa composition par sexe et âge permettent d'analyser et de comparer les données de santé publique.

La population réunionnaise se caractérise par 3 records, la baisse extrêmement rapide de la natalité, celle de la mortalité, surtout avant un an, et une transition démographique parmi les plus rapides au monde, mais pas achevée. La fécondité reste élevée, et l'espérance de vie des hommes, encore plus que celle des femmes, présente encore un écart important avec la métropole. La mortalité infantile et périnatale, après une baisse spectaculaire, demeure à un niveau élevé.

La surmortalité est particulièrement forte pour les hommes en ce qui concerne les causes externes et les troubles mentaux y compris l'alcoolisme ; les femmes sont davantage touchées par le diabète et les maladies endocriniennes.

Le vieillissement attendu de la population est important, ce qui aura un impact certain sur la politique de santé publique à mettre en œuvre.

Les grandes enquêtes en population générale permettent de mieux décrire les problèmes de santé : on citera pour La Réunion l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID), l'enquête recours aux soins des personnes ayant un problème avec l'alcool, l'enquête sur les violences faites aux femmes (ENVEFF), les enquêtes de santé scolaire, dont l'Enquête Tabac Alcool ,Drogues (ETADAR) et l'enquête sur la prévalence de l'asthme (ISAAC), l'enquête Réunion Diabète (Redia)...

L'enquête INSEE-INED « Migrations Familles Vieillessement » (MFV) dont les 1^{ers} résultats ont été récemment présentés apportera un éclairage actuel sur la société réunionnaise.



Xavier Debussche

Le parcours de soins du patient chronique

Du diagnostic du médecin (avec l'annonce de la maladie) à l'irruption dans la maladie par ses complications et les hospitalisations, le patient est amené à découvrir progressivement, mais souvent bien tardivement les différentes facettes de la maladie. L'intégration du malade chronique dans un parcours efficient de soins reste une gageure, depuis l'accessibilité aux actions de prévention jusqu'à la coordination peu présente et pourtant nécessaire des professionnels de santé. Dans un contexte de fragilité sociale et économique, le challenge posé à l'ensemble de la société nécessite de fait une interaction étroite entre professions de santé et des sciences sociales.



Maryvette Balcou-Debussche

De la promotion de la santé à la formation de la personne malade chronique

A travers un regard sociologique, il s'agira d'analyser les conditions du développement des pratiques de formation à destination d'adultes pour améliorer la gestion de la santé et/ou de la maladie chronique tout en tenant compte de l'hétérogénéité des personnes et des facteurs sociaux, culturels et environnementaux. Le propos prendra appui sur des travaux scientifiques et des expériences de terrain menées à La Réunion et à l'étranger.



Session III – Histoire et Santé

Jean-Pierre Peter

Un regard sur la médecine éclairée par son histoire

Depuis bien plus d'un siècle, c'est un *leitmotiv* chez certaines hautes figures de la médecine en France, de considérer que « jusqu'à hier matin » on se traînait dans l'à peu près d'un savoir incertain, et qu'aujourd'hui seulement la médecine entre de plain-pied dans *la science*.

Voilà pourquoi, sans doute, l'histoire de la médecine est chez nous une discipline largement sinistrée, à la différence des pratiques voisines – Angleterre, Hollande, Allemagne, Suisse (4 Instituts), Italie, Espagne... En ces lieux, on ne réduit pas ce passé à un recueil de tristes ignorances. On y reconnaît aussi que des non médecins (historiens, anthropologues, etc.) puissent avoir compétence dans leur regard sur la médecine et son histoire.

Cet accent mis chez nous sur l'idée de science pure comme valeur absolue appliquée au passé de la médecine n'est pas sans avoir des effets négatifs. En découle une dépréciation profonde de certains des grands acquis moraux et déontologiques de la médecine occidentale dans ses fondements mêmes, depuis la Grèce antique au VI^e s. av. JC, dans sa définition laïque, hors des temples, bientôt étendue dans le large espace de la romanité jusqu'à nous.

Nous aurons aussi à examiner la difficulté de notre médecine occidentale à considérer les médecines différentes, celles du passé, celles d'autres cultures (Inde, Chine, Amérique indienne ; ou nos médecines alternatives). Elles ont leur cohérence et un certain degré d'efficacité. Que cela traduit-il d'un refus d'avoir à relativiser notre propre savoir ? Quelle est la place du dogme en médecine ?

Un historien pourrait néanmoins avoir un regard instruit et quelque chose à dire sur l'histoire de la médecine.

J'aborderai le sujet de la multiséculaire résistance médicale au soulagement de la douleur, et sur le point particulier des opérations chirurgicales (sous narcose chez les Grecs et Romains, à vif en Occident jusqu'à 1847).

J'aborderai aussi, dans son histoire, ses évolutions, et sa problématique, la question des rapports du médecin au sujet malade, ouverture, confiance, autorité, distance, rejet.



Bernard-Alex Gaüzere

Les apports de l'histoire de la médecine à la médecine actuelle

L'étude de l'évolution historique des concepts médicaux, c'est-à-dire de la façon dont la Santé et la Maladie ont été et sont appréhendées par la Médecine, permet de :

- comprendre les concepts médicaux d'aujourd'hui quant à leur provenance historique et aux présupposés auxquels ils renvoient ;
- relativiser la puissance de nos propres concepts médicaux en reconnaissant le « génie » de certains de nos prédécesseurs, sans systématiquement renvoyer leurs techniques à l'enfance de l'art ;
- mettre en relief la relativité de toute vérité et nourrir l'esprit critique face à la puissance de paradigmes étouffants ;
- donner du sens à la Recherche. « *Le recul historique lorsqu'il est réflexif, donne un certain sens du possible au chercheur* » (D. Lecourt).
- d'humaniser la Science, par la connaissance de ses erreurs ;
- d'identifier certaines constantes intemporelles, telles l'observation et la méthode expérimentale.

L'histoire nous apprend qu'il n'existe pas de concept immuable de la Maladie, mais une multitude d'approches évolutives (ex : l'obésité).

Ainsi a-t-on évolué du chamane pré hippocratique, de l'humanisme hippocratique, de l'humorisme galénique et des médecins des XVI^e et XVIII^e siècles, à l'approche scientifique bernardienne et au réductionnisme moléculaire actuel.



Marie-France Morel

Naître sans violence : les mutations de l'accueil du nouveau-né dans les années 1970

En 1974, paraît aux éditions du Seuil un livre de Frédérick Leboyer, intitulé *Pour une naissance sans violence*, vite devenu un best-seller international et toujours édité aujourd'hui. L'auteur est un obstétricien qui a initié dans une clinique parisienne une manière « douce » d'accueillir le nouveau-né : pénombre, peu de paroles, aucun geste invasif, bébé placé sur le ventre de la mère, clampage tardif du cordon et bain précoce. L'ouvrage, illustré de belles photos et assorti de considérations lyriques, fait sensation parce qu'il décrit les souffrances du tout-petit soumis aux protocoles hygiénistes en vigueur dans les maternités occidentales et montre a contrario l'épanouissement (jusqu'au sourire...) des nouveau-nés accueillis dans la douceur. Le succès de cet ouvrage entraîne à la fois d'énormes résistances dont les médias se font l'écho et des demandes d'autres modes d'accueil de la part des « usagers » des maternités, auxquelles répondent quelques pionniers (Michel Odent, Etienne Herbinet, Bernard This...) qui initient de nouvelles manières de naître.

Aujourd'hui, près de quarante ans après la parution du livre de Leboyer, une analyse historique s'impose. On se demandera quel est le contexte médical, social, politique et mental qui a permis l'émergence de la naissance « sans violence » ; quelles sont les raisons des oppositions véhémentes qu'elle a provoquées ; qui sont les personnalités et l'itinéraire de ceux qui l'ont mise en pratique (et parfois transformée) ; et comment se sont organisées les demandes nouvelles des « usagers » de la naissance.



François Cartault

L'île de La Réunion : histoire d'un peuplement... histoire d'un génome...

Les historiens nous ont appris que le peuplement de l'île de La Réunion s'est fait à partir d'une population d'emblée métissée qui a ensuite évolué de façon complexe. Les vagues de migrations successives et la création de semi-isolats du fait des barrières géographiques, socioculturelles et religieuses ont façonné cette population. Aujourd'hui les semi-isolats ont éclaté et la diversité génétique s'est modifiée. Cette diversité génétique a évolué en fonction des différenciations locales et des apports extérieurs. Plusieurs outils de la biologie moléculaire sont aujourd'hui à notre disposition pour rendre possible la reconstruction de l'histoire d'un peuplement : système des groupes sanguins érythrocytaires, système HLA, polymorphismes du chromosome Y et de l'ADN mitochondrial. La transmission uni-parentale du chromosome Y et de l'ADN mitochondrial permet de différencier les migrations masculines et féminines. C'est ce dernier outil que nous avons privilégié pour notre étude. Les lignées utérines et agnatiques des différents groupes de la population réunionnaise ont été étudiées en nous attachant d'avantage sur le groupe des « créoles blancs ». Les flux migratoires des hommes et des femmes correspondent-ils aux données des historiens ? Comment le peuplement de l'île s'est mis en place et a évolué ? Comment la diversité génétique peut être évaluée ? En génétique clinique, la biologie moléculaire nous a permis de suivre à la trace des mutations responsables de maladies héréditaires comme la mucoviscidose, le xeroderma pigmentosum ou d'autres. Ces mutations sont les témoins de l'histoire des hommes. L'historien et le médecin se sont rencontrés pour se tourner vers le passé et ainsi mieux comprendre le présent.



Catherine Rollet

Du livret maternel au carnet de santé : réflexions sur une histoire des relations entre familles et santé

Contrairement à des idées a priori, le carnet de santé des enfants a une longue histoire puis qu'on peut remonter au siècle des Lumières pour en trouver les premières traces. En fonction des préoccupations du moment et de la configuration sociale, il a répondu à des attentes très différentes selon les époques.

On distinguera trois séquences depuis le XIX^e siècle : une séquence placée sous le signe de la coopération entre mères et médecins, du dialogue entre intimité familiale et sphère médicale et du foisonnement des initiatives privées ; une séquence marquée par l'irruption des impératifs de la santé publique avec un renforcement des mesures anthropométriques (poids) et des notations sur les pathologies, le souci d'atteindre le plus grand nombre d'enfants et l'éviction des parents ; une séquence plus récente influencée par les comparaisons internationales, l'implication des familles (empowerment) et une vision plus large de l'enfant et de son développement. Au cours de cette dernière période, les sciences de la santé ont interrogé les sciences sociales (environnement social, développement psychologique et langagier, référentiels, place des parents, histoire, comparaisons internationales).



Marie-Françoise Courel (conférence plénière)

Présentation des premiers résultats du programme interdisciplinaire MOUSSON du CNRS

L'étude est partie d'un questionnement pluridisciplinaire de la société civile, relayé par des scientifiques de la gouvernance d'où la co-construction de l'objet d'étude à partir de ce questionnement : mise en place d'un système d'alerte à la pollution urbaine. Mal qui sévit dans toutes les grandes villes, c'est devenu une préoccupation majeure des gouvernances qui cherchent à mettre en place des systèmes d'alerte sachant les conséquences dramatiques de la pollution sur la santé des populations (350 000 décès par an en Europe 1,3 million dans le monde 13 000 à Ouagadougou selon une étude BM 2007).

Est-ce la bonne solution que d'alerter des individus qui n'ont aucun moyen immédiat d'atténuer le phénomène soit parce qu'ils n'en ont aucune conscience (cas de Ouaga) soit parce qu'ils n'ont aucun moyen d'y échapper ? (cas du Caire).

Trois partis-pris essentiels ont présidé à cette étude :

- **le choix de l'interdisciplinarité « radicale »** parce qu'elle correspond à une nécessité scientifique venant d'une demande sociétale. Dans notre étude interdisciplinaire aucune discipline n'est prépondérante, aucune ne détient le leadership de cette recherche. Aucun des acteurs de cette étude n'est indépendant des autres et un résultat partiel n'a de sens que s'il rentre dans le système global.

- **une conceptualisation de l'environnement urbain comme construction sociale**, pas seulement comme un environnement donné qui affecte les citoyens et auquel ceux-ci devraient s'adapter, mais aussi, comme le produit de pratiques sociales au sein des sociétés urbaines concernées ; Mettre en évidence deux contraintes : les victimes de la pollution sont elles-mêmes leurs pollueurs et on est face à des situations totalement instables et incertaines donc complexes.

Le troisième parti pris : **des liens forts entre recherche et politiques publiques.**

Liens entre recherche et politique publique en termes d'association des décideurs à l'évaluation des causes pour qu'ils soient, aussi, responsables des solutions à prendre. Il nous paraît important de **récusier le paradigme de l'expertise classique reposant sur le couple expert/décideur pour faire du politique le premier expert**, celui de la responsabilité de la reproduction du système social.



Anne-Cécile Hoyez

La place de la géographie dans l'analyse de l'accès aux soins et des parcours de soins des migrants primo-arrivants

L'accès aux soins et les parcours de soins des migrants primo-arrivants sont aujourd'hui très complexes en raison de la multiplication des niveaux d'intervention et de décision, en tension entre prérogatives supranationales, politiques nationales et actions sociales locales. La compréhension des processus qui conduisent aux constats actuels sur l'accès aux soins de ces populations (persistance et aggravation des inégalités dans l'accès aux soins; importants écarts en fonction des groupes de migrants...) ne peut se passer d'une approche pluridisciplinaire. Nous verrons en quoi et comment la géographie peut apporter

un éclairage particulier sur ces situations, en s'appuyant sur des expériences de recherches qui, sur le terrain, impliquent, depuis 2007, des géographes, sociologues, professionnels de la santé et du social. Nous verrons en particulier comment la géographie peut aider à saisir l'existence et la persistance de barrières socio-spatiales à l'accès aux soins, peut apporter des outils d'analyse et de compréhension des facteurs influençant les parcours de soins, et peut, en apportant un éclairage sur le rapport des populations à l'espace, aider à comprendre et analyser les problèmes locaux et nationaux de l'accès aux soins pour ces populations.



François Taglioni et Michel Cartoux

Pandémie grippale par le virus H1N1 à La Réunion : analyse des perceptions et des comportements face au risque épidémique

Entre novembre 2009 et avril 2010 une enquête de type KABP (connaissances, attitudes, croyances et comportements) a été menée à La Réunion dans un contexte mondial de pandémie grippale annoncée à virus H1N1.

Les principales sections du questionnaire, ainsi que leurs fondements méthodologiques, sont les suivants : Niveau d'information et de connaissance ; Perception de la maladie ; Perception du risque infectieux ; Comportements de prévention ; Expérience de la maladie.

Cette étude de socio-épidémiologie a eu pour objectif de mettre en évidence les déterminants sociaux de la vulnérabilité aux maladies infectieuses respiratoires émergentes. Le concept de « déterminants sociaux » est défini ici au sens large, c'est-à-dire qu'il recoupe l'ensemble des facteurs démographiques, socio-économiques, cognitifs et comportementaux qui pourraient avoir une incidence sur le risque de contracter la grippe A (H1N1).

Cette communication présentera les principaux résultats et enseignements de cette enquête au croisement des sciences sociales/humaines et des sciences médicales.



Sébastien Fleuret

Expériences

Cette communication consistera en un récit d'expérience. J'accompagne depuis 2 ans, de façon contractuelle, 6 quartiers relevant du contrat urbain de cohésion sociale de la ville d'Angers, dans leur démarche de développement de collectifs santé territoriaux. Dans ce cadre j'ai présenté mes travaux en santé communautaire à 150 travailleurs de terrain (acteurs municipaux, associatifs et professionnels de santé) et nous avons organisé des ateliers afin de tester l'applicabilité de mes résultats sur les terrains que ces acteurs connaissent, arpentent et maîtrisent au quotidien. Les résultats de ces ateliers ouvrent des pistes de travail particulièrement riches.



Nicole Fourquet

Se parler, se fréquenter, se dire, s'entendre, taire... dans le travail en commun et dans l'interdisciplinarité. Vieillir en Vi(II)e et recommandations OMS

Nous présentons le premier retour d'un questionnaire de type DELPHI modifié et essayons de décrypter les dynamiques de perceptions, des attentes, dits et non dits dans un programme interdisciplinaire radical inspiré de la pratique institutionnelle en gériopsychiatrie. Comment celle-ci rejoint les recommandations OMS en matière de santé mentale et de soin.

Session V – Psychologie et Santé

Danielle Rapoport (conférence plénière)

La « bien-traitance », d'un néologisme à un concept : entre Santé et Sciences sociales, la valeur pluridisciplinaire d'un trait d'union

A l'aube de notre troisième millénaire, un néologisme s'est répandu dans la langue française à une rapidité inespérée, mais qui témoigne des attentes de notre société médiatique à son égard : *bientraitance*. Pourtant, il avait pris naissance au début des années 90 dans le cadre de la Direction de l'Action Sociale, au sein même du Ministère de la Santé, puis de l'Emploi et de la Solidarité, curieusement orthographié avec *un trait d'union* par le Comité de pilotage de l'Opération Pouponnière, au moment de son élargissement à « La bien-traitance institutionnelle de l'enfant séparé de sa famille ». Depuis, ce trait d'union, que nous préservons constamment, n'a cessé d'enrichir cette nouvelle notion, la préservant d'injonctions qui la réduiraient à n'être que le contraire de la maltraitance, ou d'un engouement éphémère pour un slogan et un label vide de sens, voire d'un confinement dans l'axe du mal ou du bien faire. Un trait d'union qui interroge et fédère tous ceux qui œuvrent dans le domaine de la Santé et des Sciences sociales, en révèle la diversité et la transversalité des pratiques, interpelle leurs différences et leurs courants de pensée parfois divergents pour mieux s'en enrichir. Un trait d'union enfin qui, par-delà la spécificité de l'enfance, nous ouvre au respect du « sentiment continu d'exister » que tout être humain est en droit d'attendre, de l'aube de la vie au soir de l'existence, quelque soit sa culture et son histoire, car « la bien-traitance des plus vulnérables d'entre les siens est l'enjeu d'une société toute entière, un enjeu d'humanité ».



Marc Bertsch

Naître pour bien devenir, un fabuleux enjeu médico-social

Dès sa conception, l'être en devenir est confronté à tous les dangers, biologiques, psychologiques et sociologiques, tant dans sa phase intra-utérine que dans son parcours extra-utérin. Le risque de cette fragilité permanente est d'entraver son chemin vers l'autonomie optimale et le rôle des parents et éducateurs est de le protéger, lui apporter les connaissances tout en lui inculquant les valeurs citoyennes de la société.

Le pédiatre occupe une place toute particulière dans cette protection avant tout biologique: celle de la prévention et des soins des maladies et accidents.

Mais les connaissances récentes de l'influence du comportement parental ou sociétal sur le développement cérébral de l'enfant, et donc de son devenir, donne au pédiatre une mission bien plus noble: celle de l'accompagnement parental dans la construction de leur enfant.

Médecine, sciences fondamentales, psychologie et sociologie se rejoignent ainsi dans cette quête essentielle de l'autonomie de l'être.



Marie Thirion

Enfant des parents, enfant de la culture, enfant des soignants

A partir de deux questions très simples: comment alimenter un nouveau né et où dort le nouveau né, nous pouvons tenter d'explorer l'impact culturel et familial dans l'intimité de la naissance. Les traditions des familles sont actives et évoluent. Les interventions médicales et les soins proposés par les services sont-ils toujours des soins et des services ou plutôt le reflet des peurs et des traditions – elles aussi actives – du personnel soignant ? La médecine néonatale impose un lourd tribut d'habitudes et de certitudes que l'on croit scientifiques alors qu'elles n'ont jamais été explorées dans une recherche sérieuse. Il y a un socle de sécurité à définir, puis une souplesse pour intégrer, au sein même des services, la culture des familles qui est celle qui soutiendra la mère, le bébé et toute la famille. Comment définir un référent familial authentique, sorte de médiateur entre le discours médical et les croyances familiales ?



Hervé Raynaud

Quelques résultats frappants d'un dialogue entre des professionnels de la santé mentale, de la santé du discours, et de la santé des sciences sociales !

De qui s'agira-t-il ? Pour la santé du discours ? D'un axiomaticien, d'un algébriste, d'un logicien !

Pour la santé mentale ? D'un psychothérapeute éclectique, d'un psychanalyste qui ne méprise pas les symptômes.

Et pour représenter la diversité chez les hommes de santé mentale au risque des sciences sociales, j'ai choisi tout d'abord Wittgenstein, Tversky, Watzlawic, Claude Levy-Strauss. Encore vivants et toujours créatifs, je citerai ensuite Kenneth Arrow, algébriste prix Nobel d'Economie, et plus humblement, votre serviteur et les participants du séminaire parisien « La psychothérapie sera scientifique ».

Je me suis trouvé dans ma vie scientifique personnelle, au hasard des rencontres et des invitations dans les Universités étrangères, en relation de coopération plus ou moins directe, avec ces hommes et plusieurs de leurs collaborateurs. Dans un premier point, je voudrais rappeler simplement comment leurs collaboration avec des scientifiques « durs », ou leur simple goût pour la rigueur dans le discours les a conduit à des découvertes majeures, découvertes qui font des sciences sociales des sciences pas molles du tout !

Dans un deuxième point, je voudrais vous parler d'une idée personnelle récente en psychothérapie dont les fondements se trouvent dans le dernier livre que je viens de publier (avec Kenneth Arrow, misérablement affublé par l'éditeur du titre de Managerial Logic, de façon à ce qu'il soit acheté par les Business Schools) !

La névrose obsessionnelle a pour symptôme central une indécision maladroite. Les connaissances acquises dans la modélisation du fonctionnement cérébral dans la prise, hésitante et sous-informée, de décisions aux conséquences graves et non probabilisables permet d'imaginer une psychothérapie symptomatique très efficace et personnalisée, qui sera décrite et expliquée.

Je terminerai en parlant de l'hostilité radicale suscitée par cette découverte dans certains milieux « psychothérapeutiques », hostilité qui reflète bien, en France, un des héritages les plus stupides de notre système éducatif : la Loi du moindre effort mental de Michael Ballé. Le succès du séminaire « La psychothérapie sera scientifique » montre heureusement que les jeunes les plus brillants s'engagent radicalement dans une direction opposée.



Michaël Vauthier

Prévention des grossesses précoces non désirées à l'île de La Réunion : Quelle(s) transmission(s) du rapport à la sexualité entre mère et fille ?

Le taux d'IVG à La Réunion est une fois et demie supérieur à la métropole. Entre 2000 et 2006, le nombre d'avortement des mineures a presque doublé, passant de 346 à 624. Le recours à l'I.V.G. concerne environ 3 jeunes filles sur 100, il ne dépasse pas 1,8 sur 100 en métropole. L'ensemble des professionnels s'entendent pourtant bien sur ce point : « *ce n'est pas par manque d'information que les mineures tombent enceintes... elles connaissent bien la contraception* ».

Nous nous interrogerons alors sur les raisons de tels chiffres. A partir d'exemples cliniques en population étudiante, nous tâcherons d'appréhender au plus près ce qui se joue, dans un rapport inconscient entre mère et fille, autour de la sexualité et du désir.



Pierre Catteau

Conception du temps au travers de la grande longévité à La Réunion

Les particularismes psychologiques rencontrés chez les Personnes très âgées de l'île de La Réunion amène à une conception originale du temps, un temps préservé sous l'influence du dieu, ou des dieux, un temps qui n'est pas escamoté.

Quelles explications données à notre différence, à notre spécificité ?

Une histoire courte, à racines multiples, cosmopolites, un groupe social multi-ethnique, pluriculturel, réalisant selon l'expression locale un véritable zembrocal.

Et au-delà de tout cela, la grande place laissée à l'être suprême, au Dieu, une grande soumission à son pouvoir et ses relais.

Illustration de cette conception originale du temps dans la chanson de Jacqueline Farreyrol : « *les Vieux de mon île* » : « chacun de vos matins est comme une promesse, et sous vos cheveux blancs, des projets en couleurs, le temps n'aura pas su blesser votre jeunesse ».

Une histoire de vie collective, marquée par la misère, la mort intime répétitive, les rapports de dominant à dominé.

D'où une résignation obligée, un masque fataliste, y compris vis-à-vis des plus grandes souffrances de la vie. Mais aussi une forte prégnance des solidarités intra-familiales et de proximité. Et une acceptation plus facile dans l'approche de la mort.

D'ailleurs le temps ne s'arrête pas avec la mort. Gilbert Aubry nous dit que le temps est vécu à travers le maillage de la vie et de la mort ; il n'y a pas de hiatus précipitant, mais des parcelles de mort au milieu des vivants et des vivants intriqués à la mort. Nos personnes âgées trouvent réconfort dans le terrain religieux avec permanence de la vision – acceptation.

Élie Wiesel nous dit que la fin des temps est en l'homme lorsqu'il n'a plus la force ni le désir d'espérer. Nos personnes âgées, heureuses de jouir du possible, ont toujours la force, le désir d'espérer dans le temps que leur offre « celui qui est en l'air ».



Session VI – Architecture, santé, handicap

Marie-Françoise Courel (Emmanuelle Ladet, Daniel Eines, Michel Florenzano)

Architecture et Médecine du Handicap, pour une approche interdisciplinaire intégrée

Quelle est la place de l'architecture et quel est le rôle de l'architecte sur les questions de santé et de handicap ? Plusieurs constats : la qualité architecturale n'est généralement pas la priorité d'un projet de santé, hôpital ou établissement médico-social, celui-ci doit être avant tout techniquement efficient et économique viable mais rarement esthétique. Lorsqu'il réalise ces projets, l'architecte évolue dans un environnement réglementaire contraint, fonctionnellement complexe et intervient très tard dans le déroulement des processus de décision.

Or le handicap aujourd'hui, est considéré internationalement sous l'angle de la CIH2 (Classement International du Handicap), qui combine un modèle individuel (plutôt médical) et un modèle social (plutôt environnemental). Notre expérience de la programmation de projet, tant individuel (habitat adapté et adaptable) que collectif (institutions spécialisées) nous a amené à privilégier une méthode résolument intégrée et interdisciplinaire dès l'amont, conduisant concrètement à trouver le meilleur équilibre entre espaces de vie et espaces de soins. Cette programmation intègre au mieux les attentes des usagers (« patients » ou résidents) et des utilisateurs (personnel et/ou visiteurs) tant dans leur mobilité et qualité de vie, que dans la recherche d'une vie sociale digne et aussi pleine que possible, en termes d'autonomie et de projet de vie.

Dans cette méthode, l'architecte, avant de construire des cloisons, doit les déconstruire dans les représentations et les pratiques.

Notre expérience opérationnelle et de recherche-enseignement au service des personnes en situation de handicap, nous a conduit à interroger une sémantique commune entre la médecine de réadaptation et l'architecture : « *adapter, ré-adapter, ré-habiller, restaurer* ». A ce titre, nous présentons un programme de recherche-enseignement commun pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies neurologiques et celle de leur entourage. Ce programme fait appel à des compétences combinées en architecture spécialisée, médecine de réadaptation, nouvelles technologies dédiées, sciences humaines et sociales. Nous développons le concept opérationnel de neuroarchitecture (interactions entre neurosciences et architecture, porté aux USA par l'Academy of Neurosciences For Architecture à San Diego, Californie depuis 2003) au service de la neuroréhabilitation ; cette

approche dépasse la prise en charge et l'adaptation du domicile, pour relever le défi d'un lieu de vie, qui pourrait devenir un nouvel espace de réadaptation et de restauration fonctionnelle, où l'architecture, en tant qu'art et science, ne serait pas qu'un plus mais bien le résultat d'une réflexion intégrée.



Sébastien Fleuret

Mieux connaître les personnes handicapées vieillissantes et âgées et leurs problématiques à l'échelle d'un territoire

Il s'agira de présenter une étude sur le vieillissement des personnes handicapées qui fait le point sur les problèmes liés à la structure des données disponibles, aux difficultés de projection démographique et qui exploite les résultats de trois enquêtes auprès des personnes handicapées, de leurs proches aidants et des acteurs de la prise en charge. Cette étude colle à la session 6 et au thème général car c'était une commande de la CNSA, de la MDPH et du conseil général du Maine et Loire.



Jane Coulon

L'architecture est pour tous...

Ou comment, dans une pratique professionnelle, avoir une approche raisonnée et sensible de l'architecture des milieux médicalisés, de soin à la personne et d'accompagnement spécialisé.

Au delà du simple métier de concepteur bâtisseur, l'architecte se rapproche de la personne, de la prise en considération de son individualité au sein d'espaces collectifs.

Il s'agit ici de développer une approche anthropologique de l'acte de conception, en replaçant l'humain au centre de la conception architecturale.

Le questionnement de notre métier au travers de ces programmes d'institut médico sociaux, de résidences pour personnes âgées, de foyer d'hébergements pour personnes en situation de handicap psychiques ou moteur ou associés est multiple.

Quelle est la qualité d'usage des lieux ?

Quand y a-t-il possibilité d'appropriation des espaces par les occupants ?

Comment l'architecture adaptée facilite le rapprochement entre soignant et soigné ?

Comment préserver l'intimité au sein de la collectivité ?

Quelle est la valeur du handicap ou de la maladie ?



Ankel Cerese

Architecture et qualité d'usage : placer l'homme au centre de la conception architecturale

- Notion de qualité d'usage
- Notion de situation de handicap
- Personnes handicapées : expert en aménagement / Définition des besoins à prendre en compte

- Réglementation accessibilité / Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Quand la mise aux normes accessibilité devient vecteur de qualité d'usage pour tous : illustrations et exemples d'aménagement.



Fany Cerese

Prendre en compte le vieillissement de la population dans l'aménagement du territoire et des espaces de vie

- Notion de vieillissement de la population et enjeux en terme d'aménagement
- Notion de dépendance et structures adaptées
- A l'échelle territoriale : implantation et programmation des établissements pour personnes âgées
- A l'échelle urbaine : aménagement des espaces urbains pour une appropriation par les aînés
- A l'échelle architecturale : conception de logements permettant de vivre et vieillir chez soi

Anthropologie visuelle

Trond Waage : Faire des films anthropologiques : la représentation des questions de santé dans les films utilisant la comparaison culturelle et le tournage de films comme des stratégies pour une nouvelle compréhension de la manière dont les jeunes gèrent leur identité et leur santé mentale.

I. Projection de films sur les enjeux de santé en Norvège du Nord et en Afrique de l'Ouest

1. Donner la vie dans un territoire du Nord de la Norvège, 2002, 30 min.

Ce film concerne la manière de donner la vie dans le Nord de la Norvège. Il montre les pratiques contemporaines des sages-femmes formées à la médecine occidentale et le défi que représentent la centralisation et la décentralisation des services de santé. Au travers du cas d'une femme Saami, nous apprenons les techniques traditionnelles saamies liées à la naissance et aux techniques d'accouchement. Ce film croise les voix de différentes femmes – mères et sages-femmes, contemporaines et traditionnelles.

Pour plus d'informations sur ce film :

http://www2.uit.no/ikbViewer/page/ansatte/organisasjon/artikkel?p_document_id=167615&p_dimension_id=31126&p_menu=42374&p_lang=2

2. Une chose naturelle 2002, 16 min

Ce film traite de la manière d'utiliser les savoirs Saamis traditionnels dans les processus de guérison et dans les itinéraires thérapeutiques. Bjørn, un politicien local bien connu a appris ces savoirs de son propre père.

3. Tatta: une sage-femme traditionnelle touareg, 2011, 35 min

Tatta est le portrait d'une sage-femme traditionnelle, Tatta Walet Anoufleye, à Adjel-hoc, une communauté Touareg située dans le secteur de Kidal dans le nord du Mali.

Dans cette communauté touareg, donner la vie est une affaire de famille. Les futures mères préfèrent rester chez elle durant toute leur grossesse et particulièrement pour la venue au monde de leur bébé. Alors que le Centre médico-social offre des services obstétriques modernes, il a tendance à être évité par les femmes locales car considéré comme un environnement inconfortable et peu sûr.

Pour diminuer l'écart entre des idées traditionnelles et des services médicaux modernes, une ONG (une organisation non gouvernementale) a offert une formation spéciale à six sages-femmes traditionnelles dans la ville d'Adjel-hoc. Tatta Walet Anoufleye est l'une d'entre elles. Ce groupe de sages-femmes traditionnelles travaille avec des inspecteurs de la santé publique communautaires pour promouvoir un accouchement plus sûr et augmenter la confiance dans les services de santé publique.

Pour en savoir plus :

http://www2.uit.no/ikbViewer/page/ansatte/organisasjon/artikkel?p_document_id=256336&p_dimension_id=88154&p_menu=42374&p_lang=2

II. Présentation du projet de recherche : FILMIDALOUGE

Norvège du nord - 2005-2011

Il s'agit ici de présenter l'utilisation « du film dialogue » comme une stratégie créative susceptible de développer la compréhension scientifique de l'identité des jeunes et de la culture en Norvège du Nord.

Des cours de tournage auto-réflexifs sont donnés à des groupes de jeunes considérés comme « en danger ». Après le processus de tournage, on examine le double processus de gestion/création de l'identité étudiante et les jeunes réfléchissent sur leur propre position. Ces processus, qui concernent la manière dont les films sont faits et discutés, ont eu beaucoup d'effets intéressants qui ont étonné les psychologues.

Ce projet de recherche est une collaboration entre le département des Études Culturelles Visuelles, l'Institut de Psychologie et le service social de la ville de Tromsø.

Je montrerai les exemples de quelques films qui montrent des processus différents et des résultats différents

III. Travaux en cours

Il s'agit de mon nouveau film sur le peuple Pere. Parmi les Pere, les gens sont divisés entre le Niger et le Cameroun. Traditionnellement le rôle des devineurs et des fétiches était important et associé à la santé, à des questions politiques et juridiques. Aujourd'hui, la Christianisation et l'Islamisation constituent un défi à ces pratiques traditionnelles. Le film concerne la première génération de journalistes Pere qui souhaite concilier les traditions et l'apport fourni par la biomédecine.