



Akademien der Wissenschaften Schweiz
Académies suisses des sciences
Accademie svizzere delle scienze
Academias svizras da las ciencias
Swiss Academies of Arts and Sciences

Intimité et intrusion

Rapport concernant le cycle d'ateliers interdisciplinaires
«Medical Humanities» de l'ASSM et l'ASSH



Sibylle Obrecht Lösch

Intimité et intrusion:

Rapport concernant le cycle d'ateliers interdisciplinaires
«Medical Humanities» de l'ASSM et de l'ASSH

Cette publication a été réalisée avec l'aide de:

Nadja Birbaumer

Delphine Quadri

Michelle Salathé

Martine Stoffel

Traduction française: Dominique Nickel

© 2011 Académies suisses des sciences

Hirschengraben 11

Case postale 8160

3001 Berne

Tel. 031 313 14 40

Fax 031 313 14 50

info@akademien-schweiz.ch

ISBN 978-3-905870-19-0

Table des matières

Préface

La médecine et les sciences humaines <i>Dieter Bürgin</i>	5
--	---

Introduction	9
---------------------	---

Atelier 1

<i>«Intimité et intrusion en psychiatrie: Aspects interdisciplinaires»</i>	13
--	----

Bilan du premier atelier	17
--------------------------	----

Atelier 2

<i>«Intimité et intrusion aux soins intensifs»</i>	21
--	----

Bilan du deuxième atelier	24
---------------------------	----

Atelier 3

<i>«Consultation et sexualité au-delà du viagra et de la pudeur»</i>	27
--	----

Bilan du troisième atelier	30
----------------------------	----

Récapitulation des résultats	32
------------------------------	----

Perspectives	35
--------------	----

Bibliographie	38
---------------	----

Notes	40
Programmes des ateliers	42
Annexes	
Biographie de l'auteur	45
Groupe de préparation	45
Activités dans le domaine «Medical Humanities»	46
Académies suisses des sciences	47
Académie suisse des sciences humaines et sociales	47
Académie suisse des sciences médicales	48

Préface: La médecine et les sciences humaines

Dieter Bürgin, juin 2011

Le rapport du groupe d'experts de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) (2004) intitulé «Buts et missions de la médecine au début du 20^e siècle» avait – entre autre – défini les missions suivantes:

- Mission n° 7: «Les professionnels de la médecine, tant individuellement que collectivement, visent un élargissement constant du savoir médical, cela non seulement à travers leur expérience personnelle, mais à travers toutes les *connaissances qu'ils ont acquises en utilisant et en réévaluant les nombreuses méthodes scientifiques établies.*»
- Mission n° 8: «Les connaissances relevant des sciences physiques et naturelles et de la biologie, tout comme *celles acquises sur le plan psychosocial et dans le domaine des sciences humaines*, sont appliquées, exploitées et élargies de façon appropriée dans le cadre de l'enseignement, de la recherche et de la prise en charge des patients.»

A ce jour, l'apport des sciences humaines à la médecine est considérable. Elles ont participé autant à l'amélioration de la relation entre médecin et patient qu'à la sensibilisation aux concepts de santé et de maladie; par ailleurs, elles ont contribué à clarifier les conceptions sociales et culturelles des différents intervenants dans la pratique médicale ainsi qu'à dépasser le contexte historique de la médecine. Mais la médecine semble aussi bénéficier de contributions appréciables provenant de domaines plus éloignés, tels que par exemple, l'architecture (pensons à la construction d'hôpitaux), les sciences journalistiques (en renforçant notamment le niveau d'information de la population), la jurisprudence (par exemple en matière de droits des patients), les sciences littéraires (notamment la linguistique) ou même les sciences économiques (concernant par exemple les mesures incitatives).

Dans la pratique clinique quotidienne, en plus des résultats d'examens physiologiques, le diagnostic, la thérapie et la recherche sont orientés en fonction de paramètres dialogiques, notamment de données fournies par le patient et son environnement qui nous sont relatés et revêtent donc une forme narrative. Nous élaborons des *dossiers de patient*. L'article intitulé «Narrative based medicine in an evidence based world» souligne que: «Clinical method is an interpretative act which draws on narrative skills

to integrate the overlapping stories told by patients, clinicians and test results» (Greenhalgh T., BMJ, 1999). Le médecin doit avoir une compétence narrative. La narration est l'expression structurée, au niveau linguistique et communicatif, de l'expérience et du savoir, articulée dans le temps et donc dans l'histoire selon leur importance en fonction des différents points de vue. Chaque histoire a un début, un déroulement et une fin et dispose d'un narrateur et d'un auditeur (comment est-elle racontée, comment est-elle écoutée?). Un savoir intégré dans une narration est plus facile à mémoriser, constitue une nouvelle histoire et encourage à la réflexion et au raisonnement. La recherche qualitative part d'expériences cliniques, c'est-à-dire d'interactions sociales et génère de nouvelles hypothèses (concernant par exemple la perte, la fin de vie et la mort). Il ne s'agit donc en aucun cas, dans le domaine de la médecine et des sciences humaines, d'antagonisme, mais bien plus de *complémentarité*.

L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) et l'Académie suisse des sciences humaines et sociales (ASSH) se penchent depuis longtemps déjà sur cette question. En 2004 et 2006, les synergies entre la médecine et les sciences humaines avaient déjà fait l'objet de deux colloques. Partant de la pratique, un comité de programme interdisciplinaire, constitué par les deux académies a organisé en 2009 et 2010 trois ateliers spécifiques sur un *thème transversal* («Intimité et intrusion»); afin d'atteindre un maximum de personnes, ceux-ci ont été intégrés aux congrès des sociétés de disciplines médicales respectives et ont revêtu à chaque fois une forme différente.

Le présent rapport dresse le bilan et résume ces trois manifestations – du point de vue d'une personne extérieure. *L'interdisciplinarité* est et reste un exercice d'acrobatie extrêmement complexe. Elle est, par exemple, diamétralement opposée à la haute spécialisation tant exigée de nos jours et – compétition oblige – tant encouragée; elle relativise les opinions propres à chacun et les remet en question, mais permet aussi un éclatement des connaissances difficile à acquérir autrement.

Pour que des domaines aussi différents et diversifiés de la médecine et des sciences humaines puissent s'enrichir mutuellement, un *travail personnel et minutieux de préparation et de concertation* est nécessaire. Cependant, une certaine asymétrie ne pourra être évitée lorsqu'il s'agit d'application pratique et non pas de questions purement théoriques. Si les principaux avantages d'une telle collaboration résident, pour la médecine, dans un *enrichissement de son savoir et de ses aptitudes* grâce à l'autre discipline, l'ouverture de champs de recherche hautement intéressants pourrait être la motivation première des sciences humaines. Un dialogue *interdisciplinaire intensifié* et une collaboration *interfacultaire mieux établie*, c'est-à-dire une *coopération approfondie entre la médecine et les*

sciences humaines, quel qu'en soit le but, exigera dans tous les cas un long dialogue préalable sur les méthodologies de réflexion et de recherche encore très divergentes dans l'ensemble.

Introduction

«Celui qui se retrouve seul sur un îlot professionnel ou disciplinaire est submergé par le désir d'avoir un voisin insulaire, peu importe qui est ce voisin professionnel ou disciplinaire» («Wer allein auf einer fachlichen oder disziplinären Insel sitzt, den ergreift die Sehnsucht nach seinem insularen Nachbarn, wobei es in der Regel wieder gleich ist, wer der fachliche oder disziplinäre Nachbar ist»), c'est ainsi que Jürgen Mittelstrass perçoit l'aspiration à l'interdisciplinarité, dans une métaphore qui assimile les scientifiques désireux de coopérer à des insulaires solitaires qui, du fait de leur grande solitude, ne font pas la fine bouche.¹ Celui qui – pour un bref instant du moins – ignore la provocation du philosophe et théoricien des sciences, pourrait se représenter les sciences médicales comme un vaste groupe d'îlots, dont les habitants sont actuellement confrontés à de grands défis concernant aussi bien les bases de leur savoir que leurs pratiques: la signification sociale et économique du secteur de la santé grandit et en même temps les définitions, conditions cadres et objectifs de la biomédecine deviennent négociables et exigent même d'être renégociés.² Jusqu'où la force de conviction des références scientifiques qui dominaient les notions de maladie et de santé depuis des décennies peut-elle encore suffire? Quelle doit et quelle peut être l'influence des forces du marché sur la pratique médicale? Jusqu'à quel point la biomédecine doit-elle faire preuve d'ouverture face aux modèles explicatifs et thérapeutiques non occidentaux? Quelle est la relation entre le faisable et le souhaitable, notamment en début et en fin de vie? Comment se dessine la relation entre la médecine curative, préventive et palliative à l'avenir? Nombreux sont ceux qui sont persuadés que les représentants des sciences médicales peuvent trouver des solutions à ces problèmes – et à bien d'autres encore – s'ils sont prêts à jeter un œil au-delà de la limite de leur propre groupe d'îlots. Ils espèrent, tout particulièrement pour la pratique médicale, des impulsions des sciences humaines et sociales, dont les acquis et les instruments méthodiques semblent bénéficier d'un éclairage attractif au regard de leurs propres difficultés. Une compréhension approfondie des différences culturelles et sociales, une perception aiguisée des synergies systémiques, une compétence étendue en matière de réflexion et de communication, voire même une «humanisation» de la médecine qui tienne mieux compte de la perspective du patient et améliore la capacité interprétative des thérapeutes – la palette d'instruments méthodologiques et de connaissances en sciences humaines et sociales susceptibles d'être utiles à la pratique médicale est aussi large qu'imprécise.

Evaluations par les Académies

Le présent rapport reflète les possibles approches interdisciplinaires à l'aide d'un exemple concret: l'*Académie suisse des sciences médicales (ASSM)* et l'*Académie suisse des sciences humaines et sociales (ASSH)* ont lancé en septembre 2009 et mai 2010 un cycle d'ateliers interdisciplinaires intitulé «Intimité et intrusion». Le comité de programme «Medical Humanities» constitué par les Académies avait alors conçu le cycle d'ateliers autant comme stimulant que comme instrument diagnostique. Trois réunions d'une demi-journée ont permis, d'une part, de recueillir des informations relatives à la productivité et aux chances de succès des interfaces entre les disciplines, et, d'autre part, de donner des impulsions aux Medical Humanities: dans quelle mesure les méthodes et connaissances en sciences humaines et sociales peuvent-elles être utiles à la pratique médicale? Comment les académies peuvent-elles promouvoir le dialogue entre les disciplines? Et comment ont-elles pu mettre en réseau des projets existants pour qu'un échange d'expériences soit possible?

En quête de réponses, l'ASSM et l'ASSH avaient déjà organisé ensemble des manifestations consacrées, d'une part, à la relation entre les sciences culturelles et la médecine (en 2004) et, d'autre part, au rôle des sciences humaines et sociales dans la formation médicale (en 2006).³ La troisième série de manifestations, dont il est question ici, n'était pas centrée sur l'enseignement, mais sur la pratique médicale: elle devait permettre de déterminer si les praticiens, les soignants et les chercheurs en sciences humaines et sociales peuvent trouver un intérêt commun pour de nouvelles connaissances qui profitent autant à la pratique médicale qu'à la recherche en sciences humaines et sociales. Ce faisant, le déroulement a été exemplaire: au lieu d'orienter les discussions autour de questions méthodologiques et épistémologiques, un thème transversal appréhendé par les notions opposées d'«intimité et intrusion» devait permettre de délimiter les contours d'une coopération interdisciplinaire. Ce thème a permis d'engager une réflexion sur les champs de tension entre la nécessité des interventions diagnostiques et thérapeutiques, d'une part, et la préservation de la sphère intime dans le contexte de la maladie, du handicap et du traumatisme, d'autre part.

Les trois ateliers s'adressant en priorité à un public issu des sciences médicales, ceux-ci ont été intégrés aux congrès médicaux et se sont limités à des créneaux horaires d'une heure et demie à presque quatre heures – conformément aux disponibilités restreintes du public ciblé. Chacun des trois ateliers a exposé le thème sous une autre perspective: en fonction de l'orientation disciplinaire du congrès, l'attention de l'atelier était focalisée sur la psychiatrie, la médecine intensive et la médecine interne.

Les Medical Humanities: des eaux profondes?

Les Académies se sont aventurées dans des eaux profondes lorsqu'elles ont formulé le désir de promouvoir la collaboration entre des disciplines qui présentent non seulement un caractère interdisciplinaire ou multidisciplinaire, mais également supra-régional. Les coopérations entre les sciences médicales et les sciences humaines et sociales, déjà établies dans notre pays, ont en général une portée limitée et présentent une grande hétérogénéité; elles se limitent à des acteurs de quelques sous-disciplines ou à des régions isolées.⁴ Celui qui cherche un modèle de collaboration bien établi et basé sur la concertation entre toutes les disciplines des sciences humaines et sociales et des sciences médicales sera déçu, tant au niveau national qu'international. Ainsi, par exemple, les premières initiatives pour élargir la formation médicale de base aux méthodes et perspectives des sciences humaines et sociales dans les universités américaines remontent déjà à quelques décennies. Malgré cela, les Medical Humanities restent dans les pays anglo-américains un domaine peu institutionnalisé, de faible cohérence et aux contours encore très imprécis; ceci concerne autant la transmission du savoir dont l'influence au niveau de la compréhension des Medical Humanities est décisive que la production du savoir dont le rôle est encore subalterne.⁵

Traversées joyeuses, errances et avaries

Les trois ateliers sur le thème de l'«intimité et intrusion» ne visaient pas une réflexion explicite sur les Medical Humanities, orientée vers les sciences de la politique et l'épistémologie. Bien plus que de belles paroles sur l'interdisciplinarité tant prônée, les intervenants ont testé, à l'aide d'exemples concrets, les possibilités et les limites du dialogue interdisciplinaire. Grâce à l'orientation pratique des ateliers, ces excursions d'un groupe d'îlots disciplinaire à l'autre – pour rappeler la métaphore introductive – ont été une traversée stimulante et productive, tout le contraire d'une errance. Des scientifiques de toutes les disciplines et spécialités se sont ouverts avec curiosité à des perspectives sortant de leur cadre de référence habituel. Ils étaient tous conscients de l'interaction étroite entre la médecine et la société, même si un consensus sur le degré de cette interaction ne peut être sous-entendu.

Toutefois, malgré les nombreuses traversées réussies, quelques errances et avaries ont été constatées, lorsqu'un lieu de débarquement soigneusement choisi sur un groupe d'îlots d'une autre discipline n'a pas pu être atteint – par exemple, lorsque les orateurs n'étaient pas sur la même lon-

gueur d'onde ou ne parvenaient pas à amorcer un virage productif de la théorie vers la pratique.

L'orientation pratique dans un créneau horaire restreint s'est avérée désavantageuse dans ce cas, car elle n'avait pas prévu explicitement une réflexion au sujet des processus de délibération entre les différentes disciplines. Les problèmes de traduction ou les attentes déçues ont à peine pu être abordés et clarifiés. Avec le présent rapport, rédigé pour le compte du comité de programme de l'ASSM et de l'ASSH, j'essaie de combler – au moins partiellement – les lacunes décelées, en partie à l'aide de textes des orateurs ou de tiers.⁶ Je remplis cette mission tout en étant consciente que l'analyse d'une observatrice ne remplace pas la réflexion autocritique des participants et que les perspectives externes ne correspondent pas forcément aux perspectives internes. Les contours d'une collaboration interdisciplinaire se dessinent toujours plus précisément lorsque surgissent des obstacles – selon Micheline Louis-Courvoisier.⁷ C'est dans ce sens que j'espère que tant les traversées joyeuses que les errances et avaries contribuent à clarifier les contours des Medical Humanities.

Atelier 1

Discipline
Psychiatrie

Titre
«Intimité et Intrusion
en psychiatrie: Aspects
interdisciplinaires»

Organisation
Prof. Dr med. Dieter Bürgin,
Bâle

Cadre
Congrès annuel
de la Société Suisse
de Psychiatrie
et Psychothérapie (SSPP),
Genève

Date
Jeudi, 3.9.2009

Créneau horaire
Quatre heures

Atelier 1: «Intimité et intrusion en psychiatrie: Aspects interdisciplinaires»

Présentation

Le premier atelier englobait un large éventail de thèmes issus de la pratique clinique en psychiatrie. D'un point de vue formel, l'atelier s'est distingué par une distribution claire des rôles entre les deux disciplines: les représentants des sciences médicales ont présenté des exemples de cas, ceux des sciences humaines et sociales ont associé ces exemples concrets à leur savoir de base et à des indications orientées vers la pratique.

Le concept

Le programme (en annexe) bien structuré de cet atelier de quatre heures affichait l'ambition de parvenir à un résultat qui reflétait plus qu'un aperçu synoptique des différentes perspectives ayant un lien avec le thème principal. Les organisateurs ont misé sur la force cohésive du concret, en prenant comme pivot et centre de la manifestation quatre exemples de cas de la pratique psychiatrique qui ont servi d'ancre. Leur objectif commun était de faciliter le dialogue entre les représentants des deux disciplines. Chacun des intervenants psychiatres ou psychologues disposait d'un quart d'heure pour présenter un cas particulièrement prégnant. Chaque présentation était suivie d'un exposé de dix minutes pour permettre une réinterprétation du cas sous l'angle des sciences sociales ou juridiques ainsi que d'une discussion de la même durée à laquelle le public était invité à participer.

L'intérêt du public

Si l'on mesure le succès des ateliers au nombre de participants, c'est le premier d'entre eux qui a eu le plus de résonance avec ses trente auditeurs, dont environ un tiers n'est resté que jusqu'à la pause. La majorité des auditeurs

semblaient issus des professions médicales – comme le laissait supposer l'intégration de l'atelier au congrès annuel de la SSPP.

Les exemples de cas: une intimité sans contours?

Les quatre conférenciers, venus tous de la Suisse alémanique, ont couvert un large éventail de thèmes allant des négociations quotidiennes dans la pratique clinique jusqu'aux problèmes juridiques, en passant par les questions interculturelles: Comment se comporte-t-on avec une femme qui, pendant plusieurs jours, refuse de prendre une douche, porte d'épais vêtements d'hiver au printemps et insulte sa thérapeute? Le psychothérapeute doit-il accompagner son jeune patient handicapé aux toilettes ou prendre une certaine distance? Comment réagir lorsqu'une femme enceinte, toxicomane, se soustrait au suivi par des experts à mesure que la naissance approche? Comment le thérapeute peut-il éviter que ses questions et actions n'aggravent la situation déjà difficile d'une patiente sévèrement traumatisée? Aussi bien les exemples concrets que les analyses des corapporteurs déclinaient les termes d'«intimité» et d'«intrusion» dans des contextes thérapeutiques et sociaux tout à fait différents. Ce faisant, les notions elles-mêmes sont restées étonnamment sans contours, notamment le terme d'«intimité»: l'«intimité» – c'est ainsi que l'on pourrait résumer le plus petit dénominateur commun – implique la proximité, la confiance et la discrétion. Au-delà de ces considérations, l'«intimité» a souvent un lien avec le corps. Celui qui utilise ce terme, parle en règle générale de la qualité d'une relation ou de sa relation avec soi-même. Toutefois, l'affectation de cette qualité restait difficile à saisir: l'intimité – dans le sens de la «sphère intime» – est-elle une qualité statique, associée à des individus et à leurs corps? Ou est-elle une qualité dynamique qui n'intervient que dans les relations et qui doit toujours être renégociée? Si les deux définitions sont exactes, dans quel rapport d'interdépendance se situent-elles? La plupart des conférenciers qui ont avancé une définition explicite ont mis en avant l'aspect relationnel et donc la dynamique. Pour le psychiatre Dieter Bürgin (*Bâle*), par exemple, qui a introduit l'atelier, l'intimité suppose toujours la présence de deux personnes: selon sa définition, l'intimité suppose «une grande proximité dyadique» («eine grosse dyadische Nähe»). Le sociologue Ilario Rossi (*Institut des Sciences Sociales, Université de Lausanne*) la décrit comme un «espace qui se nourrit de l'ouverture vers les autres, au plus près de soi (...)», alors que le psychiatre bâlois Stefan Klatte (*Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel*) parlait d'un «sentiment de confiance profonde, comme il peut exister dans la cohabitation avec un partenaire» («Gefühl tiefster Vertrautheit, wie es im

Zusammenleben mit dem Partner entstehen kann»). En revanche, la psychologue Elisabeth Hämmerli (*Kantonale Psychiatrische Dienste, Liestal*) associe cette notion à des «limites» et à la «protection» plutôt qu'à des aspects relationnels. «*L'intimité doit être préservée, en respectant des limites, mais aussi en posant des limites*» («*Intimität muss gewahrt werden, indem wir Grenzen respektieren, aber auch Grenzen setzen*»), telle est la définition de la thérapeute.

L'intimité dans un champ de tension

Même si l'éventail des thèmes était large et que les notions d'«intimité» et d'«intrusion» restaient diffuses (ou peut-être justement pour cette raison⁸), un thème central s'est laissé esquisser. Elisabeth Hämmerli avait parlé du «*paradoxe inhérent au travail psychiatrique*» («*Paradoxie, die in der psychiatrischen Arbeit angelegt ist*») et décelait ainsi un champ de tension comportant deux aspects qui se contredisent – du moins en partie: d'une part, il convient de respecter des limites pour protéger l'intimité du patient. D'autre part, le processus de guérison est – entre autres – justement basé sur une incursion dans cette sphère intime et privée. L'objectif de la thérapie est, selon Dieter Bürgin, «*le rétablissement de l'intimité*» («*die Wiederherstellung von Intimität*»). Mais comment rétablit-on l'intimité (ou la capacité d'intimité) sans que le patient ne ressente la thérapie comme intrusive? Comment peut-on aider un être pour qui, selon Elisabeth Hämmerli, «*les vécus intérieur et extérieur sont proches au point de devenir une menace*» («*Innen und Aussen im Erleben bedrohlich nah beieinander liegen*»)? Les quatre exemples cités ont illustré que la limite qui sépare un traitement respectueux des patients de pratiques intrusives est parfois extrêmement ténue. Les processus diagnostiques et thérapeutiques soumettent les médecins et les soignants à un exercice d'équilibrisme continu. Ceci concerne des tâches tout à fait quotidiennes comme l'hygiène corporelle aux soins aigus, mais également l'accompagnement en cas de problèmes existentiels comme par exemple une décision d'avortement. Ce qui est considéré comme intrusif doit toujours être renégocié entre patients, soignants et médecins. Les exemples de cas ont montré de façon impressionnante qu'il n'existe pas – du moins dans les sciences médicales – de recettes faciles à reproduire pour structurer ces échanges.

Commentateurs: pas de recettes

Les commentateurs, eux-mêmes, n'étaient pas à même, en jetant un bref coup d'œil dans la collection de recettes des sciences sociales, d'en déduire aisément des solutions recopiables. Seule la juriste Dominique Manai-Wehrli (*Département de Droit Civil, Université de Genève*) a pu remonter à des bases permettant de formuler des consignes opératoires concrètes. Elle a commenté un cas concernant le comportement à adopter avec une jeune femme toxicomane, enceinte, sous traitement ambulatoire qui ne se montre pas toujours coopérante. Kyrill Schwegler (*Zürich, Fallbeispiel aus der Psychiatrischen Poliklinik am Universitätsspital Basel*) a présenté le difficile exercice d'équilibriste entre une attitude laxiste et permissive et une attitude invasive de contrôle. Devrait-il laisser une certaine liberté à la patiente? Ou bien devrait-il exercer un contrôle plus strict dans l'intérêt de l'enfant à naître? Au moins d'un point de vue juridique, Dominique Manai-Wehrli a pu rassurer le psychiatre. Le fœtus n'étant pas considéré comme une personne et la patiente n'étant pas limitée dans sa capacité de discernement, des mesures de contrainte ne seraient pas indiquées dans ce cas. Les médecins n'auraient donc pas failli à leur devoir de diligence envers l'enfant à naître.

Contrairement à la juriste, les commentateurs ethnologues et sociologues n'ont pas pu se référer à des connaissances normatives et codifiées. Ils ont misé sur une réflexion approfondie sur les contextes sociaux et culturels de ce cas, ou – comme l'exprimait Ilario Rossi – sur un «*aller et retour entre le général et le particulier*». Souvent, des distances considérables séparent le général du particulier: Pendant leur temps de parole – trop court dans le contexte des sciences sociales – ceux-ci ont plus souvent voyagé en supersonique qu'en vitesse de croisière. Mais ceux qui se sont aventurés dans cette expédition éclair ont été largement récompensés. Ainsi, les sociologues Ilario Rossi et René Knüsel (*Institut des Sciences Sociales et Pédagogiques, Université de Lausanne*) ont pu montrer que les paradoxes du travail psychiatrique sont indissociables des paradoxes inhérents à l'accroissement de l'individualité et de l'identité. Celui qui veut s'établir avec succès dans une société moderne, doit concevoir un soi cohérent. Un soi, capable d'adapter constamment les éléments sociaux, culturels et économiques à la liberté de manœuvre individuelle, tout en restant stable, mais aussi un soi qui ne s'isole pas et qui sait s'ouvrir à son environnement – et donc capable d'intimité. Ces mouvements oscillatoires entre délimitation et ouverture ne sont pas dépourvus de problèmes: «*En se découvrant, on prend le risque d'être victime de violences et de contrôles de la part de ceux qui peuvent utiliser cette proximité pour asseoir leur domination*», c'est ainsi que Rossi citait l'ethnologue Michel Joubert.⁹

L'exposé de l'ethnologue Corina Salis Gross (*Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern / Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich*) a montré que la violence endurée alourdit encore le champ de tension du travail psychiatrique et accentue par là même les problèmes. Tout particulièrement les patients issus de la migration ont souvent cumulé les expériences de violence. Ceux-ci peuvent dès lors ressentir les interventions diagnostiques et thérapeutiques comme particulièrement intrusives et présentent un risque accru de retraumatisation. La présentation de Salis Gross a mis en évidence la nécessité d'un développement trans-culturel de l'organisation. Au-delà de cet aspect, elle a suggéré de reconsidérer le principe de l'abstinence professionnelle avec des patients issus de la migration: *«Les patients traumatisés ou même retraumatisés ont besoin d'un soutien <réel>, non seulement dans leur cadre privé, mais aussi sous forme d'une assistance complète assurée directement par la <personne de confiance> professionnelle (comme les médecins, avocats ou curés) ou par leur représentant.»* (*«Traumatisierte und sogar retraumatisierte Patientinnen benötigen <reale> Unterstützung, und dies nicht nur im privaten Rahmen, sondern in Form von umfassender Annahme direkt durch die <Vertrauenspersonen> der Professionen [wie Ärzte, Anwälte oder Pfarrer] oder deren Vertreter»*).

Bilan du premier atelier

Le premier atelier a permis de conclure qu'il existe bel et bien dans les disciplines concernées des scientifiques prêts à s'impliquer dans des perspectives au-delà de leur cadre référentiel habituel. L'échange a été explicitement qualifié d'intéressant et d'enrichissant par les différents intervenants. Outre ces convergences importantes, quelques divergences entre les différentes disciplines ont émergé.¹⁰ Même si le contexte des sciences médicales respectivement humaines et sociales n'a pas divisé les intervenants en deux blocs monolithiques, il est clairement ressorti qu'ils ne s'orientent pas aux mêmes horizons épistémologiques et qu'ils produisent, représentent et mettent en pratique leurs savoirs spécifiques de manières différentes.¹¹ Si la distribution claire des rôles, telle qu'elle était prescrite dans le concept, a permis de rester concentré sur le thème central du colloque, elle a aussi accentué les différences structurelles et culturelles existantes. Les intervenants des sciences médicales ont en effet été surtout considérés comme des praticiens, ceux des sciences humaines et sociales comme des observateurs et des interprètes. Ces attributions n'ont laissé aux conférenciers que peu de liberté dans leur recherche de possibles interfaces entre les disciplines; elles ont en outre

pu générer des attentes qui ne peuvent pas ou seulement difficilement être satisfaites.

Prestations et contre-prestations?

«*La difficulté est double: dire ou écrire l'intime, c'est le priver assurément de sa qualité d'intime, le détruire peut-être*», c'est ainsi que le sociologue Ilario Rossi (citant Aline Mura-Brunel) a caractérisé le dilemme du discours sur l'intimité, «*or, le taire permet certes de le préserver en tant qu'intime, mais c'est alors se condamner à ne jamais le connaître, ne pas le faire connaître.*»¹² La structure des ateliers a permis aux psychiatres et psychologues de donner, à travers les exemples de cas évoqués, un aperçu de leur espace – sensible – de liberté thérapeutique; celui-ci présuppose une relation de confiance mutuelle entre médecins, soignants et patients et est protégé par des règles dont certaines sont écrites et d'autres non. L'accès à cet espace de liberté essentiel mais vulnérable est réservé aux personnes directement impliquées dans le processus de traitement ou – de façon plus restrictive – à celles qui produisent des connaissances susceptibles d'améliorer les traitements à l'avenir.¹³ Avec leurs exemples de cas, les psychiatres et psychologues attendaient donc une contrepartie de la part des sciences humaines. Et si les auteurs ne se sont pas présentés comme des experts omniscients – bien au contraire, ils ont relaté des situations dans lesquelles ils ne se sont pas sentis à l'aise dans le champ de tension entre intimité et intrusion –, ceci n'a en rien réduit leurs attentes.

Mais quelles étaient donc ces attentes? Dans son introduction, le psychiatre Dieter Bürgin a exprimé le souhait «*d'élargir la rencontre entre quatre yeux à une contemplation entre un grand nombre d'yeux pour retourner enrichi à la rencontre entre quatre yeux*» («*die Begegnung unter vier Augen auszuweiten zu einer Betrachtung unter vielen Augen, um bereichert in die Begegnung unter vier Augen zurückzukehren*»). Il n'a pas précisé en quoi pouvait consister cet enrichissement: d'aperçus de la recherche fondamentale dans d'autres disciplines? D'élans vers l'auto-réflexion? De recettes adaptées à la pratique? Même si probablement chacun des participants à l'atelier a formulé des attentes différentes aux sciences humaines et sociales, il était peu surprenant de constater au cours du colloque que la tendance allant vers un savoir directement applicable trouverait plus d'écho. Ainsi, lorsque l'ethnologue Corina Salis Gross a avancé des indications et des consignes tout à fait concrètes, il a semblé que la température de la salle s'élevait de quelques degrés.

Comprendre et expliquer

Plus modérées étaient les réactions des conférenciers et du public quant aux réflexions sur les contextes sociaux et culturels de la pratique médicale présentées par les représentants des sciences humaines et sociales. Pendant leur temps de parole très court – dans le contexte de leurs disciplines – leurs exposés semblaient quelque peu difficilement saisissables. L’auditoire étant de toute façon uniquement intéressé par des directives concrètes, auraient-ils pu s’épargner l’analyse des relations interdisciplinaires? Mais l’intérêt du public n’était pas aussi unidimensionnel, ne serait-ce qu’en raison des interdépendances constatées dans les discours de la psychiatrie et dans ceux des sciences humaines et sociales qui laissaient donc supposer une certaine compréhension préalable de la part des participants. Les principales causes de la distance parfois nettement perceptible entre les disciplines doivent être trouvées ailleurs. N’ayant procédé à aucun sondage représentatif au sein du public et des conférenciers, je ne peux esquisser ici que quelques possibilités:

- **Premièrement, des problèmes de traductions pourraient être évoqués**, et ce à deux niveaux: les commentaires étaient denses et ont transmis beaucoup d’informations en peu de temps; ils n’ont pas été systématiquement traduits dans une langue qui soit accessible à des profanes en si peu de temps. Ces difficultés ont encore été renforcées du fait que l’atelier s’est déroulé dans deux langues nationales.
- **Deuxièmement, la distance pourrait également être attribuée à des différences épistémologiques** renforcées par la structure de l’atelier. Pendant que les présentateurs des exemples de cas argumentaient selon une perspective compréhensive, le rôle des commentateurs était d’expliquer. C’est avec une certaine réticence que les psychiatres et psychologues ont placé leurs observations et expériences sous le point de vue de leurs connaissances spécifiques. Leurs exemples de cas, caractérisés par une large part de concret, d’empathie et d’auto-réflexion, ont laissé place à des interprétations. Toutefois, celui qui attendait que les commentateurs argumentent aussi d’un point de vue compréhensif et inductif faisant écho aux exemples de cas, a été déçu: si les représentants des sciences humaines et sociales se sont référés à des exemples de cas, en règle générale, ils se sont rapidement éloignés des situations concrètes pour parvenir à l’explication des relations interdisciplinaires. S’écartant de la perspective compréhensive, leur travail a surtout été explicatif et déductif. Il se pourrait que ces bonds rapides entre le concret et l’abstrait, entre le compréhensif et l’explicatif aient créé un vide qui pourrait expliquer au moins en partie la distance évoquée ci-dessus. Que les commentateurs se soient à peine

impliqués au niveau micro et aient surtout travaillé de manière explicative, doit plutôt être imputé au manque de temps et à la distribution claire des rôles au sein de l'atelier qu'à la perspective épistémologique des sciences humaines et sociales qui oscille en principe entre une approche compréhensive et une approche explicative.

Atelier 2

Discipline

Médecine intensive

Titre

«Intimité et intrusion aux soins intensifs»

Organisation

Prof. Dr méd. Roberto Malacrida, Lugano

Cadre

Congrès annuel de la Société Suisse de Médecine intensive (SSI), Olma Messen St. Gallen

Date

Samedi, 26.9.2009

Créneau horaire

1 h 30 min

Atelier 2: «Intimité et intrusion aux soins intensifs»

Présentation

Le deuxième atelier s'est focalisé sur les soins intensifs, un domaine clinique qui se distingue des autres champs d'application par la fragilité des patients et le degré particulièrement élevé de technicité. La protection de la sphère intime du patient est ici un défi particulièrement exigeant. L'atelier a permis à des intensivistes et des soignants de rencontrer des représentants des sciences humaines et sociales et de discuter aussi bien des connaissances fondamentales que des approches orientées vers la pratique.

L'intérêt du public

Ce colloque a suscité peu d'intérêt et s'est, de ce fait, déroulé dans un cadre que l'on pourrait qualifier d'intime. Il était surprenant de constater la participation exclusivement féminine; parmi elles, un médecin et trois infirmières en soins intensifs et – pour autant que je puisse en juger – aucune représentante externe des sciences humaines et sociales n'avait franchi le seuil de l'Olma.

Le concept

Avec un créneau horaire d'à peine une heure et demie, l'atelier de St-Gall était nettement plus court que le premier de la série et son contenu était plus hétérogène (*cf. programme en annexe*). Le programme dense, alternativement en français et en allemand, avait prévu six exposés, dont cinq ont finalement été présentés.¹⁴ Outre la perspective des médecins, celle des soignants a aussi été évoquée sous forme d'exemples de cas. Contrairement à l'atelier de Genève, les représentants des sciences humaines et sociales invités ne venaient pas d'une université mais de différentes hautes écoles du Tessin. Toutefois, l'affiliation aux hautes écoles n'impliquait pas forcément

que les connaissances divulguées soient plus nettement orientées vers la pratique.

La principale différence par rapport au premier atelier résidait dans la distribution des rôles; celle-ci était moins clairement définie à St-Gall: les exemples de cas n'étaient pas suivis d'un exposé. Par contre le programme avait prévu deux blocs de thèmes, dans lesquels un psychologue respectivement une spécialiste en histoire et théorie du cinéma ont présenté les résultats de leurs analyses; ceux-ci ont ensuite été illustrés et commentés par un intensiviste et un psychiatre.

Des corps dociles

Qu'ils soient réceptifs, anesthésiés ou comateux, les patients aux soins intensifs ont des capacités de communication et d'action limitées. En même temps, des informations sont soutirées à leurs corps à peine vêtus: la pression cérébrale est mesurée, la fréquence cardiaque est traduite en courbes, la teneur en oxygène dans le sang est surveillée. «*Les fonctions du corps, traduites en numéros et vagues, sont visibles par des monitors qui signalent toutes les altérations*», ainsi décrivait Valentina di Bernardo (*Ospedale Regionale, Lugano*) la situation exposée des patients. «*Le corps, sans plus de vêtements, couvert des fois seulement par des couvertures, est exposé au regard des soignants et des parents.*» La relation entre les médecins et soignants, d'une part, et les patients, d'autre part, est basée sur une asymétrie évidente. «*In intensive care, self-disclosure is unidirectional and a necessity of the dependent*»; c'est ainsi que l'intensiviste Stephan Marsch (*Universitätsspital Basel, Abteilung für Intensivmedizin*) explique les relations de dépendance. Mais dans quelle mesure le «soi» du patient participe-t-il alors à sa révélation à lui-même? «*How much self is there in self-disclosure?*» Avec cette question, Marsch a touché un problème crucial, dont la portée dépasse largement les soins intensifs et qui affecte la définition de l'intimité dans la pratique médicale à un niveau plus général. Comment épeler l'intimité lorsque le patient ne peut pas participer activement à l'élaboration d'une relation de confiance? Lorsque ni le diagnostic, ni la thérapie, ni les soins ne sont possibles sans révélation de son (propre) corps? Lorsque, comme l'exprimait Valentina di Bernardo, les corps «*sont rendus dociles par la maladie et l'administration de sédatifs*» («*durch die Krankheit und den Gebrauch von Sedativa gefügig gemacht wurden*»)? Lorsque ce corps est intégré dans un contexte technique? Lorsque des tiers se sont chargés en grande partie du contrôle de ses fonctions?

L'intimité fluide

Les orateurs n'ont pas pu apporter de réponse définitive à toutes les questions; ils sont cependant parvenus à la conclusion qu'aux soins intensifs – comme dans le domaine psychiatrique – les contours et les contenus de l'intimité doivent constamment être renégociés. Dans ce contexte où les patients sont souvent incapables d'agir et de communiquer, une pesée minutieuse de la proximité et de la distance revêt une importance particulière. Deux exemples de cas impressionnants, décrits par l'infirmière en soins intensifs, Valentina di Bernardo, ont montré à quel point les interactions sont souvent complexes aux soins intensifs et combien l'intimité des patients peut être vulnérable. Souvent les patients ne peuvent avoir aucune influence sur les pratiques quotidiennes et le flux d'informations; ce sont les soignants, médecins et proches qui sont alors les plus à même de définir ce qui affecte l'intimité et ce qui ne l'affecte pas.

Dans ces processus de définition et d'échange entre les différents acteurs des soins intensifs, l'intimité ne peut être considérée comme une qualité aisément perceptible et clairement délimitée. Elle ne trace pas de frontière évidente entre le patient et son environnement. L'intimité aux soins intensifs n'est donc pas seulement fragile – elle est aussi fluide. *«L'intimité peut donc être vue selon différents points de vue. Ce qui est intime ne l'est pas pour tout le monde, ni pour toujours»*, conclut Giona Morinini (*Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Manno, Osservatorio Medical Humanities*). Dans une étude empirique, le psychologue a vérifié si les différents acteurs des soins intensifs ont abordé le thème de l'«intimité» de différentes façons. À l'aide d'interviews et de questionnaires, il a pu démontrer que la perception et les sentiments d'un proche, d'un médecin, d'un soignant et d'un patient pouvaient considérablement varier. Les personnes questionnées se sont référées soit au corps (*«intimité physique»*), soit au côté relationnel (*«intimité relationnelle»*), soit à la personne et sa sphère intime (*«intimité personnelle»*), souvent à ces trois niveaux en même temps, toutefois à des degrés divers. Ainsi, par exemple, les soignants ont toujours relié l'intimité au corps, alors que pour seulement la moitié des patients l'intimité physique semblait importante et qu'aucun des proches n'avait abordé cet aspect.

«Très intéressant», pourrait-on dire, *«mais quelle est donc l'utilité de telles études pour la pratique quotidienne?»* Le commentaire de Stephan Marsch a montré que les résultats d'études empiriques peuvent être tout à fait pertinents pour la pratique, car ils ont le potentiel d'ouvrir de nouvelles perspectives, même à des experts expérimentés. L'intensiviste a encouragé l'équipe de Lugano et Manno, à laquelle appartenait aussi Morinini, à poursuivre leurs recherches. Ainsi, à titre d'exemple, les différences

entre les perspectives des soignants et celles des médecins, telles que cette étude les a révélées, constituent une base de réflexion précieuse pour la pratique professionnelle. «*Le fait qu'il existe des différences entre les perceptions et les émotions des différents acteurs n'est pas un problème en soi*» («*Die Existenz von Differenzen zwischen den Auffassungen und Emotionen zwischen den verschiedenen Akteuren ist kein Problem per se*»), a déclaré Marsch. «*Mais la prise de conscience de ces différences peut faciliter les soins et les interactions interdisciplinaires*» («*Aber das Bewusstsein dafür, dass Differenzen existieren, kann die Pflege und die interdisziplinäre Interaktion erleichtern.*»)

Bilan du deuxième atelier

Comparé au premier atelier, la distribution des rôles entre les représentants des différentes sciences était moins stricte à St-Gall. Ceci a impliqué qu'à côté des exposés non commentés, une inversion des rôles était possible, c'est-à-dire que par exemple les résultats des études empiriques des sciences humaines et sociales ont été présentés et ensuite commentés par un expert médical. A mon avis, la structure plus ouverte s'est avérée productive, notamment au milieu de cet atelier. Les trois exposés basés sur la pratique clinique ou sur les études empiriques¹⁵ ont pu amorcer un dialogue entre les différentes sciences. Si celui-ci ne s'est déroulé que par à-coups, c'est entre autres en raison du nombre réduit de participants et du peu de temps imparti à la discussion dans le programme.

Bien que cette structure ouverte ait de nombreux avantages, je l'aurais souhaitée plus rigide de temps à autre, notamment concernant l'exposé introductif et la présentation du film en conclusion. Dans son exposé introductif, la philosophe Dr Chantal Marazia (*Lugano Istituto Ricerca Medical Humanities*) s'est focalisée sur le thème des relations complexes entre pudeur, maladie et technicisme, qui aurait mérité nettement plus d'attention. Dans presque tous les exposés, le champ de tension entre intimité et intrusion était réduit à une perspective interpersonnelle. Le rôle des facteurs non humains dans ces processus complexe d'échange n'a pas été abordé. Par exemple, le recours à des moyens techniques ou à l'administration de médicaments influence-t-il la relation entre médecins, soignants et patients? De quelle façon l'orientation croissante de la pratique médicale vers le marché a-t-elle un impact sur les échanges entre médecin et patient? Une radiographie fait-elle partie de la sphère intime du patient?

De telles questions gagneraient à être traitées par les sciences humaines et sociales, à condition que la liaison entre la recherche fondamentale et le quotidien clinique puisse être établie, ce qui n'a pas toujours été le cas à St-Gall.

Atelier 3

Discipline

Médecine interne

Titre

«Consultation et sexualité au-delà du Viagra et de la pudeur»

Organisation

Prof. Dr méd. Edouard Battegay, Zurich
Micheline Louis-Courvoisier, Ph.D., Genève

Cadre

Congrès annuel de la Société Suisse de Médecine interne, Congress Center Bâle

Date

Vendredi, 21.5.2010

Créneau horaire

1 h 45 min

Atelier 3: «Consultation et sexualité au-delà du viagra et de la pudeur»

Présentation

La sexualité n'est pas seulement liée à la sphère intime – souvent elle est assimilée à ce qu'il y a de «plus intime» et concerne de ce fait un espace caractérisé par la peur du contact à différents niveaux et par des échanges complexes, également dans la pratique clinique quotidienne. Le troisième atelier a donné accès à cet espace de réflexion en le contrastant avec un exemple de cas du 18^e siècle.

L'intérêt du public

Ceux qui attendaient une faible fréquentation de cet atelier, ce vendredi après-midi à la veille du weekend de la Pentecôte, ont été agréablement surpris. En effet, comparé aux autres ateliers, le nombre des participants était élevé. Le public était composé de visiteurs du congrès, donc presque exclusivement de médecins, mais ce fait mis à part, il était plutôt hétérogène: des femmes et des hommes de tous âges, originaires aussi bien de Suisse romande que de Suisse alémanique, travaillant en polyclinique médicale ou en cabinets de praticiens.

La salle affectée à cet atelier était relativement petite si bien que les participants n'étaient pas perdus au milieu de rangs vides – comme à St-Gall – et le temps imparti à la discussion était assez long, ce qui a manifestement contribué à la richesse des débats.

Le concept

«D'un côté, lors de beaucoup de consultations, la sexualité des patients est abordée, par exemple en relation avec la prescription de Viagra. De l'autre côté, souvent le sujet n'est même pas abordé» («Einerseits wird die Sexualität der Patienten in vielen Sprechstunden proble-

matisiert, zum Beispiel im Zusammenhang mit der Ver-schreibung von Viagra. Andererseits wird das Thema oft auch gar nicht angesprochen», c'est ainsi que le modérateur Edouard Battegay (*UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Innere Medizin*) a esquissé le champs de tension dans lequel il évolue en tant qu'interniste. Le titre de l'atelier «*Consultation et sexualité au-delà du viagra et de la pudeur*» a laissé entrevoir une réflexion sur un thème qui ne se limite pas au recours à des médicaments contre l'impuissance ou à un silence pudique. Toutefois, ceux qui attendaient des réponses toutes faites transmises en direct, sont rentrés bredouilles: «Nous allons procéder à une expérience avec vous», avait prévenu l'animateur dès le début de la manifestation interactive de presque deux heures. Au lieu de baser le dialogue sur des exemples de cas actuels, ce sont les expériences et interprétations de collègues et patients décédés depuis longtemps qui ont constitué le point de départ de la réflexion sur la situation actuelle. Il s'est agi d'abord de démontrer si les informations apportées par l'historienne Micheline Louis-Courvoisier (*Université de Genève, Institut d'éthique biomédicale*) dans son exposé se sont avérées utiles. Et, pour ce faire, les conditions étaient optimales: bien que le programme du colloque ne contenait aucune indication relative à la structure interdisciplinaire ou à la présentation d'un exemple de cas historique, le public semblait ouvert à cette expérience. «*Nous espérons développer un langage commun*» («*Wir hoffen, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln*»), a affirmé Battegay au regard de la coopération interdisciplinaire. «*Ce n'est pas toujours facile.*» («*Das ist nicht immer einfach.*»)

Histoire sans cours d'histoire

«*Je ne vais pas faire un cours d'histoire*», a précisé d'entrée l'historienne. Certes, elle a donné un aperçu de ses sources qui remontent au 18^e siècle, mais le but de sa présentation n'était pas de se lancer dans une critique détaillée de ses sources, ni de confronter explicitement les informations présentées à l'horizon de théories plus récentes des sciences humaines et sociales. Louis-Courvoisier a plutôt misé sur le potentiel productif d'une perspective comparative – et sur une forme d'atelier réellement participative. Elle s'est servie des exemples de cas historiques comme d'un produit de contraste qui permettrait aux participants de visualiser les contours de leurs propres expériences et de les réfléchir.

Ce faisant, elle a eu recours à un concept didactique qu'elle applique aussi à la faculté de médecine de l'université de Genève lorsqu'elle introduit les Medical Humanities aux médecins débutants, mais qu'elle ne dispose que de deux heures. «*Il était illusoire de penser transmettre des*

connaissances ou des outils méthodologiques propres à une science humaine ou sociale». L'historienne a reflété les limites de la transmissibilité pour ensuite mettre en avant le gain de connaissances que les participants pourraient tirer de la réflexion sur des thèmes historiques ou littéraires. «*Néanmoins on pouvait espérer offrir un regard différent et complémentaire à celui de la biomédecine, et confronter les étudiants aux outils interprétatifs spécifiques aux sciences humaines, de manière à ce qu'ils réalisent que ceux dont ils font l'acquisition ne sont pas les seuls pertinents pour la résolution d'une situation clinique.*»¹⁶ Le fait de réfléchir à des perspectives historiques renforcerait la prise de conscience de la spécificité du regard médical professionnel et contribuerait à remettre en question son évidence. Cette approche ne sensibiliserait pas seulement les jeunes médecins à la prise de conscience des continuités et des coupures; bien plus, elle éduquerait leur capacité d'interprétation et leur permettrait de comprendre que toute perspective – également scientifique – dépendrait de la situation et de son contexte culturel. Dans cette perspective, l'introduction de références historiques dans un cours de médecine n'est pas une fin en soi; bien plus, son objectif est d'amorcer une réflexion explicite sur le présent pour pouvoir ainsi avoir une influence sur le futur: «*History allows us to move away from everyday questions, and thus re-orient the contemporary debate.*»¹⁷

Etranger et familier

Environ 250 ans séparent les internistes du 21^e siècle de leur collègue, Dr Samuel Auguste Tissot (1728–1797), praticien à Lausanne, dont le succès ferait pâlir d'envie bien des praticiens actuels, tant l'afflux de patients autochtones et étrangers était considérable. Un grand nombre d'entre eux, cependant, n'avaient jamais rencontré Tissot, parce qu'il conseillait ses patients par courrier – une pratique répandue à cette époque-là. Louis-Courvoisier qui, pendant plusieurs années, s'était penchée sur les 1500 lettres bien conservées, a exposé un petit extrait de ses sources dans une présentation power-point interrompue par des moments de discussions en français et en anglais.

Ce faisant, l'historienne n'a pas mis en avant les diagnostics du médecin lausannois, mais ses techniques d'anamnèse. Comment a-t-il acquis ses connaissances? Quelle était la part de connaissances recueillies grâce aux questions posées aux patients, quelle était la part de connaissances acquises au moyen d'autres techniques d'examen, comme par exemple la palpation? Comment les patients représentaient-ils leur sexualité? Les participants étaient constamment sollicités et invités à comparer leur pro-

pre pratique à celle du 18^e siècle. Il était évident que le but de la discussion n'était pas de réévaluer les exemples de cas historiques. C'est bien plus un effet que Louis-Courvoisier appelle «distancing» qui était visé. La confrontation avec le monde de Samuel Tissot et ses patients a encouragé les participants à osciller entre les pratiques cliniques parfois surprenantes du 18^e siècle et leurs propres expériences et modèles d'interprétation, afin de percevoir leurs propres références dans le cadre de l'évolution historique et de les réfléchir ensuite.

L'intimité au 21^e siècle

Le concept éprouvé dans la formation médicale de base a aussi fonctionné chez les médecins diplômés. Si les discussions étaient animées, c'était aussi grâce au talent du modérateur qui a su créer une atmosphère profitable à une discussion ouverte. Les exposés ont donné un aperçu d'un large éventail des différents aspects allant des techniques d'anamnèse sexuelle jusqu'aux conditions cadres souvent défavorables aux consultations, en passant par des peurs du contact liées à des conditions individuelles ou institutionnelles. Ce faisant, la pratique clinique est toujours restée au centre des préoccupations: «*Lorsque je dois procéder à des examens qui me mettent dans l'embarras, je mets ma blouse blanche*» («*Wenn ich Sachen untersuchen muss, die mir peinlich sind, ziehe ich einen weissen Kittel an*»), c'est ainsi, par exemple, que l'un des internistes a expliqué sa stratégie pour instaurer une distance. Un autre participant a déclaré qu'il ne touchait plus un patient, dès lors qu'il abordait avec lui le thème de sa sexualité. Plusieurs exposés ont mis en évidence que l'anamnèse sexuelle est à peine abordée dans la formation de base et que, de ce fait, les médecins ne peuvent souvent compter que sur eux-mêmes.

Bilan du troisième atelier

«*La médecine est pleine effervescence*» («*Die Medizin ist in einem Spasmus der Hektik*»), a diagnostiqué Edouard Battegay au début de cet atelier. La tentative de créer un cadre favorable à une discussion ouverte et posée, avec une distance constructive par rapport à la pratique clinique quotidienne, a effectivement réussi à Bâle. L'approche contrastante a ouvert un espace de réflexion qui a permis de répondre aux besoins des médecins, mais qui a aussi montré ses limites et risques. Ainsi les participants ont-ils pu établir des parallèles entre l'attitude face à la nudité au 18^e siècle et le souhait de patients musulmans de rester habillés lors des examens. De

cette manière, ils ont établi une continuité qui n'aurait certes pas résisté à une perception plus différenciée, mais qui dans ce créneau horaire étroit n'a pas pu être remise en question. Le peu de temps à disposition n'a pas non plus permis une discussion approfondie de sujets s'éloignant de la pratique clinique. Dans son commentaire, l'éthicienne Tanja Krones (*UniversitätsSpital Zürich, Klinische Ethik, und Universität Zürich, Institut für Biomedizinische Ethik*) s'est demandée si les médecins du 21^e siècle représentent toujours une instance morale ou s'ils ne sont pas plutôt une partie d'un pouvoir de normalisation. Cette question aurait sans doute mérité d'être discutée de façon plus approfondie – toutefois, celle-ci aurait largement dépassé le cadre de cet atelier.

Bien que l'atelier avait également dévoilé les limites de l'approche comparative, l'expérience annoncée au début du colloque a été manifestement une réussite. Sans vouloir mettre en concurrence les trois ateliers quant à leurs intérêts spécifiques et leurs contenus, il est frappant de constater que le dernier, annoncé comme atelier «expérimental», reposait sur l'expérience la plus large en matière d'interfaces interdisciplinaires: de toute évidence, la longue expérience de l'oratrice avec le sujet, le temps qu'elle avait investi pour rendre accessibles ses connaissances spécifiques et la concertation détaillée quant à l'orientation thématique avec le modé-

rateur ont été très profitables au dialogue.

Récapitulation des résultats

Le présent rapport, rédigé à la demande de l'ASSM et de l'ASSH, analyse un cycle d'ateliers initié par les Académies suisses des sciences, consacré au champ de tension «Intimité et intrusion» dans la pratique médicale. Ces ateliers qui se sont déroulés en 2009 et 2010 avaient pour but, d'une part, de donner des impulsions aux Medical Humanities en Suisse et, d'autre part, de fournir des informations relatives à la productivité et aux chances de succès des interfaces entre les sciences médicales et les sciences humaines et sociales. Contrairement aux colloques précédents, celui-ci n'était pas centré sur l'enseignement interdisciplinaire dans la formation de base, mais sur la relation entre la pratique médicale et la recherche en sciences humaines et sociales.

Le public ciblé étant en priorité issu des sciences médicales, les trois ateliers – d'une demi-journée au maximum – ont été intégrés dans les congrès médicaux des sociétés de discipline; ils se sont focalisés sur le thème de l'«intimité et intrusion» en le traitant du point de vue de chaque discipline – la psychiatrie, la médecine intensive et la médecine interne.

En terme d'effectif, la résonance a été très différente d'un atelier à l'autre: Les ateliers comptaient entre sept et trente participants, presque tous issus des sciences médicales. Les trois ateliers ont révélé que des scientifiques de toutes les disciplines et sous-disciplines associées se sont ouverts avec curiosité à des perspectives sortant de leur cadre de référence habituel. Enfin, si de nombreux soignants et médecins affichent un intérêt pour les sciences humaines et sociales, c'est parce que la compréhension de la maladie inclut aussi des facteurs sociaux et culturels.

Les ateliers se sont imposés par l'étendue de leur contenu, premièrement par la diversité des disciplines participantes,¹⁸ et deuxièmement par la diversité des formes d'enseignement et l'intérêt pour l'acquisition de nouvelles connaissances. Au niveau de son orientation pratique, le savoir transmis variait fortement et s'étendait de la transmission de connaissances de base et contextuelles ne pouvant être directement instrumentalisées à la présentation de connaissances se laissant rapidement traduire dans la pratique (ateliers 1 et 2) jusqu'à l'entraînement aux méthodes et perspectives. Le but n'était pas de transmettre des connaissances clairement définies des sciences humaines et sociales, mais plutôt d'encourager la capacité de réflexion et de communication des participants (atelier 3).

Compte tenu du caractère hétérogène des participants et du peu de temps imparti aux ateliers, ce n'est qu'avec beaucoup de réserve que des conclusions sur les chances et les obstacles d'une coopération entre les

sciences médicales et les sciences humaines et sociales ont pu être formulées. Le rapport met en relief trois aspects importants du cycle d'ateliers, dont la réflexion pourrait – au-delà de la série d'ateliers – donner des impulsions pour une structuration concrète des Medical Humanities:

Quelle forme de savoir est intéressante pour qui? Dans les trois ateliers, la transmission d'informations ou d'aptitudes, dont la pertinence pour la pratique clinique a été reconnue, a bénéficié d'un large écho. Tout particulièrement, la proposition de réfléchir aux propres expériences de la pratique clinique et de les soumettre à la discussion a été bien accueillie. Si les connaissances de base transmises par les sciences humaines et sociales ont également su éveiller l'intérêt du public, en revanche le dialogue a parfois tourné court en raison des temps de parole restreints. Notamment dans les deux premiers ateliers, une problématisation de la relation entre les connaissances fondamentales et les connaissances appliquées auraient pu enrichir le dialogue.

Qui est chargé de la traduction? Les ateliers ont permis de constater que les partenaires du dialogue ne s'orientaient pas – ou du moins pas constamment – aux mêmes horizons professionnels, que leur savoir est produit, représenté et traduit dans la pratique de manières très divergentes. Toutefois, ces différences, encore accentuées par le plurilinguisme des ateliers, n'étaient pas infranchissables. Ainsi, par exemple, dans le troisième atelier, un dialogue animé a eu lieu, finalement parce qu'il reposait sur un concept qui avait déjà fait ses preuves dans la formation médicale de base. D'une part, le travail de communication et de traduction réalisé au préalable et, d'autre part, le créneau horaire généreux imparti à la discussion ont, de toute évidence, porté leurs fruits.

Qui clarifie les attentes? Dans les trois ateliers, l'éventail étendu des différentes formes d'enseignement et l'intérêt pour l'acquisition de nouvelles connaissances s'est avéré être en même temps un enrichissement et un obstacle possible. Un enrichissement, car seule une large palette d'accès et d'objectifs peut satisfaire à la complexité des disciplines participantes et à leurs pratiques. Un obstacle, car avec le nombre croissant des possibilités, le danger devient également plus grand que les attentes préconçues soient plus diffuses et ainsi plus facilement déçues. Ce n'est donc pas seulement la relation entre les connaissances de base et contextuelles, évoquées plus haut, et les connaissances orientées vers la pratique qui doit être clarifiée; entre les partenaires du dialogue, les perspectives épistémologiques doivent être constamment renégociées.

Le potentiel de déception peut encore être accru en raison des contours toujours diffus des Medical Humanities, même au niveau internatio-

nal. Il n'est pas rare que les représentants des sciences sociales, encore plus que les représentants des sciences humaines, soient présentés comme représentants d'une perspective compréhensive et inductive qui tient compte de l'individualité de ceux qui participent au processus thérapeutique; ils constituent ainsi un contrepoids aux tendances d'abstraction de la biomédecine moderne. Le fait que de nombreux représentants des sciences humaines et sociales travaillent aussi avec des perspectives explicatives et déductives et visent plutôt une analyse globale de la société qu'une micro-étude concernant un patient isolé, ne correspond donc pas forcément aux attentes et peut comporter un certain potentiel d'irritation (voir à ce sujet les commentaires sur le premier atelier).

Un dialogue productif entre les disciplines inclut donc une concertation au sujet des attentes – non pas pour déterminer de façon précoce et rigide la nature et les objectifs de la collaboration, mais dans le sens d'une réflexion commune qui exige du temps et qui doit être étroitement liée à un échange interdisciplinaire sur les problèmes et projets

concrets, comme il a été cultivé dans les trois ateliers.

Perspectives

Face au caractère symptomatique pour les Medical Humanities d'au moins une partie des difficultés de compréhension exposées dans ce rapport, une réflexion au sujet de ce domaine subissant une forte influence anglo-américaine s'avère tout à fait pertinente. Ci-après, je contextualise les trois ateliers, en les reliant à des débats récents du domaine des Medical Humanities. Ce catalogue ne prétends pas être exhaustif, mais esquisse des possibles questions pour une discussion approfondie.

Qui sont les «Humanities» dans les «Medical Humanities»?

Les ateliers concernaient un large éventail de disciplines. Celui-ci ne coïncide pas forcément avec les définitions anglo-américaines des Medical Humanities qui, en principe, ne considéraient pas les sciences sociales comme matière principale.¹⁹ Encore actuellement la définition de l'étendue du champ interdisciplinaire des Medical Humanities fait l'objet de discussions. Alors qu'entre-temps des approches sous l'optique des sciences sociales ont été intégrées, même si c'est à des degrés différents, l'affiliation de l'art-thérapie est controversée. Également l'éthique et les sciences juridiques, qui avaient été intégrées dans les ateliers, ne sont pas incluses dans les Medical Humanities par tous les experts anglo-américains.²⁰

Que signifie «Medical» dans les «Medical Humanities»?

Les ateliers se sont exclusivement focalisés sur le secteur formel de la santé, c'est-à-dire sur la biomédecine scientifique occidentale. La relation entre médecins, soignants et patients étaient au cœur des ateliers. Cette réduction correspond à une définition largement répandue des Medical Humanities, en partie influencée par la relation indissociable de ce domaine avec la formation médicale de base. Cependant, depuis quelques années, des voix critiques s'élèvent, exigeant une compréhension pluraliste de la médecine et de la thérapie, qui tienne compte des modèles alternatifs de prise en charge en Suisse et à l'étranger d'une part, ainsi que des connexions au sein du système et des structures dans l'ensemble du système de santé, d'autre part.²¹ Dans le premier atelier, les commentateurs des sciences humaines et sociales se sont acquittés de ces exigences, sans toutefois avoir forcément satisfait les attentes des orateurs et du public (cf.

à ce sujet le bilan du deuxième atelier).

Quelles sont les bases épistémologiques des «Medical Humanities»?

Les ateliers se sont illustrés par un pluralisme prononcé et intentionnel de méthodes et d'approches épistémologiques. Ce pluralisme est en fait à l'image de la diversité des approches possibles, discutées dans les Medical Humanities à influence anglo-américaine. Toutefois, la perception tant intérieure qu'extérieure des Medical Humanities est marquée par des approches qualitatives, herméneutiques et inductives, souvent liées à l'exigence – contestée par beaucoup d'auteurs – d'humaniser la médecine.²² La perspective compréhensive – par exemple l'optique du patient – ne constitue pas seulement la principale base de l'enseignement et de la recherche au sein des Medical Humanities, mais influence aussi les attentes envers les sciences humaines et sociales qui, à mon sens, se sont aussi manifestées dans le premier atelier. Sans clarification de ces bases épistémologiques, on risque de passer à côté du dialogue – ou de ne pas tenir compte de perspectives explicatives et déductives aux interfaces entre les disciplines, ce qui serait une grande perte pour l'analyse des connexions structurales.

Quelles connaissances transmettent les «Medical Humanities»?

Les ateliers ont montré que les connaissances produites et surtout transmises dans le cadre des Medical Humanities divergeaient fortement quant à leur orientation pratique et la communication ouverte des résultats. Leur éventail s'étend de la production et transmission d'un savoir fondamental ne pouvant pas être directement instrumentalisé à un entraînement aux méthodes et perspectives susceptibles de promouvoir la capacité de réflexion et de communication jusqu'à la présentation de connaissances rapidement transposables dans la pratique médicale. Toutes les formes de savoir et les rapports entre elles sont problématisés dans la discussion au sujet des Medical Humanities. Les scientifiques des sciences humaines et sociales peuvent-ils et devraient-ils mettre à disposition du savoir sous forme de recettes, comme souvent exigé dans la pratique médicale?²³ Dans quelle mesure la forme et le contenu des connaissances produites et transmises doivent-ils être adaptés aux attentes du mandant? Jusqu'où les médecins peuvent-ils profiter de la recherche fondamentale en sciences humaines et sociales? Ces questions – et d'autres similaires – restent très controversées dans les discussions, aussi bien au sein des Medical Humanities que des disciplines humaines et sociales. De nombreuses discussions soulignent qu'un regard et un jugement isolés des différentes appro-

ches n'est pas souhaitable. Ainsi, par exemple, une orientation exclusive sur l'entraînement aux méthodes et perspectives serait problématique, parce qu'un enseignement de haute qualité ne peut être garanti que si les apprenants ont pu établir une connexion avec la recherche.²⁴ Certains représentants des Medical Humanities craignent également qu'une compréhension trop étroite du domaine puisse encore accroître la pression sur les médecins et soignants. Si une analyse et un enrichissement de la réflexivité et de la capacité de communication des personnes actives dans la pratique médicale est souhaitable, elle ne doit, par contre, pas rester le seul point de départ. Faute de quoi, on s'expose à un risque élevé d'individualiser des problèmes structurels tels que la pression du temps ou économique et, par là même, de les faire porter exclusivement par les collaborateurs.²⁵ Différentes formes de savoir et points de départ devraient alors se compléter.

Quel est l'objectif des «Medical Humanities»?

La question de savoir à quel point les connaissances en sciences humaines et sociales doivent transformer la médecine est étroitement liée aux différentes formes de savoir et d'enseignement. L'objectif des Medical Humanities est-il d'introduire des corrections inhérentes au système? Ou bien, les Medical Humanities peuvent-elles repenser la médecine?²⁶ Les approches en sciences humaines et sociales sont-elles effectivement complémentaires aux sciences médicales comme le stipulent constamment les Medical Humanities? Ou bien les différentes perspectives et conceptions du monde sont-elles parfois incommensurables?²⁷ De telles questions – et d'autres similaires – créent un champ de tension pouvant toutefois avoir un effet positif sur le dialogue entre les disciplines, surtout lorsqu'il fait l'objet de réflexions. Le cycle d'ateliers «Intimité et intrusion» a fourni des indices clairs signalant que les intérêts cognitifs des sciences humaines et sociales ne convergent pas forcément vers les questions concrètes de la pratique médicale. Mais, en même temps, il a montré qu'une réflexion sur ses propres perspectives et cadres référentiels et sur ceux de tiers peut être enrichissante pour tous les participants – et qu'en Suisse, on

est tout à fait disposé à s'engager dans une telle réflexion.

Bibliographie

- Académie suisse des sciences humaines et sociales (Hg.), (2006), *Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration. Colloque des 4 et 5 mai 2006, CHUV, Lausanne*, Bern.
- Adam, Y., Stülb, M., (2009), «Brauchen wir spezifisches Wissen in der medizinischen Versorgung von Migrant/inn/en? Qualifizierungsangebote zur transkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen», in: Rásky, E., (Hg.), *Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit*, Wien, S. 87–96.
- Adam, Y., Stülb, M., (2003), «Praktizierende Medizinethnologie: Unterricht für die Krankenpflege», in: Institut für Ethnologie der Universität Hamburg, (Hg.), *Ethnoscripts* 5, Nr. 2, S. 177–188.
- Barras, V., (2006), «Production et usage des sciences humaines en médecine», in: Académie suisse des sciences humaines et sociales, (Hg.), *Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration*, Bern, S. 39–45.
- Bonah, C., (2006), «L'enseignement des sciences humaines et sociales en médecine: éléments pour un panorama de la situation en France», in: Académie suisse des sciences humaines et sociales, (Hg.), *Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration*, Bern, 2006, S. 9–20.
- Burri, R., Dumit, J., (2007): *Biomedicine as Culture. Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*, New York, London.
- Campo, R., (2005), ««The Medical Humanities», for Lack of a Better Term», in: *JAMA*, 294, Nr. 4, S. 1009–1011.
- Chambers, T., (2009), «The Virtue of Incongruity in the Medical Humanities», in: *Journal of Medical Humanities* 30, S. 151–154.
- Cook, H. J., (2010), «Borderlands: a historian's perspective on medical humanities in the US and the UK», in: *Journal of Medical Ethics; Medical Humanities*, 36, S. 3–4.
- Downie, R.S., (2003), «Medical humanities: a vision and some cautionary notes», in: *Journal of Medical Ethics; Medical Humanities*, 29, S. 37–38.
- Evans, H.M., Greaves, D.A., (2002), «Looking for emerging themes in medical humanities – some invitations to our readers», in: *Journal of Medical Ethics; Medical Humanities*, 29, S. 1–3.
- Evans, H.M., Greaves, D.A., (2002), ««Medical humanities» – what's in a name?», in: *Journal of Medical Ethics; Medical Humanities*, 28,

S. 1–2.

- Herzlich, C., (2006), «Médecine et Sciences sociales: Parcours croisés et nouvelles perspectives», in: *Bulletin SAGW*, Nr. 1, S. 45–46.
- Huisman, F., Warner, J. H., (2004): *Locating Medical History. The Stories and Their Meanings*, Baltimore.
- Joubert, M., (2002), «La vie de Marlène: entre dépendance et autonomie», in: *Ethnologie française* XXXII, S. 103–114.
- Kirklin, D., (2004), «Editorial: The medical humanities teaching and research agenda: a symbiotic relationship», in: *Journal of Medical Ethics; Medical Humanities*, 30, S. 96–97.
- Knorr Cetina, K., (2002), *Wissenskulturen. Ein Vergleich naturwissenschaftlicher Wissensformen*, Frankfurt a.M.
- Küchenhoff, J., (2009), «Welche Erwartungen hat die Medizin an die Geistes- und Sozialwissenschaften?», in: *Bulletin SAGW*, Nr. 2, S. 41/42.
- Louis-Courvoisier, M., Wenger, A., (2010), «Sciences humaines en médecine: enjeux et tensions de l'interdisciplinarité», unpublizierter Bericht über einen Workshop am World Knowledge Dialogue 2010: *Interdisciplinarity in Action. A Practical Experience of Interdisciplinary Research*, Genève.
- Louis-Courvoisier, M., (2009), «Le choc interfacultaire. Une historienne en faculté de médecine», in: Aubert, G., (Hg.), *Regards sur l'Université de Genève 1559–2009*, Genève.
- Louis-Courvoisier, M., (2008), «Les humanités médicales à Genève: conditions pratiques et cadre théorique de l'enseignement», in: Danou, G. (Hg.), *Médecine et littérature ou les voix de la résistance*, Paris, S. 31–44.
- Louis-Courvoisier, M., Wenger, A., (2005), «How to make the most of history and literature in the teaching of medical humanities: the experience of the University of Geneva», in: *Journal of Medical Ethics; Medical Humanities*, 31, S. 51–54.
- Mura-Brunel, A., (2002), «Intime/extime, Introduction», in: Schuere-wegen, F., *L'intime, l'extime*, Amsterdam, New York, S. 5–11.
- Mittelstrass, J., (1998), *Die Häuser des Wissens: wissenschaftstheoretische Studien*, Frankfurt a.M.
- Nichter, M., Lock, M., (2002), «Introduction: From documenting medical pluralism to critical interpretations of globalized health knowledge, policies and practices», in: Nichter, M., Lock, M., (Hg.), *New Horizons in Medical Anthropology*, London, New York, S. 1–34.
- Obrist, B., (2006), «Understanding 'access' to appropriate health care: An anthropological view from international health», in: Académie suisse des sciences humaines et sociales, (Hg.), *Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collabora-*

- tion, Bern, S. 73–79.
- Page, J., Meyer, P.C., (2009), «Die Sozialwissenschaften und die Medizin: Eine ergiebige Zusammenarbeit», in: *Bulletin SAGW*, Nr. 2, S. 38/39.
- Pattison, S., (2007), «Absent friends in medical humanities», in: *Journal of Medical Ethics; Medical Humanities*, 33, S. 65–66.
- Paul, N., Schlich, T., (Hg.), (1998), *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*, Frankfurt a.M.; New York.
- Petersen, A., Bleakley, A., Brömer, R., Marshall, R., (2008), «The Medical Humanities Today: Humane Health Care or Tool of Governance?», in: *Journal of Medical Humanities*, 29, S. 1–4.
- Rossi, I., (2007), «Anthropology between Medicine and Society: Swiss Health Interfaces», in: Saillant, F., Genest, S., (Hg.), *Medical Anthropology. Regional Perspectives and Shared Concerns*, Malden, Oxford, Victoria, S. 212–230.
- Rossi, I., (2006), «La médecine à l'épreuve du social», in: Académie suisse des sciences humaines et sociales, (Hg.), *Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration*, Bern, S. 47–53.
- Rossi, I., (1997), «L'anthropologie médicale entre théorie et pratique», in: *Médecine psychosomatique et psychosociale*, 26, Nr. 1–2, S. 2–9.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, (Hg.), (2004), *Projekt «Zukunft Medizin Schweiz»: Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts*, Basel.
- Sottas, B., (2006), «Paradigmenwechsel in der medizinischen Ausbildung – eine Standortbestimmung», in: *Bulletin SAGW*, Nr. 1, S. 39–43.
- Star, S.L., Griesemer, J.R., (1989), «Institutional Ecology, «Translations», and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907–39», in: *Social Studies of Science*, 19, S. 387–420.
- van Eeuwijk, P., (2009), «Welchen Nutzen hat die Forschung der Medizinethnologie für die Medizin?», in: *Bulletin SAGW*, Nr. 2, S. 40/41.
- Wolff, E., (2001), «Volkskundliche Gesundheitsforschung, Medikal-kultur- und «Volksmedizin»-Forschung», in: Brednich, R., (Hg.), *Grundriss der Volkskunde. Einführung in die Forschungsfelder der Europäischen Ethnologie*, S. 617–635.

Notes

1 Mittelstrass (1998), p. 31.

2 Cf. à ce sujet les résultats du projet «La médecine en Suisse demain»: Académie suisse des sciences médicales (Ed.): *Projet «La médecine en Suisse demain: Buts et missions de la médecine»*

cine au début du 21^e siècle», Bâle 2004.

- 3 «*La médecine comme science culturelle – les sciences culturelles de la médecine*», Zurich, automne 2004, et «*Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration*», Lausanne, mai 2006.
- 4 Certaines disciplines ou sous-disciplines isolées coopèrent déjà, parfois depuis des décennies, au-delà des limites de leurs propres disciplines, comme par exemple l'anthropologie médicale. Voir à ce sujet Rossi (2007) pour la Suisse, Nichter, Lock (2002) pour les pays anglo-américains. Voir Weisz (2006) pour un aperçu plus récent de l'histoire de la médecine.
- 5 Voir Cook (2010), Evans, Greaves (2002), Campo (2005), Louis-Courvoisier (2008) au sujet des Medical Humanities.
- 6 Je remercie les membres du comité de programme «Medical Humanities» de l'ASSH et de l'ASSM ainsi que Rudolf Zollinger et Andreas Lösch pour leurs commentaires utiles.
- 7 Louis-Courvoisier (2009).
- 8 Il me semble que les notions d'«intimité et intrusion» constituent des points de référence judicieux pour un dialogue interdisciplinaire, justement parce que leurs contours sont imprécis. Comme les chercheurs Star et Griesemer, je pars du principe que des coopérations productives entre des partenaires hétérogènes ne reposent pas toujours sur des concepts et des objets consensuels et clairement définis. Au contraire, on trouve souvent aux interfaces des objets aux contours flous et aux concepts imprécis. Cette imprécision laisse la place à des interprétations différentes et peut, de ce fait, faciliter la communication entre les différents contextes ou disciplines sociaux. Cf. à ce sujet Star, Griesemer (1989).
- 9 Joubert (2002), p. 111.
- 10 Ni les conférenciers ni les participants n'ayant évoqué explicitement ces divergences, la présente analyse repose principalement sur mes propres impressions.
- 11 Concernant les différentes cultures au sein des sciences naturelles, cf. Knorr Cetina (2002), concernant les défis de la collaboration interdisciplinaire au sein des Medical Humanities cf. Louis-Courvoisier (2009).
- 12 Mura-Brunel (2002), p. 5.
- 13 Cela, je l'ai ressenti moi-même: avant les ateliers, j'ai été présentée aux conférenciers comme journaliste et non pas comme scientifique – donc comme une observatrice qui ne produit pas de savoir académique et dont le statut n'est, de ce fait, pas tout à fait clair. Lorsque j'ai exprimé le désir non réfléchi d'enregistrer les discussions et exposés, j'ai été confrontée à une opposition qui, sans être verbalement exprimée, n'en était pas moins claire.
- 14 L'exposé concernant le film, prévu à la fin de l'atelier, a été supprimé.
- 15 Exposés de di Bernardo Morinini et Marsch.
- 16 Louis-Courvoisier (2008).
- 17 Louis-Courvoisier, Wenger (2005), p. 52.
- 18 Les orateurs étaient issus entre autres des domaines de la psychiatrie, de la psychologie, des soins, de la médecine interne, de la médecine intensive, de la sociologie, de l'ethnologie, des sciences juridiques, de la philosophie, de l'histoire et des sciences cinématographiques.
- 19 Cook (2010).
- 20 Evans, Greaves (2002), Pattison (2007), Downie (2003).
- 21 Rossi (2006) et (1997), Sottas (2006), van Eeuwijk (2009).
- 22 Concernant la critique de cette exigence, qui fait actuellement l'objet de fausses interprétations, cf. Downie (2003). Concernant la critique d'une codification de la perspective compréhensive, cf. Chambers (2009).
- 23 Herzlich (2006). Concernant l'exigence de recettes dans la formation des soignants, cf. Adam, Stübli (2003).
- 24 Bonah (2006), Louis-Courvoisier (2008), Kirklín (2004).
- 25 Petersen et al. (2008), Campo (2005), Adam, Stübli (2009).
- 26 Chambers (2009).

Les programmes des ateliers

Les programmes ne correspondent pas à ceux annoncés, mais au déroulement effectif des colloques (orateurs présents, exposés effectivement présentés)

Atelier 1: «Intimité et intrusion en psychiatrie: Aspects interdisciplinaires»

Cadre: *Congrès annuel de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie*
Centre Médical Universitaire (CMU), Genève, 3 septembre 2009

13.45–14.20	Introduction	Prof. Dr. med. Dieter Bürgin, Basel
	«Intimité et prise en charge»	
	Présentation du cas	lic. phil. Elisabeth Hämmerli, Kantonale Psychiatrische Dienste, Liestal
	Exposé	Prof. Dr. phil. Ilario Rossi, Institut des Sciences Sociales/Laboratoire d'Analyse des Politiques Sociales, de la Santé et du Développement, Université de Lausanne
14.20–14.55	«Intimité et enjeux juridiques»	
	Présentation du cas	Dr. med. Kyrill Schwegler, Zürich (ehemals Psychiatrische Poliklinik am Universitätsspital Basel)
	Exposé	Prof. Dr. iur. Dominique Manai-Wehrli, Département de Droit Civil, Université de Genève
14.55–15.30	Pause	
15.30–16.05	«Intimité et migration»	
	Présentation du cas	Dr. med. Stefan Klatte, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel
	Exposé	Dr. phil. Corina Salis Gross, Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern/Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich
16.05–16.40	«Intimité et handicap»	
	Présentation du cas	Dr. med. Rudolf Zollinger, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen
	Exposé	Prof. Dr. phil. René Knüsel, Institut des Sciences Sociales et Pédagogiques, Université de Lausanne

Atelier 2: «Intimité et intrusion aux soins intensifs: le contact avec le corps nu»

Cadre: *Congrès annuel de la Société Suisse de Médecine intensive (SSI)*
Olma Messen St. Gallen, 26 septembre 2009

10.40–10.55	Introduction	Dr. Chantal Marazia, Istituto Ricerca Medical Humanities (IRIEMH), Lugano
10.55–11.10	Présentation du cas: Corps vulnérables	Valentina di Bernardo, Ospedale Regionale, Lugano
11.10–11.35	Différents acteurs, différentes intimités	
	Enquête	lic. phil. Giona Morinini, Osservatorio Medical Humanities, Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Manno
	Présentation du cas	Prof. Dr. Dr. Stephan Marsch, Universitätsspital Basel, Abteilung für Intensivmedizin
11.35–12.00	Tourner l'intimité à la façon du Dr House	
	Vidéo	lic. phil. Martina Malacrada, Istituto Ricerca Medical Humanities (IRIEMH), Lugano

Atelier 3: «Consultation et sexualité au-delà du Viagra et de la honte»

Cadre: *Congrès annuel de la Société Suisse de Médecine interne*
Congress Center Bâle, 21 mai 2010

13.45–15.30	Introduction	Prof. Dr. med. Edouard Battegay, UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Innere Medizin
	Exposé	Micheline Louis-Courvoisier, Ph.D., Université de Genève, Institut d'éthique biomédicale
	Discussion	PD Dr. med., Dipl. Soz. Tanja Krones, UniversitätsSpital Zürich, Klinische Ethik, und Universität Zürich, Institut für Biomedizinische Ethik

Annexes

Biographie de l'auteur

Sibylle Obrecht Lösch, lic. phil. (*1968), a étudié l'ethnologie européenne, l'histoire suisse et la géographie humaine à Bâle et Bremen. Elle a obtenu sa licence en 1997 et a ensuite été active en tant que journaliste indépendante. De 1999 à 2002, elle a détenu une bourse du Fonds national suisse, et a séjourné en tant que chercheuse invitée à Freiburg im Breisgau (Institut für Geschichte der Medizin) et à Palo Alto (Stanford University, Program in History and Philosophy of Science). De 2002 à 2007, elle a été assistante scientifique au Seminar für Kulturwissenschaft und Europäische Ethnologie de l'Université de Bâle, de 2007 à 2010, elle a bénéficié d'un congé parental et a été active en tant que journaliste scientifique indépendante. Depuis juin 2010, elle gère l'archive du Gemeindespital Riehen. Elle travaille simultanément à une thèse sur la médecine de transplantation (Medizinhistorisches Institut der Universität Zürich). Ses domaines d'intérêt sont l'histoire de la médecine et les Science Studies.

Adresse: Sternwaldstrasse 28, D-79102 Freiburg,

Tél. 0049 761 707 37 62, sobrecht@netstore.ch

Groupe de préparation

Prof. Dieter Bürgin (Président), Universität Basel

Prof. Edouard Battégay, Universität Zürich

Prof. Nikola Biller-Andorno, Universität Zürich

PhD Micheline Louis-Courvoisier, Université de Genève

Prof. Roberto Malacrida, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne (CHUV)

Prof. André Perruchoud, Universitätsspital Basel

Prof. Dr. Ilario Rossi, Université de Lausanne

Lic. en droit Michelle Salathé, SAMW/ASSM

Lic. ès lettres Nadja Birbaumer, SAGW/ASSH

Activités dans le domaine «Medical Humanities»

Colloques

«La médecine comme science culturelle – les sciences culturelles de la médecine», Zurich, 12/13 novembre 2004, en collaboration avec l'ASSM.

«Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration» Lausanne, 4/5 mai 2006, en collaboration avec l'ASSM.

Cycle «Intimité et intrusion»

Atelier «Intimité et intrusion en psychiatrie: aspects interdisciplinaires», 3 septembre 2009, Congrès de la Société Suisse de Psychiatrie et de Psychothérapie, Genève.

Atelier «Intimité et intrusion aux soins intensifs: le contact avec le corps nu», 26 septembre 2009, colloque annuel de la Société Suisse de Médecine Intensive, St-Gall.

Atelier «Consultation et sexualité: au-delà du viagra et de la pudeur», 21 mai 2010, Assemblée annuelle de la Société Suisse de Médecine Interne, Bâle.

Publications

Publication des actes «Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration», ASSH, janvier 2007.

Publication externe: Burri, Regula Valérie; Dumit, Joseph (eds) (2007): «Biomedicine as Culture: Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life», Routledge Studies in Science, Technology and Society series. New York / London: Routledge.

Académies suisses des sciences

Les Académies suisses des sciences regroupent les quatre académies scientifiques suisses: l'Académie suisse des sciences naturelles (SCNAT), l'Académie suisse des sciences humaines et sociales (ASSH), l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) et l'Académie suisse des sciences techniques (ASST). Elles englobent également le centre de compétences des choix technologiques (TA-SWISS), Science et Cité et d'autres réseaux scientifiques.

Les académies scientifiques suisses s'engagent de façon ciblée pour un dialogue équitable entre la science et la société et offrent leurs conseils aux politiciens et à la société dans toutes les questions scientifiques touchant de près la société. Elles représentent la science, chacune dans son domaine respectif, mais également de façon interdisciplinaire. Leur ancrage dans la communauté scientifique leur permet d'avoir accès aux expertises et à l'excellence et de faire bénéficier les politiciens de leur savoir scientifique dans des questions politiques cruciales.

L'ASSH – réseau des sciences humaines et sociales

L'Académie suisse des sciences humaines et sociales (ASSH) est une association faîtière qui regroupe environ 60 sociétés savantes. De la littérature à la théologie, en passant par les sciences de la communication ou les sciences politiques, les sociétés membres représentent un large éventail de disciplines. En tout, ce ne sont pas moins de 30 000 personnes qui, en tant que membres d'une société savante, sont rattachées à l'ASSH. De quoi alimenter le plus vaste réseau en sciences humaines et sociales de Suisse.

Promotion de la recherche, collaboration internationale et encouragement de la relève: tels étaient les objectifs de l'ASSH, lors de sa fondation en 1946. Ils ont gardé toute leur importance, mais avec le temps, le spectre des activités s'est élargi. L'ASSH est une institution d'encouragement à la recherche reconnue par la Confédération; son engagement en faveur des sciences humaines et sociales se définit selon trois grands axes:

Coordonner

L'ASSH fonctionne comme plate-forme pour la mise sur pied de projets communs et la diffusion de travaux à l'intérieur de la communauté des chercheurs. A une époque où les disciplines ont souvent tendance à s'atomiser, ce rôle «rassembleur» est essentiel à la cohésion des disciplines qu'elle représente.

Encourager

L'ASSH consacre une grande partie de son budget à l'encouragement des activités qui font vivre les sciences humaines et sociales en Suisse et se pourfend d'une politique de soutien axée sur la relève et la présence des femmes dans le milieu académique.

Communiquer

L'ASSH organise régulièrement des rencontres publiques et des tables rondes sur des thèmes d'actualité. Elle met ainsi en évidence la contribution de ses disciplines à l'analyse de phénomènes emblématiques de notre société et permet le dialogue avec les milieux politiques et économiques.

Académie suisse des sciences médicales

L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a été fondée en 1943 par les cinq facultés de médecine, les deux facultés de médecine vétérinaire ainsi que la Fédération des médecins suisses, la FMH. La principale tâche de la fondation indépendante, avec siège à Bâle, consistait alors – à une époque où la Suisse était isolée en raison de la guerre – à promouvoir la recherche et la relève.

Aujourd'hui, avec ses deux programmes majeurs, «Médecine et société» et «La science médicale et la pratique», l'ASSM se fixe les priorités suivantes:

- la clarification de problèmes éthiques liés au développement de la médecine et de ses conséquences sur la société;
- une réflexion approfondie sur l'avenir de la médecine;
- un engagement dans la politique des hautes écoles, de la science et de la formation combiné avec une activité d'expert et de conseiller à l'attention des politiciens et des autorités;
- la promotion de la relève scientifique, en particulier dans la recherche clinique;
- le soutien d'une qualité de recherche élevée en biomédecine et en recherche clinique;
- la communication entre la médecine scientifique et la pratique.

Si toutes ces activités concernent la Suisse au premier chef, elles tiennent largement compte des développements au plan international. L'adhésion à différentes organisations internationales ainsi que la participation des membres de l'ASSM aux congrès internationaux ayant trait à l'éthique biomédicale et à l'avenir de la médecine favorisent largement les relations avec les autres pays.

Akademien der Wissenschaften Schweiz
Hirschengraben 11
Postfach 8160
3001 Bern
Telefon +41 31 313 14 40
www.akademien-schweiz.ch

ISBN 978-3-905870-19-0

Réalisé par

ASSM  Académie Suisse
des Sciences Médicales



Académie suisse
des sciences humaines et sociales