

3) la **santé-il**, qui relève de la sémantique plus ou moins désincarnée (au sens de la rupture d'avec l'immédiateté du vécu corporel à la première ou la deuxième personne) de l'épidémiologie, de la pathologie ou encore de systèmes socio-sanitaires

Le module est organisé selon une logique de rupture progressive/d'éloignement avec la santé phénoménale, en suivant la transformation de vécus intimes en concepts, de la santé-je en santé-il. Cependant, il est bien évident qu'une telle grille de lecture opère une réduction analytique dont le risque majeur est de scotomiser la présence simultanée et obligée de toutes les trois dimensions dans chaque problématique de la santé/maladie. Les enseignants du module puiseront dans leurs travaux de recherche et/ou dans leurs réflexions théoriques antérieurs ou en cours, éliront l'une des personnes grammaticales comme centre de gravité de leur enseignement et, dans un deuxième temps, interrogeront la manière dont leurs recherches/réflexions démontrent la présence (évanescence/symbolique/sournoise?) des deux autres personnes grammaticales. L'alcoolisme foetal, la fin de vie, la polymédication, et tant d'autres sujets qui seront abordés, ont subi dans les recherches un cadrage et une problématisation nécessaires, qui les ont positionnés majoritairement (mais non pas exclusivement) sur le niveau de l'une des personnes grammaticales. Les choix méthodologiques (entretiens compréhensifs, observations ethnographiques, enquêtes anonymes par questionnaire) ont reflété ces cadrages. Or, il y a fort à parier que dans les analyses, les autres dimensions faisaient des irruptions inopinées, ou au contraire, que les chercheurs les convoquaient de leur plein gré.

Une majorité des enseignements seront thématiques, basés sur des travaux de recherche (en cours ou achevés), et reflèteront ces choix initiaux, mais aussi les métissages, les doutes et les remises en cause ultérieurs.

Les enseignements thématiques seront précédés d'enseignements de nature introductive (positions 1 à 4 dans la liste ci-dessous) et conçus comme une sensibilisation générale à certaines problématiques transversales de la santé (inégalités sociales dans la santé, intimité/sexualité dans les soins), reprendront également la grille de lecture pronominale afin de nourrir la réflexion critique des étudiants et de leur permettre d'aborder leurs professions respectives avec un recul nouveau.

En outre, ce module vise également à sensibiliser les étudiants (qui sont en train de rédiger leurs travaux de Master en Santé) aux enjeux sociaux, professionnels et éthiques de cadrages qu'ils opèrent dans leurs travaux de Master, au travers des inputs thématiques et méthodologiques offerts par les enseignants qui sont tous des chercheurs en santé confirmés.

(La description plus détaillée se trouve annexée à cette fiche module)

Formes d'enseignement et d'apprentissage

Séminaire, enseignement frontal, travail en groupe, débats, (débat contradictoire sur le modèle de Harvard), travail réflexif écrit individuel

Exigences de fréquentation : la présence est obligatoire, un travail complémentaire sera requis en cas de présence inférieure à 80%

5. Modalités d'évaluation et de validation

Modalités de validation :

La validation du module se fera moyennant une évaluation en deux temps, par un travail réflexif de groupe et par un travail écrit individuel, dont l'évaluation sera pondérée de la manière suivante:

- Débat contradictoire entre trois groupes (modèle de Harvard) dont chacun devra défendre les avantages de mener des recherches en santé dans la perspective d'une personne pronominale (santé-je/ santé-tu/ santé-il)

Le débat contradictoire donnera lieu à une note correspondante à **40%** de la note finale.

- Chaque étudiant rédigera un texte individuel d'environ 5 pages maximum revisitant un projet (son projet de Master, un projet de recherche) ou une pratique professionnelle emblématique de sa propre profession de santé à la lumière des apprentissages de ce module

Le texte individuel donnera lieu à une note correspondante à **60%** de la note finale.

Notes :

Les évaluations intermédiaires sont notées de 6 (meilleure note) à 1 au dixième.

La note finale est la moyenne des notes intermédiaires obtenues arrondie au ½.

Si pas d'évaluations intermédiaires :

La note finale est notée de 6 (meilleure note) à 1 arrondie au ½.

6. Modalités de remédiation et de répétition

Remédiation

Remédiation possible en cas de note supérieure ou égale à 3 et inférieure à 4 Pas de remédiation si la note est inférieure à 3

Modalités de la remédiation :

Les modalités seront communiquées au cours du module.

La remédiation a lieu au cours du semestre 3. Une date durant le semestre d'automne sera communiquée au cours du module.

Répétition

En cas de note inférieure à 3 ou d'échec après remédiation, le module est répété à la session suivante, en principe l'année suivante. Une note inférieure à 4 à la répétition entraîne l'arrêt de la formation.

7. Bibliographie principale

Hunyadi, M. (2009). La santé-je, -tu, -il: retour sur le normal et le pathologique. In: J.-M. Ferry, C.Guibet Lafaye & M. Hunyadi, « Penser la santé », Paris, PUF, pp.21-54

8. Responsable du module et enseignants

Responsable : Krzysztof Skuza

Enseignants : Raphaël Hammer, Philippe Longchamp, Kevin Toffel, Josiane Mbarga, Patricia Perrenoud, Annick Anchisi, Kim Lê Van, Iris Loffeier, Céline Schnegg, Rose-Anna Folley, Isabelle Probst, Emilie Bovet, Elise Rapp, Audrey Linder

Date : 20.06.2018

Validé par la RF le 22 juin 2018

Chantal Razurel

1. Introduction générale au module et à la grille de lecture transversale pronominale (Krzysztof Skuza, PhD, psychosociologue, RM)

2. Grammaire sociologique de la santé (Raphaël Hammer, PhD, sociologue)

L'objectif de ce cours consiste à développer et dépasser la réflexion initiée dans le texte de Hunyadi en inscrivant la pluralité des perspectives et représentations de la santé dans le champ des sciences sociales. Il s'agira de contribuer à un regard critique et distancié sur la notion de santé (et dans une moindre mesure sur celle de maladie), en partant de travaux empiriques concrets, notamment « classiques », issus de l'histoire, de l'anthropologie et de la sociologie. Ce cours mettra l'accent sur l'expérience et la signification profanes des phénomènes de santé, de douleur et de maladie en montrant la part du social et du culturel dans le « biologique », ses dimensions morale et symbolique, et leur impact sur les comportements sanitaires. Sur fond de critique de la médicalisation, les transformations de la figure du malade (maladies chroniques, sida, personnes « à risque »...) et leur influence sur le rapport au savoir médical et à la relation aux soignants seront également évoquées. Ce panorama introductif de la « santé-je », de la « santé-tu » et de la « santé-il » permettra de situer les interventions thématiques du module.

3. Santé-je, le cancer (Rose-Anna Folley, PhD, anthropologue)

Véritable symbole de la maladie grave de notre temps (Sontag, 1983), le cancer est l'une des maladies les plus redoutées et injuste, qui frappe la population indistinctement, de l'enfant à la personne âgée, avec encore peu d'explications concernant ses causes. Peut-être seule la maladie d'Alzheimer avec sa redoutable perte de mémoire soulève des peurs similaires dans la pensée collective.

Peu surprenant, de fait, que l'oncologie fasse partie des domaines les plus innovants de la médecine actuelle, avec de nouveaux traitements apparaissant régulièrement sur le marché. Le trio du 20^{ème} siècle - chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie – continue de progresser et de nouvelles percées sont prometteuses (séquençage génétique, thérapies ciblées, immunothérapie). Certains cancers sont devenus guérissables et il est désormais souvent possible de maintenir une certaine qualité de vie à des stades avancés de la maladie.

Avec ces progrès, les professionnels de la santé se sont de plus en plus concentrés sur les situations de « survie » et de traitement au long cours. De nouveaux domaines d'intérêt ont émergé tels que l'oncogériatrie, les situations palliatives et les soins oncologiques à domicile. Dans cette conception, le cancer est de plus en plus considéré comme une maladie chronique avec la notion clé de « rémission » (Ménoret 2007).

Notre équipe de recherche s'est consacrée à ces nouveaux domaines de soin dans une série d'études sur les patients oncologiques âgés, de nouveaux traitements tels que la chimiothérapie orale et les situations au long cours de personnes sous chimiothérapie palliative. Pour ce faire, nous avons suivi une approche socio-anthropologique basée sur des entretiens et des observations au domicile des patients avec une attention particulière accordée à leurs usages pratiques et symboliques des médicaments.

Les résultats, discutés dans ce cours, chercheront à comprendre comment les récents progrès en oncologie impactent le vécu des patients et dans quelle mesure leur expérience du cancer et leurs représentations s'en voient transformées.

4. Position sociale et rapport au corps (Philippe Longchamp, PhD, sociologue)

Basé sur un travail de thèse, cet enseignement vise premièrement à comprendre le lien entre la position sociale des individus (y compris les professionnels) et leur rapport au corps et à la santé, deuxièmement à montrer les malentendus qui peuvent survenir entre professionnels et patients lorsqu'ils sont porteurs de rapports à la santé différents.

Trois rapports à la santé idéaltypiques rattachés à des positions sociales sont repérables au sein de la population. Premièrement, une santé *négative-somatique* (caractéristique des classes populaires), dans laquelle la santé se définit comme une *absence de maladie*, c'est-à-dire comme absence de symptômes somatiques. Deuxièmement, une santé *positive-somatique* (caractéristique des fractions économiques des classes moyennes et supérieures), dans laquelle la santé se définit comme une *énergie* repérable à un ensemble d'éléments (alimentation, sommeil, sport, etc.) se rapportant au corps. Troisièmement, une santé *positive-mentale* (caractéristique des fractions culturelles des classes moyennes et supérieures), dans laquelle la santé se définit comme un *épanouissement* repérable à la propension à exprimer verbalement un « vécu » ou encore à la capacité de nouer des relations « harmonieuses » avec autrui.

Une analyse de consultations infirmières en milieu scolaire montre que ces différents rapports à la santé ont une influence directe sur les modalités de rencontre entre professionnels de santé et patients. Les trois rapports à la santé distingués constituent ainsi autant de points de vue sur la fonction de l'infirmière scolaire, qui est perçue tour à tour comme une spécialiste des soins aux enfants (santé *négative-somatique*), comme le « médecin du pauvre » faisant double emploi avec le pédiatre (santé *positive-somatique*) ou comme une professionnelle de l'*écoute* (santé *positive-mentale*). L'interaction entre les familles et l'infirmière scolaire subit ainsi d'importantes variations suivant le rapport à la santé des familles, variations comprises entre les deux bornes que constituent le *malentendu structurel* et l'*affinité élective*. Dans le cas où les familles adhèrent à la démarche de l'infirmière scolaire, ces variations touchent à la dynamique interactionnelle, au volume et à la nature de l'information échangée, au statut de l'enfant dans l'interaction ainsi qu'à l'attitude parentale en cas de comportements *déviants*. Dans le cas où les familles s'opposent à la démarche de l'infirmière scolaire, ces variations concernent le passage de *tactiques d'évitement et du désespoir* qui se retournent le plus souvent *contre* les familles à des *stratégies d'affrontement* qui se retournent le plus souvent *contre* l'infirmière scolaire.

5. Le corps de la société (Kevin Toffel, PhDc, sociologue)

L'objectif de ce cours est de saisir le corps dans ses multiples dimensions socio-anthropologiques. Dans la première partie, nous montrerons que le corps, loin de se limiter à une entité biomécanique – ce que l'on appelle parfois « l'enveloppe physique » –, est chargé de significations sociales qui participent tant à le situer qu'à le façonner. En ce sens, le corps humain ne peut se penser, pas davantage que la conscience ou les croyances, en le soustrayant de son rapport à autrui, et donc à son contexte d'appartenance socio-historique.

En outre, s'il est une « réalité relationnelle et contextuelle » (Hunyadi, 2009), le corps n'est pas seulement un signifiant social, il est porteur d'un véritable social à l'état incorporé (Bourdieu, 1980). Les effets de ces signifiants sociaux et de leurs traductions corporelles seront énoncés au prisme de trois caractéristiques particulières : le genre, la race et la classe.

Il s'agira de montrer dans la deuxième partie et au travers de deux entrées empiriques (la sexualité dans les soins et les pratiques sportives) que le corps est porteur de manières à la fois normatives et prescriptives de s'énoncer qui peuvent se repérer toutes les fois qu'il est en relation. Nous verrons que les « manières de se tenir », de « s'habiller », de « s'apprêter », etc., mais aussi les lieux (i.e. dans le temps et l'espace) et les contextes d'interactions, sont porteurs de significations dont les sciences sociales peuvent expliciter les tenants et aboutissants.

6. Corps biologique, corps social : expériences de la ménopause à l'épreuve de la pathologisation et de la normalisation des corps (Josiane Mbarga, PhD, anthropologue)

Au-delà de son enracinement biologique, la ménopause est un construit sur lequel se développent des élaborations socioculturelles gravitant autour du rapport au corps (représentations du corps de la femme), à la santé et à la maladie (représentations de la santé et de la maladie, représentations des troubles associés à l'arrêt des règles). Les expériences ménopausiques sont plurielles et varient d'une femme à l'autre. Cependant, elles se construisent, d'une part, dans les interactions avec différents acteurs, dont les gynécologues qui remodelent continuellement la dimension cognitive de la femme sur la ménopause, mais aussi sa dimension expérientielle. D'autre part, ces expériences s'insèrent dans un contexte de médicalisation qui fait de la ménopause une pathologie d'insuffisance endocrinienne et introduit une certaine volonté de normalisation. Marquée par le passage du singulier au collectif (Fassin, 1998), cette normalisation se matérialise dans le dépistage, la prévention et la médication pouvant permettre de maintenir les corps ménopausés aussi « jeunes », aussi « sains » et aussi « normaux » que possible (Soulière, 2007). À travers ces résultats, provenant d'un travail de thèse, l'objectif du cours sera de montrer comment la santé-je s'articule avec les deux autres personnes grammaticales (santé-tu et santé-il) dans le cas de la ménopause.

7. Anthropologie du fœtus (Patricia Perrenoud, PhD, sage-femme et socio-anthropologue)

Durant la seconde moitié du XXème siècle, le développement de l'imagerie médicale, dont les ultrasons, a contribué à une profonde modification de la perception du fœtus. Être auparavant entièrement haptique, le fœtus peut depuis quelques décennies, et de manière toujours plus précise, être vu et examiné sous toutes ses coutures. Ces évolutions technologiques, et leur utilisation dans une transformation de la condition fœtale, seront examinées depuis une perspective de sociologie de la traduction. Cet ancrage considère autant les caractéristiques des technologies, que les interprétations dont elles font l'objet par les acteurs sociaux, à l'intérieur de contextes historiques, politiques, sociaux et culturels laissant leur empreinte. Suivant également le fil du module, ce cours propose d'examiner la « je-ification » de fœtus et la « il-ification » des futures mères, parfois désignées sous l'appellation provocatrice de « vaisseaux » par les chercheuses en sciences sociales. Enfin, le rôle de forces tierces seront examinées, dont le – tu – relationnel que proposent les sages-femmes ou d'autres professionnel.le.s et les – ils – de lobbies et de politiques qui instrumentalisent le fœtus, personnifié par l'usage de l'imagerie, dans leurs luttes

8. « Digital Lives » : entre quantification du « je » et gain d'espace pour le « tu » (Patricia Perrenoud, PhD, sage-femme et socio-anthropologue)

Le développement des technologies numériques accéléré depuis le début du 21ème siècle a d'essentiels répercussions sur le champ de la santé, tant du point de vue des institutions, que des professionnel.le.s et des usagers. Parfois vues comme inéluctables, l'implémentation des technologies recourant à une forme de numérisation de l'information, restent néanmoins sous l'influence du politique, des institutions et dans une certaine mesure des acteurs sociaux. Si certaines technologies du numérique sont devenues des outils incontournables dans le quotidien des professionnel.le.s de la santé, elles n'en modifient pas moins l'espace du « tu » relationnel entre patient et professionnel, y faisant parfois barrière. Certaines méthodes, permettant à tout un chacun de quantifier ses performances et ses actions promouvant la santé, transforment également le « je » en l'invitant dans une relation intense en « tu » avec l'interface numérique du Smart phone ou d'un autre instrument connecté. Ces applications, craintes pour leur emprise sur l'espace privé et leur incitation à une quantification pouvant relever de l'obsession, ont-elles néanmoins un rôle à jouer dans l'espace du soin ? Existents-ils des rôles qui, joués par les applications ou d'autres interfaces numériques, comme les réseaux sociaux, supplantent ou complètent les interventions de professionnel.le.s de la santé à l'avantage des personnes soignées ? Ces nouvelles interfaces de la relation à la santé sont-elles distribuées en fonction des besoins et des possibilités des différents segments de la population ou est-ce que des recadrages demandent à être opérés ?

9. Fractionnement des trajectoires d'aide et de soins à domicile : les effets des modèles marchand et industriel (Annick Anchisi, PhD, infirmière et sociologue)

Ce cours reprend les résultats d'une recherche sociologique sur les trajectoires de situations d'aide et de soins à domicile dans le cadre de services publics. Il s'inscrit prioritairement dans la « santé-il » telle que pensée par Mark Hunyadi. En effet, les résultats de l'étude nous permettent d'interroger les modèles à l'œuvre dans l'organisation du travail et la partition des diverses professionnelles qui interviennent. Nous verrons en quoi les modèles marchand et industriel ont des impacts directs sur la trajectoire des usagers des services. L'analyse montre des décalages entre la mesure estimée par les professionnelles, via les systèmes informatisés, et les réalités vécues au quotidien par les personnes prises en charge. Il existe également des écarts entre ce qui est planifié par les professionnelles les plus qualifiées et la réalisation des prestations effectuées par les soignantes de première ligne, soit les moins formées. Ainsi, la standardisation des procédures d'évaluation et les modèles de travail rendent difficile d'une part, la problématisation des situations d'aide et de soins et d'autre part, une approche individualisée répondant aux problèmes posés par les usagers. C'est là que la « santé-il » rejoint la « santé-je » et la « santé-tu » ; le nous comme accord social fait de négociations et de tensions sera également abordé.

10. Penser la santé chez les proches aidant.e.s (Kim Lê Van, PhD, sociologue)

Penser la santé dans une définition contextuelle ; c'est ce que suggère Hunyadi. Une santé vécue (« santé-je »), racontée (« santé-tu ») et politisée ou publicisée (« santé-il ») s'entrecroisent dans une vision de la santé une et multiple à la fois. Il s'agit dès lors de se questionner sur le cheminement que peut parfois impliquer la conception de sa propre santé. Les proches aidant.e.s de personnes concernées par la maladie psychique sont confrontés à des enjeux divers relatifs à leur rôle et aux répercussions que celui-ci représente pour leur propre santé. Cette intervention au sein du module santé visera à discuter différentes sphères dans lesquelles peut s'inscrire un.e proche aidant.e dans son rapport à la santé et son contexte. Nous aborderons plus précisément des enjeux rencontrés par les

proches tels que (i) laisser une place à sa propre santé aux côtés de « la personne souffrante », (ii) légitimer et thématiser sa propre santé auprès d'autrui, (iii) aborder sa propre santé en tant que profane et la santé de l'autre dans une proto-professionnalisation du/de la proche aidant.e, (iv) se situer face aux politiques publiques (se reconnaître comme public cible, identifier les ressources à disposition, ou encore connaître ses droits). Ainsi, ne s'agit-il pas seulement de déconstruire la santé dans sa détermination pronominal, mais bien d'être tout d'abord en mesure de la penser.

11. Soigner les personnes dont le pathologique est devenu leur « normal » (Iris Loffeier, PhD, sociologue)

Cet enseignement s'intéresse à l'objet particulier pour la santé que représente la catégorisation des personnes âgées, où la catégorisation est à la fois un procès social externe et interne (l'effet looping de Hacking).

Il se fondera sur un travail de thèse, et portera essentiellement sur la santé-tu : les matériaux principaux sont constitués d'entretiens avec les différents types de personnels impliqués dans la prise en charge en établissement ; doublés d'observations participantes en tant que personnel d'entretien ; matériaux à travers lesquels on peut percevoir la transversalité des trois personnes grammaticales.

- du point de vue de la santé-tu à proprement parler :

- comment s'élabore une catégorisation des "résidents", et à travers eux, des "personnes âgées" : sont-ils véritablement des patients ou des personnes dont le pathologique est devenu le normal ?
- comment la relation de travail qui s'instaure dans ces lieux redéfinit, aussi, le sens du "soin" apporté : lorsqu'il n'y a pas de "cure" envisageable, la dialectique qui s'instaure transforme les pratiques, leurs sens, la manière dont on les informe, le rôle que les soignants s'accordent à eux-mêmes.

- à travers cette santé-tu, une santé-il :

- une construction des personnes âgées qui réifie, essentialise et circonscrit ces personnes à travers des notions, notamment démographiques comme l'espérance de vie, insufflée dans les raisonnements d'autres savoirs, notamment médicaux, mais pas seulement. La mort prochaine des résidents est un élément qui structure également les institutions qui les accueillent, et non seulement les pratiques des soignants

12. A la santé de qui ? Enjeux méthodologiques et grammaticaux d'une enquête sur le risque lié à la consommation d'alcool pendant la grossesse en terrain romand (Céline Schnegg, PhD, sociologue)

Dans le cadre de cet enseignement, nous reviendrons sur une recherche qui traite du risque lié à l'alcoolisation fœtale en Suisse romande. Défini comme un problème de santé publique, ce risque suscite la mobilisation de professionnel-le-s issus des mondes de la prévention, de la clinique et de la santé publique. Il confronte toutefois l'enquêtrice à un double enjeu. Le premier enjeu concerne l'hétérogénéité et la diversité des définitions que les différents acteurs donnent du risque : le risque n'est pas le même selon qui parle ou le prend en charge. Comment faire sens de l'instabilité de ce risque à géométrie variable ? Comment faire sens également, second enjeu, de ce risque défini avant tout à la troisième personne ? En effet, les patientes à risque et les enfants avec des signes visibles d'exposition à l'alcool sont quasi absents des consultations (aucun-e professionnel-le n'en a vu ou presque). Le retour sur ce « risque-il » sans « risque-je » soulèvera des questions méthodologiques mais aussi éthiques.

13. Ethnographie de l'activité professionnelle des TRM à l'interface entre machines, corps et patient-e-s : qui fait quoi et pour qui ? (Céline Schnegg, PhD, sociologue)

Sur la base d'une enquête anthropologique menée dans trois services de radiologie – radiodiagnostic, radiooncologie et médecine nucléaire – nous analyserons de manière détaillée les gestes que réalisent les TRM lors des différents traitements et examens. Si la dimension technique et instrumentale de l'activité des TRM est effectivement centrale, le travail sur et avec le patient est aussi fondamental. Tantôt acteur, participant et allié, tantôt immobilisé et réduit à son corps, tantôt injecté et émetteur, le patient se décline sous différentes formes, plus ou moins actives et incarnées, qui conditionnent la réussite des examens. Les TRM agissent alors comme des intermédiaires qui négocient les exigences des machines, les demandes médicales et les résistances des patients (angoissés) ou de leur corps (algique).

14. Protection de la maternité au travail: mise en œuvre et réception d'une politique de santé au travail (Isabelle Probst, PhD, psychologue)

En Suisse comme dans la plupart des pays industrialisés, une législation spécifique visent à protéger la santé des travailleuses enceintes et de leur futur enfant, par un aménagement du travail, un transfert de poste ou un congé préventif. Le cours se basera sur un projet de recherche interdisciplinaire (associant psychologues, sage-femme et médecins du travail) qui investigate la mise en oeuvre de ces dispositions protectrices en Suisse romande. En tant que politique de santé publique, orientée par des savoirs experts, la protection de la grossesse au travail relève de la « santé-il ». Ce cours identifiera donc les principaux facteurs qui influencent l'application et l'efficacité de cette politique. Toutefois, nous montrerons que pour comprendre les pratiques effectives en matière de protection, il est nécessaire de prendre en compte l'expérience des femmes visées par ces politiques, soit la « santé-je ». Il s'agit alors de comprendre comment les travailleuses perçoivent, acceptent, refusent ou transforment des mesures telles que les aménagements de poste, les transferts ou les congés préventifs.

15. Santé et parcours migratoire. Rencontre dans l'altérité, qui es-tu, que vis tu, quel est ton univers ? (Emilie Bovet, sociologue, PhD en sciences de la vie & Elise Rapp, infirmière, MSc. biologiste, en formation de sociologue)

La rencontre entre les patients et les soignants est en soi une rencontre culturelle entre deux univers. Le « je » que l'individu souhaite présenter peut-être perçu différemment par le biais d'un « tu » revisité par le regard de l'autre.

Dans sa pratique, le soignant est amené à penser et négocier sa posture face au patient, entre distance et proximité, entre se penser autre et se penser pareil. Un questionnement qui peut être d'autant plus fort lors d'une rencontre de soin avec une personne migrante. Où s'inscrivent nos différences et nos similitudes ? A partir de quel moment catégorise-t-on l'autre avec le risque de le stigmatiser ?

Ce cours abordera les enjeux trop rarement thématés dans la formation des étudiant.e.s en santé relatifs à la manière dont s'organise la gestion sanitaire des populations migrantes en Suisse.

Il nous paraît particulièrement important d'approfondir les axes suivants :

- Comment la méconnaissance des conditions de vie des personnes migrantes (difficulté d'obtenir un permis, quasi impossibilité de travailler, parcours, incertitude quant à l'avenir) de la part de certains professionnels de santé se répercute sur leur prise en charge. Nous pensons notamment parler de ce qui a trait à la santé mentale, mais aussi aux manifestations somatiques intimement liées au vécu psychique ainsi qu'aux obstacles de soins liés au contexte de vie (statut de requérant d'asile, de débouté ou de sans-papiers).
- La difficulté de prendre en compte le vécu subjectif de la maladie face à ces populations.
- La manière dont on calque une vision très « occidentale » et ethnocentrée de la santé sur des programmes destinés aux personnes migrantes, souvent ciblées comme des « populations vulnérables ».

Une première intervenante, sociologue, partira des recherches qualitatives qu'elle mène actuellement auprès de différentes populations migrantes afin de développer les axes exposés ci-dessus. Elle compte également s'appuyer sur son expérience associative dans le domaine, qui complète certains aspects manquants dans les recherches. Grâce à des exemples de situations concrètes, le but est de réfléchir aux nouveaux enjeux véhiculés par la prise en charge des personnes migrantes dans le système de santé. Cette réflexion critique se verra par ailleurs utile pour que les participants proposent ensemble des pistes d'amélioration qui puissent être mobilisables dans leurs futures pratiques.

Une seconde intervenante, infirmière en train de se former aux sciences sociales, proposera de réfléchir aux différents regards que l'on peut porter sur un même sujet de recherche.

Dans un premier lieu elle présentera une problématique de santé spécifique à une population migrante avec une perspective biomédicale. A partir de ce squelette il s'agira de montrer des regards alternatifs et types de questionnements qui peuvent se dégager lorsque l'on aborde ce même sujet avec une perspective sociologique.

Ce sera l'occasion de parler de décalage qui peuvent s'opérer dans la perception des besoins et des attentes, de parler de catégorisation, d'inégalité d'accès à la santé, de questionner la frontière entre l'universalité et la spécificité des soins.

16. Santé Je – Santé Nous : « Se rétablir » en psychiatrie (Audrey Linder, PhDc, sociologue)

Cet enseignement se propose d'aborder la question du « rétablissement » en psychiatrie au prisme de la tension Santé-Je et Santé-Nous qui la traverse. Dans un premier temps, nous positionnerons le concept de rétablissement par rapport à ceux de réinsertion et de réhabilitation en interrogeant les places respectives du « Je » et du « Nous » dans ces différents concepts. Dans un second temps, nous verrons comment le concept de « rétablissement » est né de certaines transformations de la psychiatrie, tout en contribuant à la transformer à son tour, notamment au travers de l'émergence de collectifs d'ex-patients / survivants de la psychiatrie. Enfin, sur la base d'une enquête ethnographique, nous penserons la trajectoire des patients dans une unité psychiatrique de réhabilitation comme le passage d'une Santé-Je à une Santé-Nous, puis d'une Santé-Nous à une Santé-Je.