



PCEM1

THÈME I
SANTÉ, POPULATION,
MÉDECINE
ET FORMATION
MÉDICALE

ANNÉE UNIVERSITAIRE **2022-2023**

www.fmt.rnu.tn

PLAN

FORMATION MEDICALE	3
SANTE – POPULATION	29
HISTOIRE DE LA MÉDECINE	58
ETHIQUE MEDICALE	67
SCIENCES HUMAINES	84
COMMUNICATION	97

LA FORMATION DU MÉDECIN

Objectifs éducationnels spécifiques

Planification de la formation médicale :

1. Énumérer les facteurs qui conditionnent la planification des principaux systèmes de formation médicale.
2. Indiquer l'intérêt d'établir un Profil de Poste pour instituer un système de formation médicale.
3. Décrire les lignes directrices du Profil de Poste du médecin tunisien.
4. Indiquer les objectifs généraux de chaque étape du cursus des études médicales à la faculté de médecine de Tunis.

Les objectifs éducationnels :

5. Définir le concept d'objectif éducationnel.
6. Situer le rôle de l'objectif éducationnel dans la boucle de l'apprentissage.
7. Citer les 4 éléments composant un objectif éducationnel spécifique.
8. Indiquer la principale qualité pédagogique d'un objectif éducationnel.
9. Classer l'objectif éducationnel dans l'un des 3 domaines de l'apprentissage : cognitif (connaissances), sensori-moteur (gestes), psychoaffectif (attitudes).
10. Expliquer comment les 3 domaines de l'apprentissage conditionnent la qualité de la pratique médicale.
11. Identifier les types de compétences que l'étudiant doit acquérir au cours du stage clinique.
12. Définir les 3 ordres d'objectifs : institutionnels, intermédiaires, spécifiques.

Les moyens de l'apprentissage :

13. Expliquer l'intérêt d'un module d'auto-enseignement.
14. Identifier les principales ressources de l'apprentissage disponibles à la Faculté de Médecine de Tunis.
15. Utiliser un fichier de bibliothèque dans la recherche d'ouvrages ou de revues nécessaires à l'autoformation médicale.
16. Utiliser les moyens audiovisuels : diaporama, film, vidéo, diapositives, support numérique, internet... Dans l'autoformation médicale.
17. Décrire les mécanismes d'acquisition des connaissances.
18. Comparer les rôles respectifs de l'enseignant et de l'étudiant.

L'évaluation :

19. Décrire les différents moyens d'évaluation les plus adaptés aux 3 domaines d'apprentissage.
20. Comparer l'évaluation formative et l'évaluation sanctionnelle du point de vue du but recherché et des modalités de leur réalisation.

INTRODUCTION

L'éducation est un processus dont le but essentiel est de faciliter des modifications du comportement.

Elle doit avoir pour résultat la modification, définie à **l'avance**, du comportement de l'individu au terme d'une période d'apprentissage.

Ainsi tout projet éducatif est orienté par un but comme pour les exemples suivants :

- * apprendre à parler ou à utiliser ses mains à un bébé ;
- * apprendre à écrire ou à calculer à un enfant ;
- * apprendre un métier à un adolescent ou à un adulte.

C'est ce dernier exemple que nous aurons à développer dans ce qui suit en nous intéressant en particulier au domaine médical.

Pour la réussite d'un projet éducatif, il est nécessaire de lui définir son but, son contenu, ses méthodes. Cependant pour affirmer sa réussite, il est indispensable qu'un tel projet puisse être évalué tout au long de son exécution.

Ainsi l'efficacité d'une usine produisant des voitures de course, se mesure à la qualité de « ses engins » et à leur capacité de permettre de réaliser d'excellents temps au « 24 heures du Mans » ou sur d'autres circuits de course automobile du même type.

Par analogie, l'efficacité d'un système pédagogique en médecine se mesure à la qualité du produit fini : l'étudiant devenu professionnel.

Pour juger de cette efficacité, il faut se poser au moins quelques questions :

- L'étudiant a-t-il acquis, effectivement, les compétences ou les comportements qu'on a prévus ?
- L'enseignant a-t-il joué effectivement, le rôle de guide de l'apprentissage de l'étudiant ?
- L'institution a-t-elle produit les diplômés qui résoudront, effectivement, les problèmes de leurs concitoyens et qui contribueront au progrès de la société dans laquelle ils vivent ?

1. DÉFINITIONS :

1.1. LA PÉDAGOGIE :

La Pédagogie est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour réaliser l'éducation d'un individu. Elle regroupe aussi bien :

Des méthodes :

- Comme :**
- la lecture globale par opposition à la lecture par syllabes,
 - l'apprentissage par la découverte en faisant des enquêtes,
 - l'apprentissage des couleurs ou du calcul par le jeu... etc.

Que des ressources matérielles :

- Comme :**
- le tableau noir,
 - les modèles d'atomes et de molécules,
 - les images, les films... etc.

La PÉDAGOGIE est aussi la manière avec laquelle on utilise ces méthodes et ces ressources.

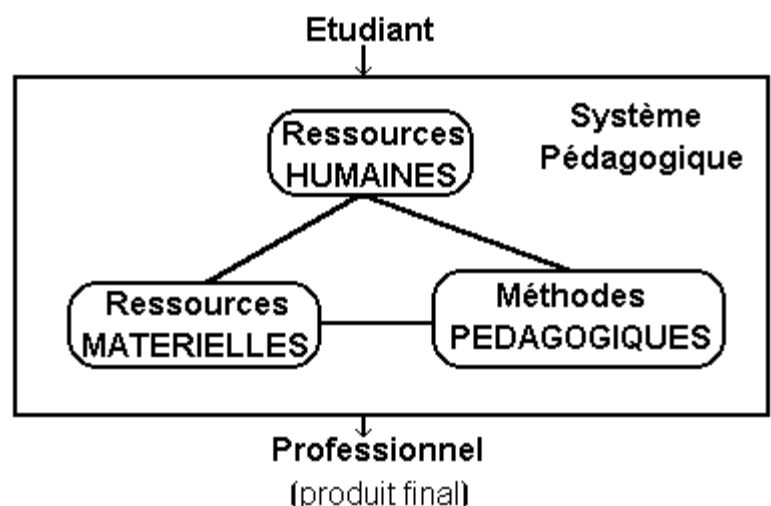
1.2. LE SYSTÈME PÉDAGOGIQUE :

Il s'agit d'un ensemble cohérent constitué de ressources humaines et matérielles ainsi que de méthodes pédagogiques.

L'organisation de cet ensemble doit avoir pour objectif l'éducation d'un individu (élève ou étudiant). Cette organisation est le résultat d'une interaction dynamique et réciproque entre les différents éléments de cet ensemble. Ainsi :

- Un nombre d'enseignants réduit par rapport au nombre d'étudiants rend difficile l'application des méthodes d'enseignement interactives par petits groupes.
- L'autoapprentissage n'est possible que si on met à la disposition des étudiants des supports didactiques : documents rédigés, livres, supports audiovisuels ou numériques, accès aux revues... etc.

Cependant, quelles que soient les ressources disponibles, le système pédagogique doit être organisé de la manière la plus rentable, celle qui aboutira à la meilleure formation de l'individu. Le manque de moyens ne doit pas être une excuse pour adopter n'importe quelle méthode pédagogique.



1.3. L'APPRENTISSAGE :

C'est le « processus par lequel l'individu acquiert de nouvelles compétences et de nouveaux comportements ou modifie ses comportements ».

L'expérience peut être une forme d'apprentissage : qui n'a pas vu un nourrisson descendre d'une chaise ou d'un lit ? C'est là que par expérience, il prend conscience du vide, du déséquilibre et parfois du danger.

Mais comme les parents doivent être attentifs pour guider les premiers pas de leur enfant, l'éducateur ou l'enseignant doit jouer le rôle de guide pour que l'étudiant effectue son apprentissage.

2. LA FORMATION MÉDICALE ET SA FINALITÉ :

La formation médicale a longtemps reposé sur un modèle éducatif statique qu'il était souvent impossible d'adapter aux besoins réels de la population. Les programmes d'enseignement reposaient sur l'accumulation des connaissances.

L'évolution ces dernières décennies, du concept de santé a rendu indispensable une stratégie de changement et d'adaptation de l'éducation aux besoins de la société et de l'individu.

La santé a cessé d'être considérée comme uniquement l'absence de maladie. Le concept de santé se définit comme un état d'équilibre physique, mental, psychique et social.

Le rôle du médecin ne peut se limiter à dispenser des ordonnances de médicaments. Le médecin doit être capable d'identifier tous les facteurs (individuels ou environnementaux) qui contribuent à perturber la santé de l'individu. Ainsi le système d'enseignement médical doit pouvoir être adapté aussi bien au développement des connaissances scientifiques qu'aux besoins sanitaires engendrés par l'évolution permanente de l'environnement physique et social de l'individu.

2.1. APPROCHE ÉDUCATIONNELLE TRADITIONNELLE :

L'enseignement traditionnel a échappé à toute démarche rationnelle. L'Université s'était marginalisée du reste de la société. La majorité des enseignants ne se préoccupait pas de l'utilisation que feraient leurs élèves des connaissances qu'ils leur transmettaient.

L'université évoluait pour elle-même, formant ses propres cadres. La formation de futurs professionnels qui allaient exercer ailleurs qu'à l'Université ne constituait pas le but principal de l'enseignement universitaire.

La planification traditionnelle des programmes reflète l'importance de deux facteurs :

A. L'ÉVOLUTION HISTORIQUE :

Certaines données peuvent pendant longtemps marquer de leur empreinte les programmes, ainsi :

- Au Portugal, l'Université, était l'émanation de l'Église. Cela a contribué à laisser une place privilégiée à l'histoire de la médecine dans l'enseignement médical.
- L'enseignement de l'hygiène a tenu une place prépondérante dans les cours de Santé publique, car les premiers programmes d'action des spécialistes de cette discipline étaient orientés avant tout vers l'éradication des maladies infectieuses.
- L'anatomie, première discipline médicale de la fin du XIX^{ème} siècle, avant l'avènement de la physiologie, avait pris une place majeure dans les programmes. À tel point, que le Maître de la Chaire d'Anatomie avait ses appartements au sein même de l'ancienne Faculté de Médecine de Paris.

B. LE POUVOIR DES DISCIPLINES :

Dans la plupart des pays, une discipline prenait davantage d'essor en obtenant plus d'heures d'enseignement, d'enseignants et de locaux. Ce qui amenait chaque discipline à essayer d'augmenter sa participation horaire dans les programmes.

Ainsi à la création de certains Centres Hospitalo-Universitaires de Paris dans les années 70 au 20^{ème} siècle, les enseignants des disciplines prépondérantes dans ces Centres avaient davantage d'heures de cours que les enseignants de la même discipline dans d'autres Centres Hospitalo-Universitaires parisiens.

Il en a été ainsi à Paris, pour **les cours de cardio-vasculaire à Broussais, de néphrologie à Necker et d'ophtalmologie à l'Hôtel-Dieu.**

Dans tous les cas, la justification apportée par les enseignants, pour l'augmentation des volumes horaires réservés à leur discipline était essentiellement l'accroissement des données scientifiques nouvelles résultant de la percée de la technologie scientifique. Cette « percée » s'est faite ces dernières décennies, dans de nombreux domaines médicaux.

Exemples :

- La chirurgie des malformations cardiaques a donné lieu au développement de multiples techniques d'exploration cardio-vasculaire qui ont permis de mieux identifier l'état du cœur et des vaisseaux.

- Les greffes d'organes (telles que la greffe du rein, puis du cœur) ont conduit à une plus grande connaissance des réactions immunologiques de l'organisme.
- Le traitement des hémorragies de la rétine a pu bénéficier de la mise au point du Laser Médical.

Ainsi la planification traditionnelle de l'enseignement médical **n'étant pas finalisée**, elle aboutit à :

- Une **compilation des connaissances**. Les programmes sont élargis par une simple adjonction de nouvelles disciplines en fonction du poids des enseignants dans les structures de décision ;
- Une **augmentation permanente** de la durée des études ;
- Des **programmes plutôt centrés sur l'enseignant** et la discipline et peu centrés sur l'étudiant ;
- Une **inadaptation entre la formation** des professionnels et les besoins de la population.

Ainsi, lors de la sortie de l'Université, le professionnel de la Santé constate l'existence d'un hiatus important entre ce qui lui a été enseigné et la réalité de sa profession.

Ce constat a amené certains formateurs à envisager un autre type de planification de l'enseignement médical en partant d'au moins trois postulats :

- La formation en Science de la Santé doit être **adaptée aux besoins de santé** de la population (ou réalités sanitaires).
- La formation doit être **centrée sur les étudiants** objets principaux de celle-ci.
- Les méthodes éducatives doivent être choisies parmi celles qui **impliquent** le plus les étudiants et favorisent le plus **l'apprentissage**.
- Toute formation doit être **évaluée**.

Ces préoccupations ont conduit à adopter l'approche éducationnelle systémique.

2.2. APPROCHE ÉDUCATIONNELLE NOUVELLE ACTUELLEMENT APPELÉE APPROCHE ÉDUCATIONNELLE SYSTÉMIQUE :

Dans cette approche l'élément essentiel de la planification est le « **produit final** » qui sort du système éducatif : c'est à dire dans notre cas le professionnel de la santé.

Ce « **produit final** » doit être capable de répondre aux *besoins sanitaires* de la population. C'est alors au système éducatif d'adapter **les objectifs** et **les moyens de l'apprentissage** pour atteindre ce but et pour s'assurer que ce but est atteint, il faut élaborer systématiquement les instruments **d'évaluation** les plus adéquats qui permettent de réaliser cette vérification.

Il s'agit d'une démarche active qui doit régulièrement tenir compte de l'évolution des besoins. À la fin de l'évaluation, il est nécessaire de vérifier si le « produit final » répond aux besoins sanitaires de la population. Dans ce type de planification, la formation médicale est conçue en tenant compte :

A. SURTOUT DES BESOINS SANITAIRES DE LA POPULATION :

Il serait inadmissible que dans un programme d'études médicales on insiste sur des maladies extrêmement rares tout en étudiant superficiellement des maladies plus fréquentes. Comme la fréquence de certaines maladies peut varier d'un pays à l'autre, on comprend alors que les programmes d'enseignement ne soient pas identiques d'un côté ou de l'autre des frontières. D'ailleurs, dans un même pays, les besoins sanitaires peuvent évoluer :

- Développement de maladies professionnelles lié à l'industrialisation du pays ;
- Apparition d'intoxications en milieu rural liées à l'utilisation plus importante, de produits chimiques en agriculture ;
- Augmentation des maladies cardio-vasculaires qui peut être liée à une modification des conditions de vie (alimentation, sédentarité...).

On comprend dès lors que l'enseignement médical sera appelé à être régulièrement évalué et révisé quand cela s'avère nécessaire.

B. DES IMPÉRATIFS SCIENTIFIQUES :

Il est indispensable de **tenir compte des nouvelles données scientifiques**.

Ainsi à titre d'exemple jusque dans les années 70 au XX^{ème}, devant une diarrhée du nourrisson, on recommandait souvent la diète avec arrêt de l'allaitement. Les études de physiologie digestive ont démontré l'importance de l'association d'électrolytes (sodium, potassium) et de glucose, à l'apport d'eau pour lutter contre les risques de déshydratation par diarrhée. D'autres études ont prouvé le rôle de la dénutrition dans l'aggravation de cette affection. Par conséquent le traitement actuel de la diarrhée repose sur la restitution d'eau et d'électrolytes tout en poursuivant l'apport nutritif.

Cependant, l'évolution des connaissances dans chaque discipline se fait rapidement. Il serait impossible de transmettre toutes les connaissances à l'étudiant.

Aussi, l'enseignement médical doit-il privilégier l'approche des problèmes, le mode de raisonnement, les méthodes de solution des problèmes, plutôt que le contenu. Ainsi plusieurs études réalisées dans les Universités américaines ont permis de montrer le réel intérêt accordé par les étudiants au processus **d'apprentissage actif centré par la résolution de problème**.

Des facultés de médecine comme la Faculté de Mc Master (Hamilton, Ontario, Canada), la RijksUniversiteit de Limbourg (Maastricht, Pays-Bas), la Faculté de Newcastle (Australie) et la Faculté de Sherbrooke (Canada) ont fait reposer leur enseignement sur des méthodes qui amènent chaque étudiant à s'habituer au raisonnement clinique et à rechercher lui-même, les connaissances tant fondamentales que cliniques dont il a besoin pour résoudre les problèmes médicaux.

C. DE LA RÉALITÉ PROFESSIONNELLE :

Il est nécessaire de savoir dans quelle structure sanitaire le professionnel de la santé va exercer et quelles vont être ses tâches. Ces tâches doivent être décrites dans un Profil de Poste. Ce dernier sert de référence à la définition des **compétences** que l'étudiant doit acquérir et qui lui permettent de devenir un professionnel effectivement opérationnel. Pour définir ces compétences, il est alors indispensable de répondre à la question suivante :

« Le généraliste a-t-il pour mission, uniquement, d'établir le diagnostic d'une pathologie et de donner un traitement ou bien, son rôle consiste-t-il également à prévenir, éduquer et à identifier l'état de santé de la collectivité ? »

Quel que soit son rôle, les tâches exercées par le professionnel peuvent varier en fonction du milieu environnant. Il peut arriver que pour la même profession, un Profil de Poste diffère d'un pays à l'autre à cause des spécificités locales. Pour le médecin de famille, les problèmes médicaux les plus fréquents qu'il rencontre dans sa pratique quotidienne ne sont pas les mêmes d'un pays à l'autre. Si dans certains pays africains, les problèmes infectieux viennent encore en premier lieu, en Amérique du Nord, il s'agit d'abord des problèmes liés à l'obésité. En Tunisie, nous sommes dans une phase de transition épidémiologique.

Ainsi, dans le cadre de réflexions sur la réforme de l'enseignement médical, un Profil de Poste du Médecin tunisien avait été élaboré en 1978. Ce profil décrit les fonctions et les tâches du généraliste, qui ont été définies en fonction des besoins de l'individu et de la collectivité. Pour être capable de réaliser ces fonctions et ces tâches, l'étudiant a besoin de compétences que l'enseignement médical doit lui permettre d'acquérir.

2.3. LE PROFIL DE POSTE DU MÉDECIN TUNISIEN :

Le médecin est un personnel de santé hautement qualifié, particulièrement apte à résoudre les problèmes sanitaires de la société de son temps au sein de laquelle il dispense des soins individuels, pratique la médecine communautaire et participe au progrès sanitaire.

Les fonctions et les tâches du médecin sont décrites sous forme d'objectifs généraux selon trois lignes directrices : soins individuels, médecine communautaire, promotion de la santé).

Il doit être capable de :

Soins individuels : Veiller à apporter à toute personne les soins nécessaires, à prévenir l'altération ou à restaurer son état de bien-être physique, mental et social.

C'est-à-dire :

1. Apprécier les conditions organiques, psychologiques et sociales susceptibles d'altérer l'état de santé d'un individu, par l'interrogatoire et l'examen clinique.
2. Reconnaître les patients exposés au risque d'un accident, d'une maladie et connaître les dispositions pratiques pour éviter ou réduire ce risque par des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire.
3. Identifier les principales affections prévalant dans le pays en général, et dans les collectivités locales en particulier, par l'interprétation des données épidémiologiques et cliniques et des résultats d'examens complémentaires courants.
4. Reconnaître, parmi les patients, les cas de gravité effective ou potentielle pour eux et leur entourage et en les adressant à d'autres collègues de l'équipe sanitaire lorsqu'il les juge au-delà de sa compétence.
5. Élaborer et suivre un plan d'interventions préventives, curatives et réhabilitatrices de nature médicale et sociale, approprié à chaque cas et dont l'efficacité, l'innocuité et le coût ont été considérés.
6. Entretenir des rapports de confiance avec le malade et son entourage afin de faciliter la mise en œuvre des techniques de diagnostic et du plan d'interventions.
Instruire le patient sur sa part de responsabilité dans le recouvrement de sa santé.
7. Démontrer une maturité et une motivation suffisantes pour assumer sa pleine responsabilité dans le règlement définitif du problème de santé d'un patient, jusque et y compris dans ses prolongements affectifs, matériels et logistiques.

Médecine communautaire : Contribuer à la résolution des problèmes globaux de la santé qui se posent à la société en général et aux collectivités locales en particulier.

8. Connaître les données démographiques, écologiques, biologiques, économiques et sociopsychologiques relatives aux principaux problèmes de santé sévissant dans le pays.
Connaître le système sanitaire de son pays, ses besoins, ses objectifs, ses ressources et sa stratégie, et juger de la pertinence de son action par rapport à ces données.
9. Participer à la rédaction, l'exécution et l'évaluation d'un plan annuel de développement sanitaire du district ou du quartier, qui soit conforme aux priorités locales et aux orientations générales contenues dans le plan quinquennal.
10. Contribuer à l'intégration des services de santé (hospitalier et extrahospitaliers) pour le bénéfice d'une population

entière dans un territoire donné, en organisant ou en supervisant certains services spécifiques, comme la protection maternelle et infantile, la médecine scolaire, la médecine du travail, la lutte contre certaines affections, la protection de l'environnement.

11. Collaborer activement aux programmes de prévention des problèmes sanitaires reconnus prioritaires dans le pays, soit à l'occasion de larges actions concertées à l'échelle nationale, soit au cours des activités routinières.
12. Animer et coordonner une équipe sanitaire multiprofessionnelle chargée d'assurer des services de santé intégrés complets à toute la population vivant dans un territoire donné.

Promotion de la santé : Contribuer à la recherche et au développement scientifiques du secteur sanitaire par l'identification des causes altérant l'état de santé de la population et l'utilisation rationnelle des ressources disponibles.

13. Consigner systématiquement sur un dossier médical individuel des données utiles à l'interprétation d'un problème et à la surveillance d'un plan d'interventions.
Dépouiller ses propres archives pour la production périodique de statistiques de mortalité et de morbidité spécifiques. Collecter, comparer, commenter et communiquer des informations sanitaires relatives à la population vivant dans un territoire donné.
14. Participer au réseau national d'informations épidémiologiques et statistiques par la notification systématique des cas à déclaration obligatoire et par la collaboration à certains travaux d'enquêtes issus d'institutions scientifiques et techniques.
15. Appliquer les principes et méthodes d'investigation scientifiques permettant de résoudre des problèmes de recherche fondamentale, clinique et opérationnelle, et d'exercer un sens critique pour la prise de décisions rationnelles au cours de ses activités diagnostiques et thérapeutiques.
16. Participer à l'évaluation de la couverture sanitaire, du mode d'organisation et de la qualité des services de santé destinés à une population circonscrite et faire des recommandations pour une efficacité et une efficacité améliorées.
17. Développer et coordonner des activités pédagogiques en organisant la formation permanente des membres d'une équipe sanitaire, en particulier en participant à la formation des personnels de santé, en animant des séances d'information et d'éducation sanitaires à l'intention du public et des collectivités.
18. Veiller à la réactualisation de ses propres connaissances et compétences en assistant à un programme de formation permanente, en développant des contacts avec les centres spécialisés et en exploitant rationnellement la documentation scientifique.

Ainsi qu'il est décrit dans ce profil de poste, la profession de médecin généraliste ne se limite pas à dispenser des médicaments au terme d'une consultation.

Toute réponse à un problème médical se fera en tenant compte de l'importance des facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux.

Parallèlement à l'activité de soins, le médecin doit participer pleinement aux activités de prévention des maladies ou de leurs complications. Son approche de la Santé va au-delà de la dimension individuelle et doit s'intéresser au niveau communautaire. Dans tous les cas, le médecin doit démontrer son sens des responsabilités à l'égard du malade et de la société. Il doit développer le sens de la collaboration et du travail en équipe. Il est tenu de contribuer à obtenir une meilleure connaissance des problèmes sanitaires de son pays. Il participera activement à sa formation permanente et à celle des membres de l'équipe de santé avec laquelle il travaillera.

Exemples :

- Lorsqu'un médecin reçoit des malades présentant la même maladie infectieuse connue pour sa propagation par l'intermédiaire de l'eau souillée, il ne doit pas se limiter au traitement de ces personnes. Il est nécessaire que ce médecin ait une action préventive en contribuant à identifier l'origine du problème qui peut être un puits souillé.
- Il manifestera son sens des responsabilités chaque fois que la situation l'exige : il peut coordonner l'évacuation d'un malade grave vers un centre spécialisé, en veillant à éviter une perte de temps qui peut s'avérer fatale.

3. DU PROFIL DE POSTE A L'ACQUISITION DES COMPÉTENCES :

3.1. APPRENTISSAGE ORIENTE PAR LES OBJECTIFS ÉDUCATIONNELS :

Le Profil de Poste a décrit les fonctions et les tâches du médecin, en termes de compétences à acquérir. Cette description est faite sous forme d'objectifs éducationnels **généraux**.

A. DÉFINITION ET INTÉRÊT DE L'OBJECTIF ÉDUCATIONNEL :

L'objectif éducationnel indique : « Ce qu'il faut que **les étudiants** soient capables d'accomplir à la fin d'une période d'enseignement/apprentissage qu'ils n'étaient pas capables d'accomplir auparavant. »

De ce fait l'objectif éducationnel guide l'étudiant en lui définissant ce qu'il doit **être capable de faire au terme** de chaque séquence de son apprentissage théorique ou pratique.

Ils servent également aux enseignants lors de l'élaboration du contenu de l'enseignement. Il ne s'agit pas de transmettre à l'étudiant tout le savoir, mais de mettre à sa disposition les ressources pédagogiques qui lui permettront d'acquérir les compétences décrites par les objectifs éducationnels.

Ces derniers servent aussi comme terme d'un contrat entre enseignants et étudiants : la réussite de l'étudiant dépend de l'atteinte ou non de ces objectifs.

Cette approche par objectifs, en indiquant à l'étudiant, dès le début de l'enseignement, ce qu'on attend de lui au terme de son apprentissage, permet de le responsabiliser et l'amène à participer de façon active à son enseignement.

B. LES DIFFÉRENTS TYPES D'OBJECTIFS ÉDUCATIONNELS:

Les objectifs généraux : objectifs institutionnels.

Il s'agit des objectifs éducationnels cités dans le Profil de Poste qui indiquent de manière générale les compétences du produit final de l'institution : le futur médecin.

Les objectifs intermédiaires :

On va davantage préciser les compétences à acquérir. À ce niveau de précision, on peut déterminer les disciplines ou les terrains de stage qui vont permettre l'acquisition de ces compétences.

Les objectifs spécifiques :

Ils définissent de façon très précise la compétence à acquérir pour chaque composante de l'apprentissage.

Exemples :

L'étudiant, futur professionnel, devra être capable de :

Objectif général :

« Assurer la prestation de soins préventifs et curatifs à l'individu et à la collectivité, en bonne santé, et en cas de maladie. »

Objectif intermédiaire :

« Mettre en œuvre une séance de prélèvement sanguin pour un groupe d'adultes de la communauté. »

Objectif spécifique :

« Pratiquer à la seringue une prise de sang veineux au pli du coude, chez un adulte, sans provoquer d'hématome. »

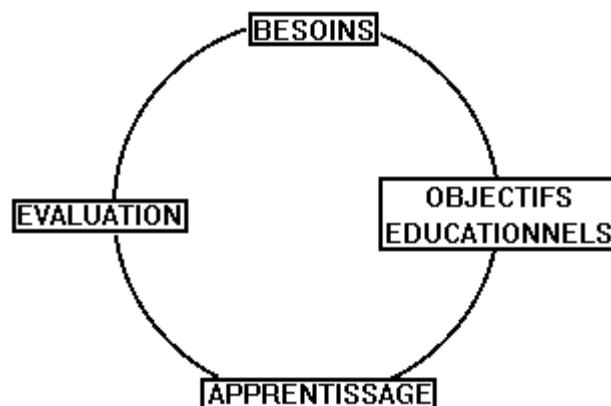
C. BOUCLE DE L'APPRENTISSAGE :

Les compétences à acquérir sont formulées en objectifs éducationnels qui vont déterminer le contenu, les moyens de l'apprentissage et les méthodes d'évaluation. Ceci a été schématisé par la Boucle de l'apprentissage appelée aussi Spirale de l'Éducation :

Le terme de Spirale a été choisi pour indiquer qu'il s'agit d'une conception dynamique de la planification de l'enseignement. La modification des besoins de la population amène à reformuler les objectifs éducationnels dont dépend directement l'apprentissage. D'autre part, si l'évaluation des étudiants montre des défaillances importantes, il faut alors revoir le système éducatif en cours. Dans tous les cas, il faut qu'il y ait une **adéquation et une cohérence** entre :

- les besoins sanitaires et le profil de poste,
- les objectifs éducationnels généraux (décrits dans le profil de poste) et les objectifs éducationnels spécifiques,
- les objectifs éducationnels, l'apprentissage et l'évaluation.

C'est ce qu'on appelle la **pertinence**.



D. CARACTÉRISTIQUES DE L'OBJECTIF ÉDUCATIONNEL :

Ainsi l'objectif éducationnel est un message de l'enseignant à l'étudiant, qui véhicule une intention pédagogique. Il ne s'agit pas d'une description de l'activité de l'enseignant, mais indique ce que l'étudiant devra être capable de faire à la fin de son apprentissage.

Par conséquent, pour éviter les malentendus, cette intention pédagogique doit être clairement perçue par l'étudiant et la rédaction des objectifs éducationnels doit répondre à certaines règles.

Éléments composant un objectif éducationnel:

L'objectif éducationnel est constitué par :

- Une activité [verbe d'action] **(1)**
- et un contenu **(2)** qui décrit la compétence à acquérir par l'étudiant,
- une condition **(3)** de réalisation de l'objectif,
- un critère **(4)** qui indique quel niveau de performance on attend de l'étudiant.

Exemples :

- Identifier **(1)**, en utilisant un compteur Geiger **(3)**, tous **(4)**, les matériaux radioactifs **(2)**.
Ici, « Identifier les matériaux radioactifs » décrit la compétence à acquérir (activité et contenu).
La condition de réalisation de cette tâche est « en utilisant un compteur Geiger ».
Le niveau de performance que doit atteindre l'étudiant est déterminé par « tous ». On souhaite que l'étudiant soit capable de ne laisser passer aucun des matériaux radioactifs.
- Déclamer **(1)**, de mémoire **(3)**, un poème d'Aboul Kacem Chabbi **(2)**, sans erreur de phonétique **(4)**.
« Déclamer un poème d'Aboul Kacem Chabbi » décrit la compétence à acquérir (activité et contenu).
Elle doit être réalisée « de mémoire ».
Le niveau de performance exigé est « sans erreur de phonétique ».

Quelques fois, la condition de réalisation ou le critère de performance peuvent être considérés comme implicites et ne pas figurer dans le libellé de l'objectif. Mais on ne doit accepter aucune ambiguïté dans la compréhension de l'objectif.

Qualités d'un objectif éducationnel :

Un objectif ambigu ne peut être utilisé sans risque d'erreur sur l'intention pédagogique. Par ailleurs, l'objectif doit avoir plusieurs qualités. Il doit être :

- Logique.
- Précis.
- Réalisable.
- Observable, on peut observer directement ou indirectement l'activité qu'il décrit.
- Mesurable : toute activité décrite doit pouvoir être évaluée.
- Pertinent : c'est la qualité la plus importante. L'objectif décrit une activité qui doit être en adéquation avec le profil de poste du futur professionnel. Il faut qu'il y ait un rapport logique entre les tâches réelles du praticien et les compétences que l'on souhaite que l'étudiant acquière.

Un objectif bien rédigé comportant toutes les qualités **sauf** la pertinence, n'a plus de raison d'être.

Contre-exemples :

- « Citer les signes cliniques de la méningite et le nom des paires crâniennes. »
Absence de logique interne, car l'objectif ne fait pas apparaître le lien logique entre ses composants.
- « Connaître la fièvre typhoïde. »
Absence de précision. Que veut-on que l'étudiant sache : reconnaître les signes cliniques, décrire l'évolution de cette maladie, la traiter ou bien tout cela à la fois ?
- « Écrire de mémoire, le nom de toutes les spécialités pharmaceutiques présentées dans le VIDAL, sans erreur d'orthographe. »
Objectif irréalisable à moins que vous vous sentiez capable de nous démentir. Dans ce cas, sachez que vous aurez à mémoriser plusieurs milliers de noms et BON COURAGE !
- « Penser aux problèmes médicaux les plus urgents. »
Objectif non observable, non mesurable et qui manque de précision.
- « Établir la formule de calcul des forces de frottement qui s'établissent lors du déplacement d'une fusée spatiale dans l'ionosphère. »
Cet objectif est logique, précis, réalisable, observable, mesurable. Mais pensez-vous qu'il soit en pertinence avec le profil de poste du médecin généraliste... Ou même du médecin spécialiste ?

3.2. LES 3 DOMAINES DE L'APPRENTISSAGE :

Lors de la réalisation d'une tâche, le professionnel fait appel à des compétences appartenant à 3 domaines différents :

Des compétences intellectuelles. Elles font partie du domaine cognitif (domaine des connaissances).

Des compétences sensori-motrices. Elles correspondent à l'habileté pratique sensitive et motrice. C'est le domaine gestuel.

Des compétences psychoaffectives. Elles permettent à l'individu de développer des attitudes à l'égard d'autrui. C'est le domaine relationnel.

Ainsi l'enseignement médical doit être orienté par des objectifs éducationnels appartenant à ces 3 domaines.

Exemples :

Domaine cognitif :

« Énumérer, de mémoire, les 3 signes cliniques évoquant une phlébite ».

Domaine sensori-moteur :

« Nettoyer, sans provoquer d'hémorragie, un conduit auditif externe. »

Domaine relationnel :

« Rassurer une mère dont l'enfant atteint d'une méningite, a convulsé et qui s'améliore cliniquement et biologiquement sous traitement. »

L'étudiant va acquérir l'ensemble de ces compétences à la Faculté, mais aussi au lit du malade au cours du **stage clinique**. Le stage clinique a lieu dans une structure sanitaire de consultation ou d'hospitalisation. C'est là que l'étudiant prend contact avec le malade.

Le stage sera alors l'occasion particulièrement adaptée pour développer l'acquisition de **trois types ou catégories de compétences** qui correspondent à ces trois domaines du savoir comme :

- La **résolution de problèmes** à partir des données cliniques et paracliniques recueillies auprès du patient.
- La **pratique de gestes** à visée diagnostique ou de soins.
- La **pratique d'attitudes positives** dans les relations que l'on établit avec le patient, son entourage ainsi qu'avec les autres membres de l'équipe de santé.

3.3. LES PRINCIPAUX SUPPORTS DE L'APPRENTISSAGE :

C'est en réalisant les différents objectifs établis en fonction du profil de poste que l'étudiant va être capable d'assumer ses responsabilités professionnelles. Le problème est de savoir comment atteindre ces objectifs de la façon la plus logique et la plus complète. Différents moyens sont mis à la disposition de l'étudiant.

A. LE POLYCOPIÉ :

Le texte du cours de l'enseignant est ronéotypé en plusieurs exemplaires et distribué aux étudiants. Il s'agit soit du texte intégral remis par l'enseignant, soit de notes prises pendant le cours par quelques étudiants. Il est actuellement souvent remplacé par le module d'autoapprentissage.

B. LE MODULE D'AUTO-ENSEIGNEMENT (MAE) :

C'est un document comprenant un ensemble d'indications permettant à l'étudiant de s'enseigner par lui-même d'où le terme d'autoapprentissage ou encore d'auto-enseignement.

Chaque module indique à l'étudiant :

- Ce qu'il doit être capable de faire après avoir étudié le document, c'est ce que l'on appelle les objectifs éducationnels spécifiques.
- Les moyens (ou les ressources) qui vont lui permettre d'acquérir ces compétences nouvelles : documents écrits, bibliographie, documents audiovisuels, gestes techniques à pratiquer... Un document de base est inclus dans le module.
- La manière de s'assurer qu'il a retenu et compris les notions nouvelles.

Constitution du module d'auto-enseignement :

Chaque module d'auto-enseignement est constitué de plusieurs parties :

Le titre : la partie de l'enseignement traité dans un module peut être subdivisée en sous-modules, lui-même subdivisé en mini-modules.

L'introduction : elle vise à décrire la place et l'importance de la partie traitée du programme dans le module par rapport à l'ensemble du curriculum.

La liste des objectifs éducationnels spécifiques qui décrivent les compétences à acquérir par l'étudiant.

La liste des activités d'apprentissage : dans cette liste, il vous est proposé plusieurs activités qui vous aideront à atteindre les objectifs. **Par exemple** : références bibliographiques disponibles à la bibliothèque de la Faculté ou autre, diaporama, vidéo, CD-ROM pouvant être visionné à la médiathèque, référence de site web... Il peut s'agir également d'activités pratiques dans le stage.

Le document de base : c'est un texte qui apporte l'essentiel des connaissances que vous devez acquérir.

Les tests d'évaluation : vous pouvez tester votre aptitude et votre progression en effectuant les tests d'évaluation qui figurent à la fin du module, les réponses en sont données et justifiées.

Parfois, pour aborder un module, il est nécessaire d'avoir déjà des connaissances ou des compétences. Dans ce cas-là, il y a un constituant supplémentaire au module que l'on appelle « **Niveau requis** » ou « **Prérequis** ». Dans cette partie il vous est demandé de revoir vos connaissances sur une partie du programme antérieur.

Intérêt du module d'autoapprentissage :

Le module d'autoapprentissage ainsi constitué a de nombreux avantages par rapport au polycopié et surtout par rapport au document traditionnel personnel de l'étudiant, fait de notes prises par l'étudiant pendant le cours magistral du professeur.

Il permet à l'étudiant de :

- * **Travailler à son propre rythme.** Le mini-module peut être lu autant de fois que l'étudiant le désire contrairement à un cours que l'on n'entend qu'une seule fois.
- * **Participer activement à sa formation** : La lecture personnelle du mini-module va susciter une curiosité, des réflexions de la part de l'étudiant, des besoins de précisions pour certaines notions que l'étudiant pourra éclaircir en posant des questions à l'enseignant lors des séances d'enseignement dirigé. Cette participation active va préparer l'étudiant d'ores et déjà à la formation continue, indispensable à tout médecin en exercice.
- * **Disposer d'un plan d'apprentissage structuré** qu'il suffit de suivre pour réussir.
- * **Contrôler régulièrement sa formation** en s'exerçant par les tests d'évaluation figurant en fin de module.

C. LES SUPPORTS AUDIOVISUELS :

Ce sont des supports relativement courants de l'apprentissage. Ces méthodes ont deux rôles principaux :

- Elles créent la motivation et la curiosité.
- Elles apportent une illustration sur des faits qu'elles rendent plus sensibles que la seule description verbale ou écrite. Certains films très courts permettent de faire comprendre en quelques minutes des processus complexes : mouvements moléculaires, circulation sanguine... Des diapositives montrant une maladie de la peau permettent de mieux comprendre le type de la lésion décrite.

Il existe plusieurs supports et documents audiovisuels :

Le transparent :

Grâce au rétroprojecteur, appareil qui permet de projeter, sans obscurcir la salle, on peut montrer des textes ou des schémas rédigés avec des feutres spéciaux sur un support spécial appelé transparent.

Diapositives :

L'utilisation d'un projecteur de diapositives ou d'un vidéoprojecteur permet durant une séance d'enseignement des vues fixes ou animées qui sont commentées par l'enseignant avec la participation des étudiants.

Les documents d'autoapprentissage :

La combinaison de l'image, du son et du texte permet de produire des documents d'autoapprentissage qui permettent d'illustrer beaucoup de concepts.

Ils permettent d'illustrer par :

- des images fixes; ex. : radiographies; photographie d'une lésion cutanée.
- des séquences filmées : ex. : examen clinique d'un patient, visualisation d'un mouvement anormal, pratique d'un geste de soin.

Ces documents ont été mis sur différents types de support : diaporamas, bandes vidéo, film et support numérique (CD-ROM, DVD).

L'apport de l'informatique permet de rendre certains documents interactifs.

L'internet :

Cet outil permet d'accéder à de nombreux sites « web » qui contiennent de l'information scientifique. Cependant il faut se faire aider par les enseignants pour valider le contenu de ces sites et vérifier qu'il est conforme aux données scientifiques actuelles.

D. LE CAHIER DE STAGE :

Le but des études médicales est de former un médecin capable de résoudre efficacement les problèmes de Santé qu'il va rencontrer au cours de sa vie professionnelle. L'acquisition isolée de connaissances théoriques ne lui permet pas de faire face à ces problèmes.

C'est au cours des stages cliniques que l'étudiant va aborder ces problèmes lorsqu'il sera mis en situation réelle devant un malade et en présence d'un formateur. C'est à ce moment-là que les connaissances théoriques antérieurement acquises seront utilisées.

Miller disait « les méthodes d'enseignement **qui mettent l'étudiant en situation active** pour apprendre ont plus de chance d'être efficaces que celles qui ne le font pas ».

C'est pourquoi les stages cliniques commencent très précocement afin que l'étudiant :

- * soit rapidement confronté avec la maladie,
- * puisse rapidement développer des attitudes rationnelles à l'égard du malade et de ses problèmes,
- * puisse rapidement appliquer ses connaissances théoriques.

Afin de guider l'étudiant dans son apprentissage, il lui sera remis un carnet de stage. Ce carnet de stage est l'équivalent du

module d'auto-enseignement dans la mesure où il guide l'étudiant dans sa formation. Il comporte les objectifs spécifiques, les moyens pour les atteindre et l'évaluation pour contrôler l'apprentissage.

Le stage va permettre à l'étudiant d'acquérir diverses compétences, dont **les exemples** suivants :

- Obtenir des données sur le début et l'évolution de la maladie, par l'interrogatoire du patient et/ou de son entourage.
- Examiner un patient.
- Poser un diagnostic présumé.
- Demander et interpréter des examens complémentaires (radiographies, examens biologiques...) pour confirmer le diagnostic.
- Prendre des décisions thérapeutiques.
- Veiller à l'application du traitement en éduquant si besoin le patient, en ajustant le traitement en fonction des conditions socio-économiques.
- Surveiller l'évolution sous traitement.
- Réaliser une éducation sanitaire du patient.

En présence du malade, le futur médecin va acquérir des comportements, va apprendre à assumer des responsabilités.

3.4. L'ÉVALUATION :

A. LE RÔLE DE L'ÉVALUATION :

Un étudiant devient un professionnel lorsqu'il a atteint les objectifs nécessaires à son apprentissage c'est-à-dire lorsqu'il a acquis les compétences décrites par ces objectifs.

Pour savoir si l'étudiant a atteint ces objectifs, on a recours à l'évaluation.

Une évaluation peut avoir **deux buts** :

- Soit permettre à l'étudiant de mesurer l'état d'avancement de son apprentissage et de corriger sa formation en fonction des résultats; on parle alors d'**évaluation formative**. Elle se situe tout au long de l'apprentissage qu'il soit théorique ou pratique, elle peut être refaite plusieurs fois.
- Soit permettre à l'enseignant de s'assurer que l'étudiant a atteint ses objectifs et qu'il peut passer à l'étape suivante, ceci jusqu'à l'évaluation terminale qui lui donne le droit d'exercer. C'est l'**évaluation sanctionnelle**.

L'évaluation sanctionnelle est une garantie pour la société. Cette dernière s'en remet à la compétence et à l'honnêteté des professeurs pour former des professionnels de qualité. Ceci suppose une conformité absolue entre l'évaluation et le contenu des objectifs d'apprentissage tels qu'ils ont été tracés en fonction du profil de poste.

B. LES MÉTHODES D'ÉVALUATION :

La formation du futur médecin consiste à acquérir 3 ordres de compétences :

Intellectuelles : mémorisation des faits, interprétation des données, solution d'un problème.

Sensori-motrices : gestuelles (faire un acte : par exemple, une ponction lombaire); sensorielles (reconnaître un souffle cardiaque, identifier par la palpation si le bord inférieur du foie est moussu ou tranchant...).

Relationnelles : avec le malade, avec le personnel de santé médical et paramédical.

Toutes ces compétences doivent être évaluées.

Les tests d'évaluation sont fonction de la compétence que l'on veut explorer.

On ne peut vérifier la capacité de faire un geste qu'en évaluant non pas la connaissance pour le faire, mais le geste lui-même. On cite à cet égard l'anecdote d'un candidat amputé d'un bras reçu à l'examen de spécialité d'anesthésiologie, puisque, ce dernier, n'avait comporté qu'une épreuve théorique et aucune épreuve pratique.

Tests d'évaluation dans le domaine intellectuel :

La question classique à rédiger :

Elle évalue un type de performance complexe : mémorisation, faculté de synthèse.

Elle fait surtout appel aux capacités de mémorisation. Elle comporte deux gros inconvénients :

- **La subjectivité**, celle-ci peut être néanmoins réduite par l'utilisation lors de l'évaluation d'une grille de correction. Celle-ci est une liste des concepts précis qui doivent apparaître dans le texte rédigé par l'étudiant, avec la valeur qu'on attribue à chacun de ces concepts. Certains points peuvent même être négatifs, c'est-à-dire qu'on peut enlever des points à la note finale quand il y a une ou plusieurs erreurs. Malgré cette grille de correction, la note varie souvent avec l'examineur qui peut se laisser impressionner par la présentation, le style, le défaut de langage, les fautes d'orthographe...
- **L'évaluation est partielle**, elle ne porte que sur une partie très limitée du programme. La longueur des questions ne permet pas d'explorer tout le programme.

Les questions à réponse ouverte et courte (ou QROC) :

La réponse est limitée à quelques mots : donc la question doit être libellée de façon très précise pour n'appeler qu'une seule réponse. Ce type de question est objectif et laisse la possibilité à l'étudiant d'utiliser des synonymes.

Exemple :

« Citez les six vaccinations à entreprendre pendant la première année de la vie d'un enfant. »

Les questions à choix multiple (ou QCM) encore appelées questions à choix de réponses (QCR) :

Il existe plusieurs types de QCM.

Type « **à complément simple** ». On pose une question et on propose plusieurs réponses possibles. L'étudiant choisit la réponse qu'il considère exacte.

Exemple :

Parmi les caractères suivants, indiquez celui qui s'observe dans toutes les luxations :

- A. L'existence de fracture associée.
- B. Le non-contact des surfaces articulaires.
- C. L'existence d'une hémorragie intra-articulaire.
- D. L'atteinte synoviale préalable.
- E. L'association d'une rupture ligamentaire.

Type « **associatif** » :

Ce type de QCM permet de vérifier que l'étudiant est capable de relier des notions entre elles. Il fait appel à la capacité de mémorisation, mais aussi de synthèse intellectuelle.

Exemple :

En regard de chacun des facteurs (désignés par des chiffres) qui peuvent perturber une grossesse, faites correspondre le risque encouru par l'enfant (désigné par une lettre).

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------|
| 1. Radiations ionisantes. | A. Malformations fœtales. |
| 2. Tabac. | B. Petit poids de naissance. |
| 3. Sulfamides hypoglycémiants. | |
| 4. Carence en vitamines. | |
| 5. Diabète maternel. | |

Type « **relation de cause à effet** » :

Exemple :

Le risque d'effets indésirables des médicaments augmente avec le nombre de médicaments prescrits

CAR

L'utilisation simultanée de plusieurs médicaments peut entraîner des interactions médicamenteuses.

Cette phrase comprend 2 propositions, répondez par :

- A. Si les 2 propositions sont vraies et ont une relation de cause à effet.
- B. Si les 2 propositions sont vraies, mais n'ont pas de relation de cause à effet.
- C. Si la 1^{ère} proposition est vraie, mais la 2^{ème} est fausse.
- D. Si la 1^{ère} proposition est fausse, mais la 2^{ème} est vraie.
- E. Si les 2 propositions sont fausses.

Type « **vrai-faux** » :

C'est le plus simple des QCM. On donne une ou plusieurs propositions et on demande à l'étudiant de dire si elle est vraie ou fausse. Ce type de test est plutôt intéressant dans l'évaluation formative.

Exemple :

La mouche Tse Tse est le vecteur de la fièvre Jaune. Vrai..... Faux.....

La méthode d'évaluation par QCM a plusieurs avantages :

- Elle permet d'évaluer la quasi-totalité du programme,
- La correction est rapide et surtout objective : l'étudiant choisit parmi des propositions.

Méthodes d'évaluation dans le domaine gestuel (sensori-moteur) et psychoaffectif (relationnel, attitudes) :

Dans ces deux domaines, l'évaluation ne peut se faire que par la pratique elle-même. L'étudiant effectue l'acte et l'encadre (enseignant, médecin, moniteur, infirmier...), l'observe et l'évalue.

Pour que l'évaluation soit satisfaisante, il faut décomposer l'acte et établir des critères de réussite selon une grille.

Évaluation dans le domaine gestuel :

Exemple :

Grille d'évaluation relative à la conduite de l'examen physique du patient :

	Appréciations
1. Conditions d'ambiance et d'installation, acceptables.	
2. Ménagement psychologique et physique du patient.	
3. Patient suffisamment déshabillé.	
4. Techniques d'examen bien adaptées à chaque organe ou appareil exploré.	
5. Examen suffisamment approfondi pour chaque anomalie constatée ou suspectée.	
6. Tous les organes ou appareils ont été explorés.	
7. Technique de mensuration anthropométrique correcte.	
8. Technique de prise de T.A. correcte.	
9. Technique d'évaluation du développement psychomoteur correcte.	
10. Urines et selles sont au besoin inspectées.	

Évaluation dans le domaine affectif :

Exemple :

Grille d'évaluation relative aux relations médecin-patient-famille :

	Cotation
1. Personnalisation des soins au patient.	
2. Souci de la situation psychologique et matérielle du patient (appétit – humeur – jeu- confort).	
3. Écoute à leurs problèmes.	
4. Motivation à la coopération notamment en cas d'intervention ou de maladie chronique.	
5. Communication verbale.	
6. Éducation sanitaire en vue de limiter l'aggravation ou la transmission d'une affection.	
7. Courtoisie et prise en considération des commodités de la famille (horaire- dérangements évités).	

4. IDENTIFICATION ET UTILISATION DES RESSOURCES D'APPRENTISSAGE :

4.1. À LA FACULTÉ :

A. LES SÉANCES INTERACTIVES D'ENSEIGNEMENT :

Les séances CIAP (clarification, illustration, application, participation) :

L'étudiant **doit avoir une part active** dans ces séances. La séance se déroule avec un enseignant et un groupe d'étudiants.

Le mini-module est distribué à l'avance aux étudiants. À l'étude de ce document, l'étudiant note personnellement sur quel point il désire des clarifications.

Lors de la séance, chaque étudiant **doit s'impliquer** en apportant ses remarques ou ses commentaires, en demandant des explications, en donnant son avis lorsque l'enseignant propose un problème. Souvent cette séance se déroule sous forme d'exercices, de cas cliniques, de projections d'images, de schémas.

Attention ne soyez pas passifs, vous êtes là pour apprendre, osez poser des questions.

Durant la séance CIAP il y a un échange entre l'enseignant et l'enseigné contrairement au « **cours magistral** », durant laquelle l'étudiant est passif, on lui demande seulement de prendre des notes. Lors de la séance CIAP, l'étudiant est mis en situation active et cela crée une stimulation de l'apprentissage grâce aux échanges entre étudiants, et entre enseignant et étudiants.

Les séances de travaux pratiques :

Une partie de l'enseignement peut parfois s'appuyer sur des démonstrations que l'étudiant comprend mieux s'il les réalise lui-même.

B. LA BIBLIOTHÈQUE :

La bibliothèque vous permet de consulter des ouvrages dans le but de compléter vos connaissances sur le sujet abordé. Dans les modules d'auto-enseignement, certains ouvrages et chapitres vous sont conseillés. Cela vous permet de consulter directement le livre dont vous avez besoin.

Dans un premier temps, vous pouvez vous faire aider par l'agent de la bibliothèque, ce qui permet un gain de temps. En effet la bibliothèque est un lieu où on se laisse facilement séduire par un livre attrayant avec de belles planches en couleurs... et le temps s'écoule vite et on s'éloigne très vite des objectifs à atteindre. Votre visite à la bibliothèque ne sert pas à construire un deuxième cours... !!

À la bibliothèque, il existe plusieurs ouvrages que l'on peut classer ainsi :

- Les ouvrages de base ou livres de référence. Chaque livre comporte les caractéristiques suivantes : Titre, auteurs, maison d'édition (ou les années d'édition quand il y a eu des mises à jour après la parution du livre). Vu les progrès rapides de la science, il faut choisir les ouvrages les plus récents. Au début de chaque ouvrage, il existe une table des matières ou plan détaillé, et à la fin, un index ou table alphabétique des différentes rubriques. En regard de la table des matières et de l'index figurent les pages de l'ouvrage à consulter pour avoir les renseignements recherchés.
- Les dictionnaires de termes médicaux, d'anglais médical, d'arabe médical.
- Les revues nationales et internationales, elles sont classées par années et par numéros. Dans ces revues, vous trouverez des mises au point sur certains sujets, des travaux scientifiques portant sur une maladie donnée...

Certains ouvrages peuvent être prêtés (il faut alors disposer d'une carte de prêt), d'autres ne peuvent être consultés que sur place. Dans ce cas, ne gardez pas trop longtemps l'ouvrage, d'autres collègues pourraient en avoir besoin.

L'étudiant peut également accéder à des publications par un accès à l'internet.

C. LA MÉDIATHÈQUE :

Il existe une médiathèque à la Faculté de Médecine. La médiathèque met à la disposition des étudiants des documents audiovisuels. La liste de ces documents peut être consultée sur place.

L'étudiant peut également accéder à d'autres documents audiovisuels par un accès à l'internet.

L'enseignant peut, par l'un de ces modules, inviter l'étudiant à aller visualiser l'un ou l'autre de ces documents.

Exemple : dans le minimodule concernant les dermatoses du nourrisson, au chapitre « **activités d'apprentissage** », il est recommandé à l'étudiant d'aller visualiser le diaporama concernant ce sujet.

Ce type de document donne des informations auditives et visuelles sur des faits ou des attitudes. Le document est conçu et réalisé sous la supervision d'enseignant.

Il peut être utilisé de manière :

- répétée : l'étudiant peut repasser les diapos, les bandes vidéo ou les CD-ROM.
- individuelle : l'étudiant peut voir la démonstration à son rythme.

4.2. DANS LES TERRAINS DE STAGE :

L'initiation à la pratique médicale se fait en stage. Tout au long des études de médecine, l'enseignement théorique est associé à un enseignement pratique.

Au cours de ces stages, l'étudiant va s'initier aux techniques de soin, de diagnostic et de traitement. Chaque stage est guidé par un carnet de stage (se reporter au chapitre précédent 3.4.).

Les stages se déroulent :

- **soit en milieu hospitalier**, dans un service médical, au sein d'un CHU (Centre Hospitalo-Universitaire) le plus souvent, d'un hôpital régional parfois,
- **soit en Santé communautaire** : dispensaire, usines, écoles... Ce dernier stage permet à l'étudiant de :
 - S'initier aux problèmes de santé courants de l'individu (ne nécessitant pas l'hospitalisation), aux problèmes de santé liés à l'environnement.
 - D'identifier les problèmes sanitaires à l'échelle d'un groupe de population, à l'échelle d'une région, à l'échelle du pays.

5. LE CONTRAT DE FORMATION :

5.1. RÔLE ET RESPONSABILITÉ DE L'ENSEIGNANT :

Les enseignants sont chargés par la Faculté de la formation des étudiants. Chaque enseignant a la mission de former des médecins qui pourront résoudre efficacement la plupart des problèmes de santé qu'ils rencontreront au cours de la vie active. Le souci pour l'enseignant est donc d'être conforme pour chaque partie de son enseignement au profil de poste du médecin qu'il est en train de former. C'est ce que l'on appelle **souci de pertinence**.

Les séances interactives d'enseignement permettent un « feed-back » important pour l'enseignant. Elles lui permettent de juger de la **compréhension** de son document par les étudiants afin de modifier, de le compléter si cela s'avère nécessaire.

La vigilance de l'enseignant porte sur la pertinence et la clarté de son enseignement, mais aussi sur l'actualité de celui-ci. Les progrès en explorations (découverte de nouvelles techniques) en physiologie (suite à des études expérimentales) en thérapeutique (nouveaux médicaments)... obligent l'enseignant à modifier, compléter voire à restructurer son cours de façon périodique.

Nous voyons que l'enseignant a une lourde charge qui demande beaucoup de disponibilités. Aux responsabilités de l'enseignant correspondent des activités de l'étudiant qui doit s'impliquer obligatoirement dans son apprentissage.

Rôles respectifs de l'enseignant et de l'étudiant dans les méthodes actives d'après le Pr. Chedly Tabbane (cf. l'annexe n° 1) :

L'enseignant est un guide ; il :	L'étudiant tend à l'autonomie ; il :
. oriente l'étudiant par des objectifs .	. identifie ses besoins d'apprentissage (en fonction du problème à résoudre).
. réactive les connaissances par un rappel ciblé.	. révise ses notes personnelles, répare ses lacunes à son initiative.
. motive l'étudiant.	. s'implique.
. Propose des situations d'apprentissage .	. exploite les cas de ses patients .
. informe à la demande.	. se documente selon ses besoins.
. aide à distinguer l'essentiel de l'accessoire.	. ordonne ses connaissances au contact de la pratique.
. montre comment il faut faire.	. s'exerce et automatise.
. fait appliquer .	. applique en effectuant un va-et-vient pratique-théorie-pratique .
. anime la séance d'enseignement, suscite des échanges entre étudiants .	. apprend à justifier, à argumenter.
. enseigne des méthodes de raisonnement .	. apporte dans son travail rigueur et efficacité.
. diversifie les contextes d'enseignement d'une entité.	. s'exerce à transférer son savoir à des cas nouveaux.
tient compte de la diversité des préférences pédagogiques des étudiants, varie ses méthodes.	. diversifie systématiquement ses sources d'information pour mieux comprendre.
. évalue les connaissances, les raisonnements.	. pratique l'autocritique, le feed-back .
. cherche à comprendre comment un étudiant a mal compris .	. évalue l'efficacité de ses propres méthodes de travail .
. donne l'exemple .	développe des attitudes.

5.2. RÔLE ET RESPONSABILITÉ DE L'ÉTUDIANT :

Dans l'enseignement traditionnel, l'étudiant reçoit passivement des connaissances. Dans la formation actuellement proposée, l'étudiant est partie prenante de son enseignement. Cette approche implique :

- Une motivation de l'étudiant. Il sait quel but il doit atteindre et comment y parvenir.
 - Une interaction entre l'enseignant et l'enseigné, et entre les enseignés eux-mêmes. Cela crée une dynamique de groupe très favorable à l'apprentissage.
 - Un désir de la part de l'étudiant de s'autoévaluer. Par l'évaluation formative, il peut à tout moment vérifier ses connaissances et combler ses lacunes.
 - Une prise en charge personnelle par l'étudiant de son enseignement. L'étudiant peut aller à son rythme pour lire et apprendre les documents qui lui sont remis.
 - Une prise de conscience par l'étudiant que les connaissances qu'il est en train d'acquérir sont celles admises au temps où l'enseignement lui est fait. Le progrès constant de la médecine implique un recyclage permanent du futur praticien. Dans son cursus l'étudiant « apprend à apprendre ».
 - Un sentiment de sécurité pour l'étudiant. Son cursus est clairement défini par des objectifs précis. L'évaluation sanctionnelle fait suite à plusieurs évaluations formatives. Elle n'est plus le fait du hasard (l'étudiant chanceux qui tombe sur une des rares questions qu'il a préparée !). Elle concerne l'ensemble du programme, elle est réalisée objectivement.
- Cependant, l'autoformation a des contraintes qu'il serait malhonnête de masquer. Elle ne permet pas à l'étudiant d'être passif, et de « bachoter » en fin d'année. La non-observance des conseils contenus dans le module et la non-préparation des séances CIAP vont entraîner des lacunes.

L'enseignement suivant un enchaînement déterminé, chaque module pour un même thème sert de prérequis au suivant. Une mauvaise assimilation d'un module risque d'être difficilement rattrapable. L'autoformation demande probablement un travail plus continu que l'enseignement traditionnel.

5.3. RÔLE ET RESPONSABILITÉ DE L'INSTITUTION :

L'institution a un rôle important dans la formation médicale :

- Elle met les moyens nécessaires à l'apprentissage à la disposition de l'étudiant et de l'enseignant.

- Elle veille à l'organisation, à la planification de l'enseignement théorique et pratique.
- Elle en vérifie l'exécution en identifiant les éventuelles entraves au bon fonctionnement.
- Elle s'assure de la qualité de l'enseignement, elle s'assure que le « produit fini » (le médecin) correspond bien au profil de poste.
- Elle demande à modifier l'enseignement lorsque cela s'avère nécessaire : évolution des besoins sanitaires, progrès scientifiques.

Ainsi la formation médicale est un véritable contrat entre 3 partenaires : **l'étudiant, l'enseignant, l'institution.**

6. LE CURSUS ACTUEL DES ÉTUDES MÉDICALES :

La question qui s'est posée dans les années 80 à la Faculté de Médecine de Tunis était la suivante :

« Peut-on mieux préparer l'étudiant en médecine à sa tâche future afin qu'il soit capable d'assumer toutes ses responsabilités professionnelles ? »

La réponse a demandé de nombreuses séances de travail échelonnées sur plusieurs années, à la suite desquelles un nouveau cursus a été proposé et adopté. Ont participé à cette réflexion, les enseignants et les étudiants. Ce cursus a été mis en application à la rentrée universitaire 1988-1989.

6.1. PARTICULARITÉS :

Cet enseignement se distingue de l'ancien par :

A. LE CONTENU :

Celui-ci est pertinent par rapport aux problèmes de santé en Tunisie. Les objectifs généraux des différentes périodes de la formation médicale ont été établis à partir du profil de poste du médecin tunisien.

B. LA DISTRIBUTION :

L'enseignement n'est plus disciplinaire, mais par thème ou certificat. Chaque thème découle d'un objectif général. Pour un même objectif, il peut y avoir un ou plusieurs thèmes (cf. guide de l'étudiant). Autour d'un thème se regroupent plusieurs disciplines. Le plus souvent le thème sous-entend une fonction (exemple : respiration, circulation), le certificat un ensemble de problèmes (exemple : pathologie respiratoire). Pour l'étudiant l'avantage de l'enseignement par thème est de disposer à la fois de tous les éléments nécessaires (histologique, anatomique, physiologique, biochimique...) pour comprendre globalement une fonction.

C. LES MÉTHODES PÉDAGOGIQUES :

Chaque partie de l'enseignement correspond à des objectifs spécifiques.

La plus grande partie de l'enseignement est faite en groupes. Il est recommandé aux enseignants de réaliser à la faculté des séances de « Clarification, Illustration, Application, Participation » dites séances CIAP durant lesquelles **l'étudiant doit être impliqué et actif.**

Dans les stages, outre les apprentissages auprès du patient durant la journée ou durant les gardes, des séances de travaux dirigés sont réalisées pour apprendre aux étudiants soit des techniques soit le raisonnement clinique.

L'enseignement est guidé par des modules d'auto-enseignement (MAE), des carnets de stage, parfois des documents audiovisuels.

Chaque document comporte une évaluation formative.

D. L'ÉVALUATION SANCTIONNELLE :

des connaissances théoriques :

La méthode adaptée est l'utilisation des questions de type **QCM** et **QROC**, ce qui permet une évaluation objective et une évaluation « **large** » (la quasi-totalité du programme est évaluée). On évalue les compétences de réflexion de l'étudiant par les problèmes et les cas cliniques.

L'évaluation est pluridisciplinaire, chaque épreuve porte sur la totalité du thème ou du certificat.

des stages :

En ce qui concerne les objectifs éducationnels inscrits dans le carnet de stage, en particulier ceux relatifs aux domaines gestuel et affectif, la méthode d'évaluation sanctionnelle la plus adaptée est la grille d'évaluation.

Cette méthode permet :

- d'avoir une idée précise sur le degré d'habileté atteint par l'étudiant.
- En effet la grille comporte **plusieurs critères** permettant de vérifier jusqu'à quel point l'étudiant réalise de façon satisfaisante ce qu'il a à faire.

- d'obtenir une évaluation relativement objective, dans la mesure où la compétence n'est pas simplement jugée dans sa globalité, mais analysée critère par critère.

La question assez générale : « L'étudiant a-t-il réussi à faire l'injection intramusculaire ? », sera remplacée par plusieurs questions :

- « A-t-il mis en confiance le patient ? »
- « A-t-il veillé à son confort et à sa sécurité ? »
- « A-t-il respecté les règles de l'asepsie ? »... etc.

Ces mêmes grilles peuvent d'ailleurs servir à l'étudiant pour son apprentissage. Il peut les utiliser pour s'autoévaluer et vérifier dans quelle mesure il a atteint les compétences requises.

Il est à noter qu'au terme des stages, la faculté organise une évaluation sanctionnelle sous forme d'« Evaluation Clinique Objective en Stations Multiples » dite ECOSM, commune aux étudiants répartis dans les différents services, pour compléter l'évaluation faite avec le carnet de stage.

6.2. LE CURRICULUM :

(Lire l'annexe 2 : « Le nouveau Système de Formation à la Faculté de Médecine de Tunis. » Chedly Tabbane).

A. LE PREMIER CYCLE OU CYCLE PRÉCLINIQUE OU PCEM :

Il a une durée de 2 ans. Il permet à l'étudiant de connaître l'homme sain dans son environnement et l'homme malade de façon générale. Il a pour objectifs de :

Introduire l'étudiant à la connaissance de son futur métier et des caractéristiques de la population à servir, et, de l'initier aux méthodes d'apprentissage.

Identifier l'homme dans ses composantes physique, psychologique et génétique ainsi que dans les variations de ses caractéristiques au cours des cycles de la vie.

Identifier les facteurs de morbidité liés à l'environnement physique, chimique, biologique et socio-économique.

Décrire les modes réactionnels généraux de l'individu à l'agression.

Initier l'étudiant aux principes et méthodes de prévention contre la maladie.

Préparer l'étudiant aux stages cliniques en centre sanitaire périphérique.

Les disciplines contributives à l'enseignement de ces objectifs permettent de comprendre que dans la population, il existe cinq niveaux de santé.

1. L'homme sain :

L'enseignement considère l'homme sous ses différentes fonctions (digestive, respiratoire, cardiaque, etc.) et aussi l'homme sous son aspect longitudinal selon son évolution, de la conception à la sénescence en étudiant les variations biologiques propres à chaque période de la vie.

2. L'homme exposé à un risque. Il fait partie de ce que l'on appelle les populations à risque. Il est exposé :

- soit du point de vue génétique (maladie transmissible par les gènes);
- soit à des agressions physiques ou chimiques (ex. : population habitant près d'une zone industrielle; ouvrier travaillant dans une mine...);
- soit du point de vue psychique.

3. L'homme qui s'ignore malade, car atteint d'une maladie non encore déclarée. Exemple : découverte d'une hypertension artérielle chez un patient sans symptomatologie clinique lors du dépistage systématique des membres d'une famille exposés à ce trouble.

4. L'homme au stade de la maladie déclarée. L'enseignement apprend à différencier l'état normal de l'état pathologique en initiant l'étudiant au recueil des symptômes, à la rédaction d'observation clinique, à la stratégie de demande d'examen complémentaires.

En fin de premier cycle est enseignée la méthodologie de la résolution des problèmes de santé. L'étudiant apprend sur quelles bases scientifiques repose l'établissement d'un diagnostic, d'un pronostic, d'un traitement.

La pathologie (l'étude des maladies) est enseignée au 2^{ème} cycle.

5. L'homme au stade de séquelles avec un ou plusieurs handicaps, dû(s) soit à une maladie, soit à un accident, soit à l'état de vieillissement. Est étudié également l'homme face à la mort.

B. LE DEUXIÈME CYCLE OU CYCLE CLINIQUE OU DCEM :

Il a une durée de 4 ans. Il permet à l'étudiant de résoudre les problèmes de pathologie spécifique (exemple : l'infarctus du myocarde) en tenant compte des facteurs psychologiques, sociaux et économiques.

Les trois premières années (DCEM1, DCEM2 et DCEM3) ont pour **objectifs généraux** de permettre à l'étudiant de :

1. acquérir les connaissances cliniques nécessaires pour résoudre dans des limites de compétence définies, les problèmes de santé courants dans notre **pays**, sur les plans somatique et psychique, préventif et curatif.
2. acquérir les notions **scientifiques et psychosociales** nécessaires à la compréhension de la genèse, de la clinique, et des méthodes d'investigation et de traitement des maladies courantes.
3. acquérir, dans le cadre des **stages d'externat** dans les disciplines cliniques enseignées des bases relatives aux attitudes relationnelles et professionnelles, aux techniques (prise d'observation, soins aux patients... etc.) et à la connaissance pratique des affections courantes rencontrées durant les stages.
4. apprécier à l'échelon Santé publique en Tunisie, la prévalence et la gravité d'un problème de santé ainsi que ses facteurs de risque et d'indiquer les possibilités de le prévenir en considérant faisabilité et efficacité.

Pour atteindre ces objectifs, l'enseignement se déroule sous forme d'unités d'enseignement pluridisciplinaire.

L'étude de chaque unité inclut, en général :

- des sciences cliniques : sémiologie, diagnostic, thérapeutique...;
- des sciences biologiques : exploration, anatomie pathologique, bactériologie, pharmacologie, radiologie...;
- des sciences psychosociales : psychologie, épidémiologie, prévention, santé publique... etc.

Chaque problème de santé est ainsi envisagé sous ses différents aspects.

Les stages cliniques sont programmés en relation avec les unités d'enseignement. Ils initient l'étudiant au recueil et à l'interprétation de l'information, à la rédaction d'observation, à l'exploitation de cas cliniques pouvant illustrer ses connaissances, à la résolution des problèmes de santé les plus courants.

Tous les étudiants à la fin de leurs études auront effectué un stage dans chacune des spécialités enseignées (cardiologie, pneumologie, pédiatrie... etc.).

La quatrième année ou DCEM4 correspond au **STAGE INTERNE** :

A ce stade, l'étudiant prend en charge la solution des problèmes de santé du patient. Il assume cette responsabilité en continuant à bénéficier de l'encadrement de ses formateurs.

Au terme du deuxième cycle, l'étudiant doit être capable de :

1. Maîtriser les techniques de recueil des données, de présentation d'une histoire clinique, de soins courants et d'éducation sanitaire.
2. Identifier et traiter les problèmes de santé courants, de façon autonome, justifiant la confiance du superviseur, et adresser au spécialiste concerné les cas complexes.
3. Identifier un état d'urgence, assurer les premiers soins en cas de menace vitale ou en cas de préparation au transfert vers un centre spécialisé. Surveiller le patient.
4. Evaluer et prévenir les risques encourus par un patient en fonction de ses caractéristiques personnelles, de ses conditions de vie, de son environnement et des interventions médicales potentiellement nocives.
5. Manifester dans son travail :
 - un comportement responsable, humain et éthique vis-à-vis du patient,
 - une attitude de coopération au sein de l'équipe de soins,
 - une stratégie efficiente dans l'utilisation des ressources,
 - la prise en compte des implications médico-légales de son intervention.
6. Démontrer sa capacité d'autoformation par la rationalité de ses choix et de ses décisions, par sa curiosité et son sens critique dans l'exploitation de cas de ses patients et dans la documentation médicale.
7. Démontrer sa capacité de raisonnement clinique par la rationalité de ses choix et de ses décisions.
8. Participer à une recherche médicale courante ; décrire, justifier la méthode utilisée dans les cas simples.

C. LE TROISIÈME CYCLE OU TCEM OU RÉSIDANAT :

L'accès à ce cycle se fait après un examen national d'entrée au troisième cycle, regroupant les étudiants des 4 facultés de médecine tunisienne.

Selon l'ordre de mérite, défini par le classement à cet examen, les étudiants choisissent la spécialité dans laquelle ils vont poursuivre leur formation.

Cette formation dure trois ans pour la médecine de famille, quatre ans pour de nombreuses spécialités et cinq ans pour certaines spécialités notamment chirurgicales.

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : « DU MÉCANISME D'ACQUISITION DES CONNAISSANCES AU PARTAGE DES RÔLES ENSEIGNANT/ÉTUDIANT DANS LA FORMATION MÉDICALE. » PROFESSEUR CHEDLY TABBANE.

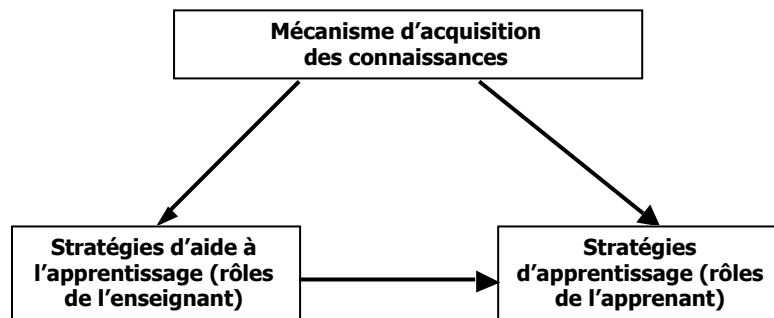
1. INTRODUCTION.

- . Il paraît clair que comprendre le **mécanisme d'acquisition** des connaissances est susceptible de constituer un facteur d'efficacité pour l'autoformation* de l'étudiant d'une part et pour l'usage de méthodes et d'outils d'enseignement capables de l'y aider d'autre part.
- . Sans prétendre à fournir une base scientifique à cette relation, il nous paraît profitable de mettre en évidence la manière dont enseignant et étudiant peuvent l'adapter à leurs pratiques respectives.

La délimitation des rôles et des responsabilités qui en découle devrait être définie, comprise, appliquée dès le début des études médicales.

* et par la même, **lui apprendre à apprendre** (en supposant que l'étudiant utilise et gère au mieux ses ressources et sa démarche mentale).

2. DU MÉCANISME AUX STRATÉGIES.

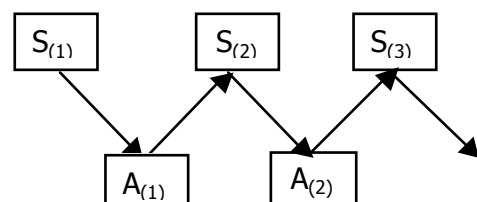


3. LE PROCESSUS D'ACQUISITION D'UN NOUVEAU SAVOIR.

« L'apprentissage est un processus dans lequel s'engage une personne pour acquérir des compétences ou des attitudes » (R. Brien).

La manifestation extérieure en est donc un **changement durable de certains comportements**.

- **Que se passe-t-il sur le plan interne, mental au cours de l'appropriation du savoir par l'étudiant ? Il est actuellement supposé que :**
- Le savoir **ne se transmet pas tel quel**, « intact » pour ainsi dire, du cerveau de l'enseignant à celui de l'étudiant constituant un réceptacle.
- Le nouveau savoir, pour devenir celui de l'étudiant (= **appropriation**) passe par des étapes d'élaboration par le cerveau de l'étudiant visant à :
 - **L'ancrer d'abord au réseau actuel de connaissances** de l'étudiant là où une certaine affinité le permet, et cela sous forme d'une première **représentation mentale imparfaite**.
 - Perfectionner ensuite cette représentation par des restructurations successives à la faveur d'applications à des situations proposées à l'étudiant.



- **C'est donc un processus de construction.**

4. DE L'INITIATION À L'APPROPRIATION.

- Considérons un nouveau savoir «S» à acquérir. D'après le processus décrit ci-dessus, «S», figuré par une **première représentation** $S_{(1)}$ va se préciser, s'affiner en $S_{(2)}$, $S_{(3)}$... etc. au fur et à mesure de ses **réinvestissements** lors des **applications** $A_{(1)}$, $A_{(2)}$... etc.
- $A_{(1)}$, $A_{(2)}$... etc. sont **des situations** provoquées ou spontanées, de caractère théorique ou pratique... réparties de façon organisée ou informelle...
- $S_{(2)}$, $S_{(3)}$... sont **chaque fois une représentation restructurée de « S » consécutive aux réinvestissements successifs dans les applications.**
- Un exemple banal est celui d'un mot nouveau rencontré au cours d'une lecture et dont le sens ne devient clair qu'après l'avoir retrouvé dans d'autres phrases.

5. CONDITIONS D'EFFICACITÉ (1).

1. C'est d'abord la motivation de l'étudiant.

- La motivation repose principalement sur **l'intérêt du savoir** à acquérir pour l'étudiant ainsi que sur d'autres facteurs tels que **la confiance** de l'étudiant en ses capacités, justifiée par les résultats positifs, les appréciations encourageantes obtenues dans ses activités...

2. La facilitation de l'ancrage du savoir proposé à l'étude.

- Le nouveau savoir «atterrit» dans le cerveau de l'étudiant, sur un savoir préexistant avec lequel il a une affinité. Plus le réseau de connaissances de l'étudiant est étendu et de qualité et plus grandes sont les chances d'y trouver des **éléments accrocheurs**, des «antennes» sous forme de questions mal comprises, des notions incertaines, de questions restées sans réponses ou avec des réponses inadaptées.
- Ceci explique l'intérêt de mobiliser, de **réactiver les connaissances prérequis** avant d'aborder le nouveau savoir afin de faciliter la connexion avec le nouveau.

* L'individu ne fait pas usage de toutes ses connaissances en permanence; il **active seulement celles qu'il juge utiles** pour s'adapter à une situation.

6. CONDITIONS D'EFFICACITÉ (2).

3. La capacité d'utiliser un même savoir dans des contextes différents.

- **Le savoir appris reste lié au contexte utilisé pour l'apprentissage** (situation, exemple, expérience, matériel...). C'est le cas par exemple de cette maman qui déclare à la puéricultrice qu'elle n'a pas préparé pour son bébé la recette conseillée parce qu'elle ne dispose pas chez elle des mêmes ustensiles culinaires que ceux qui ont servi à la démonstration effectuée au centre de P.M.I.
 - Un exemple amusant est celui de ce jeune enfant tunisien qui a pour voisin et camarade de jeu le fils de l'ambassadeur d'un pays d'Afrique noire et qui, apprenant un jour que son propre père venait d'être nommé ambassadeur, s'exclame «Est-ce que nous allons devenir noirs?»
- Cet enfant est passé de S (1) (fonction et couleur de peau liées) à S (2) (fonction indépendante de la couleur de peau) à la faveur de (A [2] = nomination du père comme ambassadeur).
- **Plus les exercices d'application** utilisent des contextes voisins de ceux de l'apprentissage et plus ils sont faciles à réussir; **plus ils s'en éloignent** et plus l'application sera difficile, la parenté entre les situations étant devenue moins évidente. Dans l'exemple ci-dessus, la maman n'a pas su **décontextualiser** la procédure de préparation du repas pour l'appliquer au contexte de ses équipements (et ainsi la **recontextualiser** selon les nouvelles données).
 - **Un autre exemple** est celui d'une même lésion cutanée aisée à reconnaître dans son expression typique pure, beaucoup moins dans ses expressions atypiques.
 - **Encore un autre exemple**, celui du stagiaire qui dépiste plus aisément un souffle cardiaque quand il est dans le contexte d'un service de cardiologie que dans le cadre d'une consultation de médecine scolaire.

7. L'APPRENTISSAGE ACTIF.

- **Adopter une approche pédagogique qui centre la formation sur l'intérêt de l'étudiant conduit à promouvoir des méthodes actives.**
- **L'apprentissage actif** ne se limite pas à déduire des objectifs éducationnels les chapitres à apprendre, et à répondre aux tests d'évaluation, proposés par l'enseignant. Il incite surtout l'étudiant à :
 - **s'impliquer** tout au long de l'apprentissage, à vouloir réaliser les objectifs.
 - **faire l'effort de vérifier, de valider l'adéquation de sa manière de comprendre et d'appliquer le nouveau savoir.**
 - Analyser, évaluer a posteriori la stratégie utilisée par l'enseignant (ou soi-même) ainsi que sa propre manière d'y répondre mentalement (pourquoi le succès, pourquoi l'échec?).

(Tout enseignant participant à un atelier pédagogique peut expérimenter sur lui-même la méthode active).

- **Malheureusement certains étudiants, n'ont pas spontanément tendance à adopter ce comportement;** l'enseignant se doit de le susciter par un choix judicieux de situations, de techniques, de mode d'évaluation, de relations... **en somme de faire passer les étudiants par $A_{(1)}$, $A_{(2)}$... etc.** chaque fois qu'un objectif éducationnel paraît offrir une difficulté consta-

tée lors d'enseignements à des promotions antérieures d'étudiants. Ce comportement de l'enseignant doit être une constante pédagogique, quel que soit le support utilisé : écrit, oral, audiovisuel, pratique.

8. RÔLES RESPECTIFS DE L'ENSEIGNANT ET DE L'ÉTUDIANT DANS LES MÉTHODES ACTIVES*.

L'enseignant est un guide ; il :	L'étudiant tend à l'autonomie ; il :
. oriente l'étudiant par des objectifs .	. identifie ses besoins d'apprentissage (en fonction du problème à résoudre).
. réactive les connaissances par un rappel ciblé.	. révise ses notes personnelles, répare ses lacunes à son initiative.
. motive l'étudiant.	. s'implique .
. propose des situations d'apprentissage .	. exploite les cas de ses patients .
. informe à la demande.	. se documente selon ses besoins.
. aide à distinguer l'essentiel de l'accessoire.	. ordonne ses connaissances au contact de la pratique.
. montre comment il faut faire.	. s'exerce et automatise.
. fait appliquer .	. applique en effectuant un va-et-vient pratique-théorie-pratique .
. anime la séance d'enseignement, suscite des échanges entre étudiants .	. apprend à justifier, à argumenter.
. enseigne des méthodes de raisonnement .	. apporte dans son travail rigueur et efficacité.
. diversifie les contextes d'enseignement d'une entité.	. s'exerce à transférer son savoir à des cas nouveaux.
. tient compte de la diversité des préférences pédagogiques des étudiants, varie ses méthodes.	. diversifie systématiquement ses sources d'information pour mieux comprendre.
. évalue les connaissances, les raisonnements.	. pratique l'autocritique, le feed-back .
. cherche à comprendre comment un étudiant a mal compris .	. évalue l'efficacité de ses propres méthodes de travail .
. donne l'exemple .	développe des attitudes.

* À lire horizontalement.

9. LES RÔLES ET LE SYSTÈME.

- **Les techniques d'enseignement** sont nombreuses, variées.
- Le choix d'une technique par l'enseignant est limité, apparemment, par le système de formation choisi par la Faculté (distribution mono ou interdisciplinaire de l'enseignement, support type magistral ou autre, mode d'évaluation... etc.).
- Les systèmes, les techniques ne se prêtent probablement pas de façon égale à la pratique des méthodes actives.
- Pour ce qui concerne la Faculté de Médecine de Tunis, l'autonomie de l'apprentissage est favorisée par :
- Le souci du système de formation d'orienter l'apprentissage (dans son contenu et ses méthodes) par rapport à son utilisation dans la pratique professionnelle.
- L'usage de modules d'auto enseignement (MAE).
- Une séance obligatoire participative entièrement réservée à l'application du contenu du MAE.
- La possibilité pour l'étudiant de diversifier ses sources d'information par la bibliographie du MAE, une bibliothèque, une médiathèque assez fournies.
- Un enseignement élémentaire de pédagogie médicale inséré officiellement dans le programme et objet d'évaluation pour une partie qui est enseignée dès le PCEM et officieusement dans les TD de DCEM (enseignement méthodologique).
- L'usage de carnets de stage en CHU et au centre de santé périphérique.
- La possibilité durant au moins 5 années sur 7 années d'études médicales de s'instruire à partir des cas de patients.
- ... etc.
- À notre avis l'autonomie de l'apprentissage est compatible avec tous les systèmes de formation pour peu que les enseignants et les étudiants y soient préparés.

10. CONCLUSIONS.

Les bases cognitives présentées ci-dessus constituent un fondement commun aux techniques d'enseignement développées dans les ateliers prévus par le programme de formation des enseignants traitant notamment du module d'auto-enseignement, de la séance CIAP, du stage clinique, des travaux dirigés, de l'enseignement des sciences fondamentales... etc., et en assurent la **cohérence pédagogique**. Retrouver celle-ci derrière diverses formules d'enseignement constitue en soi un exercice stimulant susceptible d'être proposé en atelier.

La Faculté de Médecine de Tunis utilise depuis octobre 1988 un nouveau cursus des études médicales. Il concerne la formation de base du futur praticien, un praticien qui pourra exercer aussi bien dans le secteur privé que dans les centres de soins primaires. Cette formation, orientée par un profil professionnel défini, présente des caractéristiques qui sont brièvement décrites dans les chapitres suivants.

LE SYSTÈME ET SES MÉTHODES :

Le mode de formation des futurs médecins généralistes initié à Tunis en 1988 vise à être plus ciblé sur des compétences, plus global dans l'approche biologique, clinique et psychosociale des problèmes de santé, plus participatif dans ses méthodes et plus performant dans ses résultats.

Dans sa partie théorique :

L'enseignement est distribué par thèmes à contributions pluridisciplinaires, et cela dès la première année des études. Le choix et le dosage des contributions en facilitent la pertinence.

Cet enseignement s'adresse à des étudiants (350 et plus par an) distribués en effectifs relativement réduits de 30 à 50. Il utilise une méthode où le cours magistral est en pratique supprimé. L'usage des supports écrits s'est généralisé, comportant des objectifs, un texte de base et des tests d'évaluation. Leur diffusion à l'avance aux étudiants leur permet de disposer de façon immédiate d'une documentation sur l'ensemble du thème et de se préparer à la séance de clarification, illustration et exercices d'application qui remplace le cours magistral.

Il est prévu, mais non encore mis en application, une séance d'introduction du thème par le coordinateur et une séance de conclusion par l'ensemble des enseignants du thème pour répondre à des questions nécessitant la confrontation de plusieurs opinions.

L'évaluation finale associe dans une même épreuve des tests relevant de disciplines diverses.

Dans sa partie pratique :

La formation utilise des stages nombreux en centres hospitalo-universitaires et en centres de soins primaires, ceux-ci débutant dès la 1^{ère} année. Un thème de méthodologie de solution des problèmes prépare les étudiants aux stages cliniques. Tous les stages sont guidés par des carnets aidant à structurer l'apprentissage de l'étudiant.

DÉCOUPAGE DU PROGRAMME DES ÉTUDES :

La durée de la formation est de 7 ans, répartie en un premier cycle (1^{ère} et 2^{ème} années) en deuxième cycle (3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} années) et un stage interné (6^{ème} et 7^{ème} années). L'accès à la faculté s'opère, depuis plusieurs années, par une sélection par ordinateur à partir des notes obtenues au baccalauréat, remaniées par des coefficients propres à la filière médicale.

De la 1^{ère} à la 5^{ème} année, l'année universitaire est découpée en 3 trimestres plus un demi-trimestre situé en été sur lequel nous reviendrons plus loin.

Le stage interné comporte 6 périodes de 4 mois, dont 5 obligatoires (médecine, chirurgie, pédiatrie, gynécologie, médecine communautaire) et une optionnelle.

CONTENU DU PCÉM :

Le premier cycle enseigne le continuum santé-maladie selon les correspondances du tableau 1 entre chaque niveau de santé et l'étude pertinente qu'il implique.

Tableau 1 : les niveaux de santé et les études correspondantes.

Niveaux de santé :	Etudes :
- personne bien portante.	- du fonctionnement de l'homme sain.
- personne à risque.	- des facteurs de morbidité et des méthodes de prévention.
- état pathologique latent.	- des réponses à l'agression.
- pathologie déclarée.	- du problème de santé : méthodes d'identification et de solution.
- issues cliniques.	- de la mort, de la guérison, du handicap.

Pour chacune des rubriques d'études du tableau, le programme est distribué en thèmes et sous-thèmes et l'ensemble permet, dès le premier cycle, d'avoir une approche globale de la santé en relation avec l'environnement et l'hérédité avec tout ce qui peut en découler dans la compréhension des soins primaires.

À ce contenu, il faudrait ajouter un thème introductif consacré entre autres : au concept de santé, aux caractéristiques de la population tunisienne et aux méthodes d'apprentissage. Enfin un enseignement de l'anglais médical et de notions d'informatique est également inclus dans le premier cycle.

La formation pratique comporte dans le PCEM, des visites ponctuelles, un stage de sémiologie générale en 2^{ème} année et deux périodes de 6 semaines de stage d'été en centre de soins primaires.

CONTENU DU DCEM :

Le DCEM enseigne les pathologies d'organe et d'appareil sous leur triple aspect scientifique, clinique et santé publique. L'aspect médecine individuelle inclut aussi la thérapeutique et le psychoaffectif. Les stages cliniques sont couplés à l'enseignement des thèmes.

Finalement s'opère une intégration longitudinale des thèmes puisqu'à une approche globale de la santé étudiée dans le PCEM, succède une approche globale de chaque pathologie spécifique.

STAGE INTERNE :

Sa distribution a déjà été décrite dans le cursus. Comme dans beaucoup d'institutions il s'agit d'un stage en situation de responsabilité quasi professionnelle. Il se situe dans les deux dernières années d'études à une période où les connaissances ont eu le temps de se stratifier et de mûrir, favorable à une synthèse effective de toutes les composantes de l'apprentissage. C'est pourquoi dans le nouveau stage interne l'accent est mis non seulement sur la capacité de résoudre de façon autonome les problèmes de santé courants, mais aussi sur leur exploitation pour **raviver les connaissances de sciences fondamentales**.

La méthode de consolidation des connaissances scientifiques par les problèmes en stage interne est en quelque sorte le pendant de l'apprentissage initial par problème prôné par certaines institutions dites d'avant-garde; les situations d'apprentissage y sont plus naturelles et moins réductrices que dans le cas des problèmes construits.

LA DIMENSION COMMUNAUTAIRE DANS LA FORMATION :

La « Santé publique » est présente tout au long des études, dans ses thèmes propres d'une part, dans ses contributions aux thèmes de pathologie spécifique d'autre part. Elle utilise les terrains de stage périphériques pendant une période de 6 semaines, chaque été dès la 1^{ère} année. Ce stage annuel en un centre choisi par l'étudiant et agréé par la Faculté, est guidé par un cahier avec objectifs et évaluation. Il permet un contact précoce et suivi de l'étudiant avec la communauté et les conditions de l'exercice de sa future profession.

L'avenir nous dira si ce stage aura également permis une acclimatation mentale à l'exercice à l'intérieur du pays.

LE DÉVELOPPEMENT DE LA CAPACITÉ D'AUTOFORMATION :

Le développement de la capacité d'autoformation ne se limite évidemment pas à des exercices de documentation et de recherche bibliographique. Il est le fruit d'un conditionnement favorisé par le régime des études, dans la mesure où celui-ci facilite la participation et les échanges, la relation entre les faits cliniques et leur justification scientifique et/ou psychosociale, l'exigence de fiabilité dans le recueil des données d'un problème, la curiosité de l'étudiant, la lecture critique des documents et des publications... etc.

OU EN SOMMES-NOUS AUJOURD'HUI ?

La première promotion de la réforme sortira dans deux ans. Divers constats, diverses appréciations sont déjà favorables et encourageantes sur les plans de la réussite aux examens et du comportement participatif des étudiants.

L'administration a demandé une évaluation externe qui bien que prématurée peut être stimulante, car nous avons encore besoin d'entretenir motivation et dynamisme pour opérer les rectifications d'ordre organisationnel, logistique et pédagogique.

GLOSSAIRE

Attitude : Ensemble des comportements d'ordre psychologique et rationnel qui prédisposent un individu à réagir positivement ou négativement à l'égard d'un individu, d'un objet ou d'un événement.

Besoin sanitaire : Manifestation naturelle de sensibilité interne qui conduit l'individu à une recherche d'un état d'équilibre physique, mental, psychique et social. Au sein d'une collectivité, et à un instant donné, nombreux sont les individus qui se trouvent loin de cet état d'équilibre. Aussi parler des besoins sanitaires de la collectivité c'est décrire le type de maladie (physiques, mentales...) prédominante dans cette collectivité, mais aussi, identifier les causes (eau polluée, conditions d'habitat difficiles, absence de vaccinations, chômage... etc.) qui induisent ce déséquilibre.

Compétence : Aptitude ou capacité permettant à l'individu de comprendre, d'élaborer un raisonnement ou d'agir.

Comportement : Manière d'être ou d'agir.

Démarche active (en planification) : lorsqu'une planification repose sur plusieurs paramètres qui peuvent se modifier au cours du temps, il est important de prévoir la possibilité d'adapter le plan initial au nouvel état de ces paramètres. Le plan initial n'est donc pas définitivement figé.

Évaluation : « processus systématique visant à déterminer dans quelle mesure des objectifs éducatifs sont atteints par des élèves » (d'après Gronlund).

Formation permanente : ensemble des activités d'apprentissage (lecture de revues, participation aux séminaires, conférences...) qui permettent au professionnel de mettre à jour ou de compléter ses connaissances.

Hiatus : écart, absence de continuité.

Modèle éducatif : ensemble des principes et des relations de fonctionnement d'un système éducatif.

Planification : établissement d'un projet en vue d'aboutir à un résultat prévu à l'avance. Ce projet définit :

- les activités qui permettent d'atteindre ce résultat,
- les modalités de réalisation en décrivant les étapes et l'ordre de réalisation de ces activités,
- les modalités d'évaluation de la faisabilité du projet
- et les modalités d'évaluation de l'obtention du résultat souhaité.

Problème : l'ensemble des connaissances médicales acquises par l'étudiant doit lui permettre de répondre de manière adaptée au besoin exprimé par chaque patient. L'étudiant doit apprendre à identifier le problème spécifique de chaque sujet et à lui trouver la solution la plus adaptée.

Opérationnel : qualité de ce qui est prêt à fonctionner de façon suffisamment sûre.

Système : ensemble composé d'éléments interdépendants en interaction constante. La modification d'un des éléments entraîne obligatoirement une modification adaptée des autres éléments. La planification systémique consiste à tenir compte des interactions inhérentes au système.

ÉVALUATION FORMATIVE

Pour les questions 1 à 5, indiquez, dans l'espace réponse, la (ou les) lettre(s) correspondante à (ou aux) affirmation(s) exacte(s).

Question N° 1.

Énoncé : La planification systémique de l'éducation médicale repose sur :

- A. L'importance de chaque discipline médicale.
 - B. Les besoins de santé de la population.
 - C. Le volume du contenu de l'enseignement.
 - D. La définition des objectifs éducationnels.
 - E. Les besoins de l'enseignant.
-

Question N° 2.

Énoncé : Le profil de poste du médecin :

- A. Décrit les tâches du professionnel.
 - B. Permet de déduire les objectifs éducationnels spécifiques.
 - C. Indique les compétences antérieures de l'étudiant en médecine.
 - D. Doit répondre aux besoins sanitaires de la population.
 - E. Détaille le programme d'enseignement médical.
-

Question N° 3.

Énoncé : L'objectif éducationnel :

- A. Décrit ce que doit faire l'enseignant.
 - B. Indique la compétence que doit acquérir l'étudiant.
 - C. Décrit le but de l'apprentissage.
 - D. Décrit la méthode de l'enseignement.
 - E. Peut ne pas être pertinent.
-

Question N° 4.

Énoncé : Les compétences du domaine sensori-moteur peuvent être évaluées par :

- A. Des questions à choix de réponse.
 - B. Des questions à réponse ouverte et courte.
 - C. Des grilles d'observation.
 - D. Des questions orales.
 - E. Des questions rédactionnelles.
-

Question N° 5.

Énoncé : L'évaluation formative :

- A. Permet de certifier les compétences.
 - B. Indique les progrès de l'apprentissage.
 - C. Se situe au stade final de chaque étape de la formation.
 - D. Permet de reconnaître les insuffisances de l'apprentissage.
 - E. Sanctionne l'étudiant.
-

Pour les questions 6 à 8 répondez **brièvement**, dans l'espace réponse.

Question N° 6.

Énoncé : Quels sont les 4 éléments composant un objectif éducationnel ?

Question N° 7.

Énoncé : Quelle est la principale qualité d'un objectif éducationnel ?

Question N° 8.

Énoncé : Indiquez à quel domaine de l'apprentissage correspond chacun des objectifs suivants :

- A. « Rassurer une mère dont l'enfant atteint d'une méningite a convulsé et qui s'améliore cliniquement et biologiquement sous traitement. »
- B. « Réaliser une ponction lombaire sur un enfant maintenu en position assise, en respectant les règles générales d'asepsie et en veillant au confort du malade. »
- C. « Énumérer les formes étiologiques de la méningite purulente du nourrisson. »

A

B

C

Réponses :
Question 1
Question 2
Question 3
Question 4
Question 5
Question 6
Question 7
Question 8

B, D.
A, B, D.
B, C.
C.
B, D.
Activité, contenu, condition et critère.
Pertinence.
A : domaine psychoaffectif (relationnel).
B : domaine sensori-moteur (gestuel).
C : domaine cognitif (des connaissances).

LA SANTÉ ET LA MALADIE

CONCEPTS, DÉTERMINANTS ET MESURE

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

Séance 1 :

1. Définir les concepts de santé et de maladie.
2. Énumérer les besoins fondamentaux de l'individu selon la conception de Henderson.
3. Décrire l'évolution naturelle d'une maladie.
4. Opposer morbidité réelle, morbidité ressentie, morbidité diagnostiquée et morbidité comportementale.
5. Identifier les niveaux d'intervention des trois types de prévention dans l'évolution naturelle d'une maladie.

Séance 2 :

6. Identifier les facteurs qui influent sur l'état de santé.
7. Classer les indicateurs de santé.
8. Définir les indicateurs de santé les plus couramment utilisés.
9. Indiquer pour chacun des indicateurs de santé les plus couramment utilisés, l'ordre de grandeur de sa valeur en Tunisie.
10. Calculer et interpréter la valeur des indicateurs de santé les plus couramment utilisés, à partir de données communiquées.

Séance 3 :

11. Décrire la nature de la morbidité diagnostiquée en ambulatoire et de la morbidité hospitalière.
12. Décrire la genèse et le contenu de la notion de santé publique ou communautaire-soins de santé primaire (SSP) ainsi que les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)
13. Décrire le système de santé tunisien et en identifier les principaux problèmes rencontrés.

INTRODUCTION

« Être en bonne santé est un des droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction de race, idées politiques ou conditions socio-économiques et sociales »

(Charte des Nations Unies)

Le but du sous-module « Santé : concepts, déterminants et mesure » est de présenter les notions de santé et de maladie de la manière dont les ressent la population dans son ensemble et non pas seulement les professionnels de la santé. En effet, la société confie aux soignants la responsabilité de soins, mais il est très important pour le futur médecin de garder à l'esprit la représentation sociale de la santé et de la maladie ainsi que les facteurs qui influencent la santé, au même titre que de connaître les sciences exactes, le corps humain normal, la maladie et les moyens thérapeutiques et préventifs existants. Dans ce cadre, l'étudiant en médecine doit bénéficier de l'apport des sciences humaines (psychologie, sociologie, économie...) pour être capable d'intégrer l'aspect social et médical chez un patient qui le consultera plus tard.

Le médecin doit aussi être conscient qu'il a une responsabilité vis-à-vis de la collectivité (population) au sein de laquelle il exerce et il doit pour cela bien la connaître.

Enfin, il doit garder à l'esprit que d'autres secteurs sociaux (agriculture, enseignement, travaux publics...) jouent un rôle important dans la prévention de la maladie et la promotion de la santé.

1. SANTÉ ET MALADIE

1.1. LA SANTÉ

1.1.1. ESSAIS DE DÉFINITION

Il est beaucoup plus aisé de définir la maladie que la santé, qui est une entité abstraite, correspondant à « une demande infinie dans le cadre d'un système fini » ; certains ethnologues (Ph. Mitrani) pensent que « la notion de santé est d'un ordre de représentation plus général qui ne s'oppose pas terme à terme avec celui de la maladie, mais donne au contraire dans chaque contexte socioculturel donné son véritable sens » (en dialecte tunisien le terme « **saha** » veut dire aussi bien **santé** que **obésité**, par exemple...).

Les essais de définition de la santé ont toujours existé (médecine grecque, médecine arabe...) et ils ont évolué au fur et à mesure du progrès médical. À titre d'exemple, dans la Rome antique, Cicéron disait que « la santé procure l'absence de douleurs et la possibilité d'accomplir les fonctions du corps ». Au début du XX^{ème} siècle, Claude Bernard, maître à penser de la médecine expérimentale disait que « c'est par l'activité normale des éléments organiques que la vie se manifeste à l'état de santé ». Dans le même sens, Leriche précisait en 1936 que « **la santé, c'est la vie dans le silence des organes** ».

Ce n'est qu'en 1946 que l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹ bouleversa les certitudes acquises en proclamant que :

« **La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité** » avant de réclamer « **La santé pour tous en l'an 2000** » vers la fin des années 1970.

Cette définition de l'OMS a trois avantages :

- Elle donne de la santé une conception positive, « **démédicalisée** ».
- Elle insiste sur l'aspect multidimensionnel de la santé.
- Elle est exigeante : le bien-être est voulu « **complet** ».

Elle a trois insuffisances :

- Elle est subjective, le bien-être ne pouvant être que ressenti, et non objectivement perçu.
- Elle ne permet pas une mesure chiffrée de la santé.
- Elle restreint la santé à un état, occultant l'aspect dynamique qui est caractéristique de la vie.

Cet aspect dynamique est souligné dans d'autres définitions :

Charte d'Ottawa, 1986: La santé est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et d'autre part, évoluer avec son milieu ou s'adapter à celui-ci.

R. Dubos : la santé est un état physique et mental, relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans le milieu où il est placé.

J. Monnier : la santé est « l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine : biologiques, psychologiques et sociales. Cet équilibre exige d'une part la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme, d'autre part une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement » sans cesse changeant.

On pourrait être tenté de définir la santé de manière positive et objective, en disant que l'état de bonne santé est l'état de l'individu « normal » et que l'état de maladie est celui de l'individu « anormal. Mais la notion de « norme » est difficilement applicable en biologie et en sciences humaines. La règle dans ces domaines est la variabilité et non l'uniformité.

Certes, on peut choisir un certain nombre de mesures et calculer pour chacune d'elles une valeur moyenne à partir de l'observation d'un échantillon d'individus. Plus un individu s'écarte de cette moyenne, plus il sera considéré comme « anormal ». Mais les limites d'une approche pareille sont évidentes :

- Quelles mesures choisir ? Le nombre en serait élevé.
- Quel écart maximum tolérer ?
- Comment choisir les individus à observer ?

La réponse à ces questions n'est pas aisée.

1.1.2. APPROCHE BASÉE SUR LES BESOINS FONDAMENTAUX DE L'ÊTRE HUMAIN

Une autre approche, plus qualitative, est l'approche basée sur les besoins. L'état de santé serait dans cette approche caractérisée par la satisfaction d'un certain nombre de besoins (c'est-à-dire de nécessités).

V. Henderson distingue 14 besoins fondamentaux de la personne humaine (cette notion est très utilisée dans les soins infirmiers) :

1. Respirer normalement.

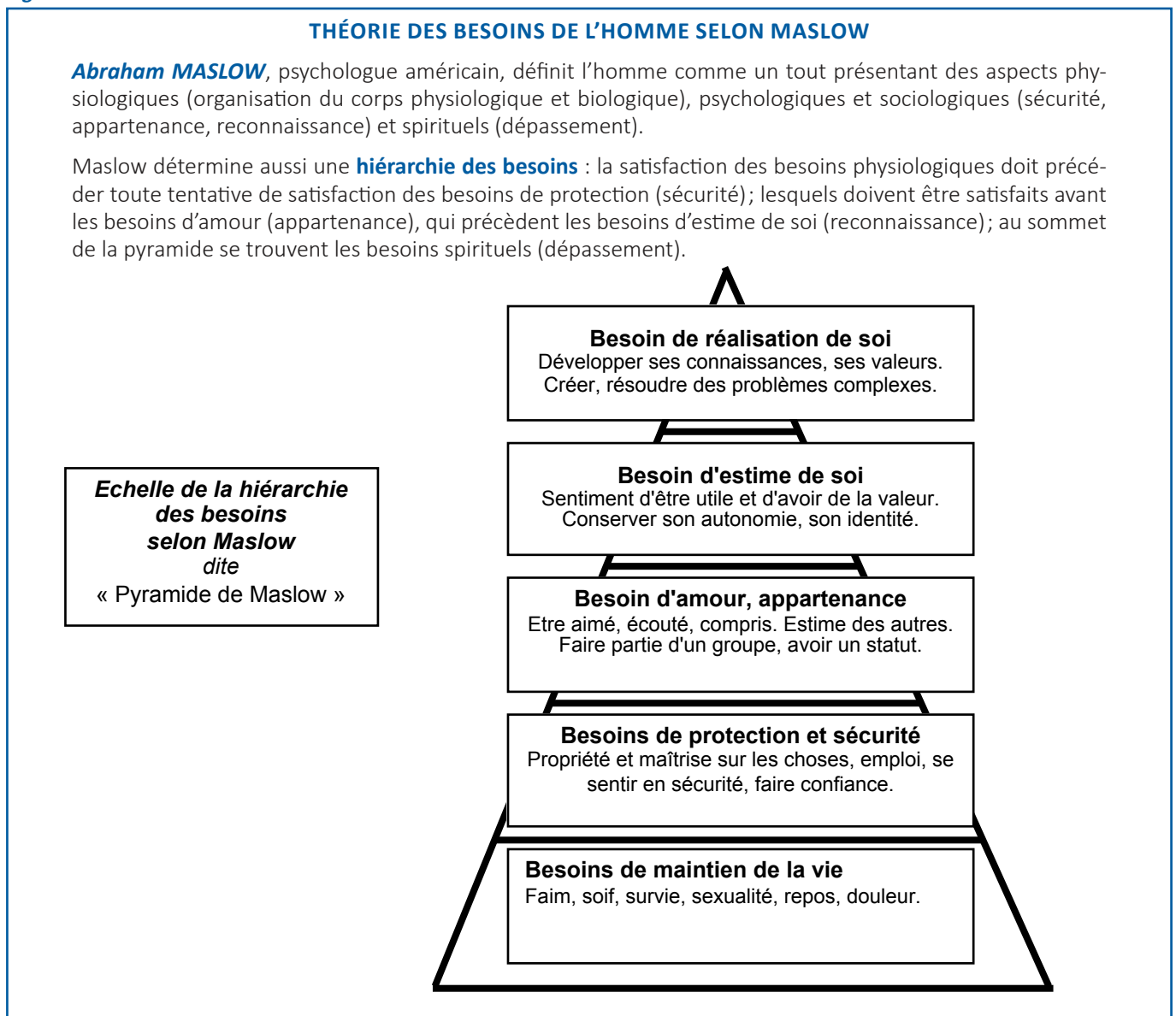
¹ **(OMS) :** L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Au sein de l'OMS, les professionnels de la santé de quelque 165 pays échangent des connaissances et des données d'expérience en vue de faire accéder tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

2. Manger et boire tel que requis.
3. Éliminer par toutes les voies d'élimination.
4. Se mouvoir et maintenir une bonne posture.
5. Dormir et se reposer.
6. Choisir des vêtements convenables, s'habiller et se déshabiller.
7. Maintenir sa température dans les conditions normales au moyen de vêtements appropriés ou en modifiant l'air ambiant.
8. Veiller à la propreté du corps et à une bonne apparence ainsi qu'à protéger son épiderme.
9. Éviter les risques d'accident pour soi et les autres.
10. Communiquer avec d'autres personnes pour exprimer ses émotions, besoins, craintes, etc.
11. Pratiquer le culte de sa religion.
12. S'occuper à quelque chose qui donne le sentiment d'être utile.
13. Jouer à quelque chose ou participer à diverses formes de récréation.

Apprendre, découvrir ou satisfaire une saine curiosité qui mène à un développement « normal » de la santé.

A. Maslow : identifie une hiérarchie naturelle des besoins (voir figure 1), ces besoins étant qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains, mais quantitativement différents selon les caractéristiques socio-économiques de la population étudiée.

Figure 1



1.2. LA MALADIE

La maladie peut être définie comme « un malajustement ou une défaillance des mécanismes d'adaptation de l'organisme et un manque de réaction aux stimuli auxquels il est exposé » (M. Jenicek et R. Cléroux).

Il n'existe le plus souvent que peu de situations où le passage de l'état de santé à celui de maladie se fasse sans transition. Selon Donabedian, on peut décrire une « histoire naturelle de la maladie », qui est un schéma du passage progressif de l'état de « santé maximale » à celui de mort. Les étapes de cette histoire naturelle sont les suivantes :

1. Santé maximale.
2. Maladie non détectable.
3. Anomalies d'examens complémentaires sous épreuves.
- 4- Anomalies d'examen complémentaires permanentes.
5. Anomalies cliniques sous épreuves.
6. Anomalies cliniques permanentes.
7. Le patient se sent malade.
8. Répercussion sur le rôle social.
9. Répercussion sur les tâches journalières.
10. Répercussion sur la motilité.
11. Mort.

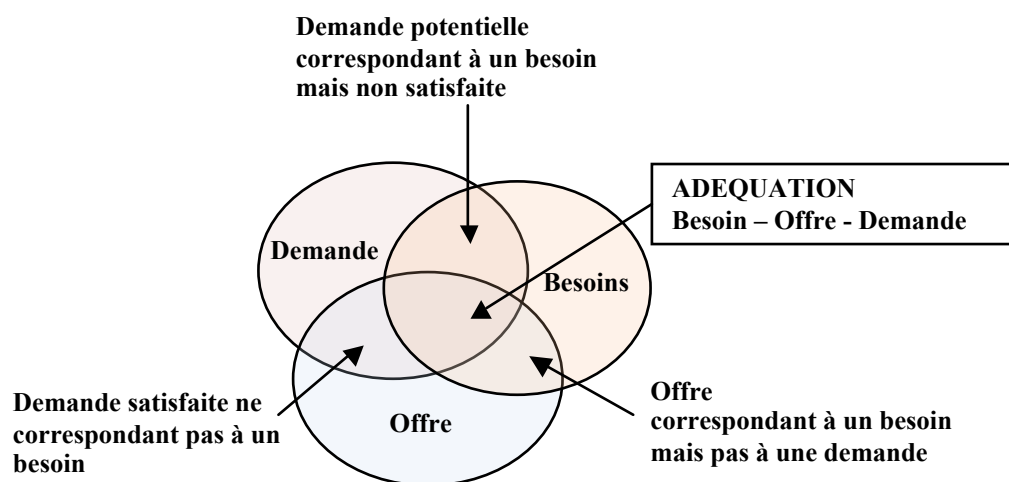
Dans la réalité, certaines maladies et certaines personnes seulement vont effectuer ce « parcours » en totalité. Selon Grémy et Daurès, toutes les maladies n'évoluent pas jusqu'aux stades 8, 9 et 10. Surtout, ces auteurs reprochent à ce schéma son approche médico-centrique : en effet, contrairement à ce qu'il suggère, il est possible que la personne se sente malade dès la deuxième étape.

Ce point reflète l'opposition qui existe entre l'approche médicale de la santé et de la maladie et l'approche non professionnelle de ces deux phénomènes. Donabedian cité par Grémy, écrit :

« La définition du besoin que donne le médecin dépend de la manière dont la science médicale définit la santé et la maladie, et de ce que la technique médicale a à offrir comme thérapeutique ou prévention. Il est significatif de constater que dans le cursus des études médicales, l'analyse du concept de santé soit négligée. La préoccupation essentielle est la genèse et le développement des maladies, leur manifestation, les moyens de les prévenir, de les guérir ou de les stabiliser. En outre, on insiste davantage sur l'aspect somatique des maladies que sur les aspects **émotionnels** ou leur retentissement sur le **comportement**. Par conséquent la maladie est généralement définie et comprise en termes de modifications microscopiques ou plus grossières de la structure des cellules ou tissus, en termes de perturbations chimiques de la composition des fluides et cellules, et en termes de fonctions physiologiques, d'organes et de systèmes. Dans la mesure du possible, on rapporte les sensations relatives par les patients et les modifications de leur comportement à des modifications de structure, de composition ou de fonctions ».

Besoin, demande et offre de soins ne se rencontrent pas toujours. Comme le montre la figure 2, l'écart peut être important entre ce que les gens expriment (demande), leur état réel (besoin) et les services de santé qui leur sont proposés (offre).

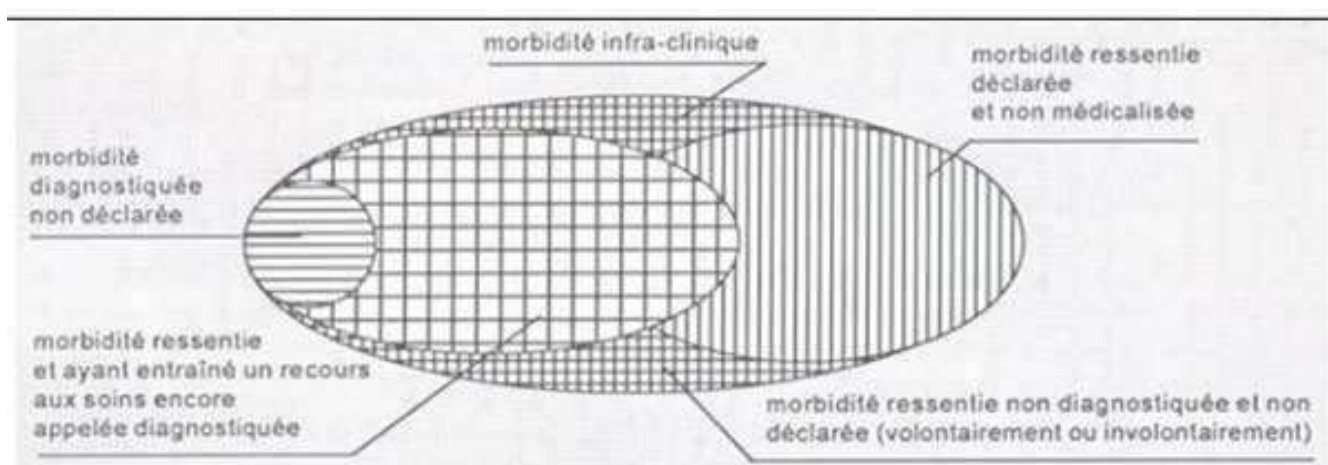
Figure 2 : Distinction entre besoin, demande et offre de soins



Lévy oppose :

- La morbidité objective ou réelle, telle qu'on l'identifierait si toutes les techniques médicales de diagnostic étaient applicables à toutes les personnes d'une population. Cette morbidité inclue tous les types de morbidités illustrées par la figure 3.
- La morbidité ressentie par la personne « malade » (Illness en anglais), indépendamment de ce que constatent les personnes étrangères, professionnelles ou non professionnelles. La perception de « quelque chose » d'anormal est tributaire de facteurs individuels et culturels et ne s'accompagne pas forcément d'une demande de soins
- La morbidité diagnostiquée qui est celle que le médecin identifie lorsque le malade a recours à ses services, en mobilisant plus ou moins de moyens d'investigations.
- La morbidité déclarée n'est qu'une vue partielle de la pathologie diagnostiquée puisqu'elle est soumise aux oublies volontaires ou involontaires des professionnels de la santé.

Figure 3 : Les différentes composantes de la morbidité réelle



Grémy reproche à beaucoup de médecins une faute de raisonnement ; il écrit :

« Trop souvent, les médecins identifient la mauvaise santé à la présence d'une maladie diagnostiquée (disease). Cette équivalence logique dérive d'une faute de raisonnement.

En effet, de l'implication irréfutable en la matière : « *Maladie* » implique « *mauvaise santé* », on n'a pas le droit de déduire : « *Absence de maladie* » implique « *bonne santé* ». C'est cette faute logique que la définition de l'OMS a bien su démasquer. Le fait de se sentir malade (morbidité ressentie) entraîne qu'on n'est pas en bonne santé. Il n'est pas licite de rejeter systématiquement comme simulateur, ou comme malade imaginaire, celui auquel le médecin « ne trouve rien ». Il ne peut s'agir que d'une insuffisance provisoire de nos moyens d'observation ».

Citant Foster, anthropologiste américain, il reconnaît même à la maladie un aspect positif.

« La maladie n'est pas toujours un état non désirable. Bien que nous entendions souvent l'expression, « chacun veut être en bonne santé » ou « quand la santé va, tout va », ceci n'est vrai qu'en général. Souvent, c'est l'inverse qui est vrai. Pour certains, une santé florissante peut être considérée comme un désastre. Autrement dit, le fait que nous tombions malades de temps à autre est peut-être une stratégie adaptative favorable. La maladie- quand elle n'est pas trop grave- peut jouer un rôle positif. Une petite grippe, un gros rhume- juste ce qu'il faut pour nous permettre de rester à la maison sans travailler - est souvent considéré plus comme un bien que comme un mal. Ceci peut nous soulager du stress, nous aider à recharger nos batteries, et à retrouver une fraîcheur nouvelle ».

2. BESOINS DE SANTÉ ET DEMANDE DE SOINS

2.1. DÉFINITIONS

La perception différente de la santé et de la maladie par la population d'une part et les professionnels de soins d'autre part a des répercussions sur la manière dont sont pris en charge les problèmes de santé ; l'itinéraire thérapeutique d'un patient présenté dans les figures 4 et 5 illustre la complexité du comportement de la population en cas de maladie.

Figure 4

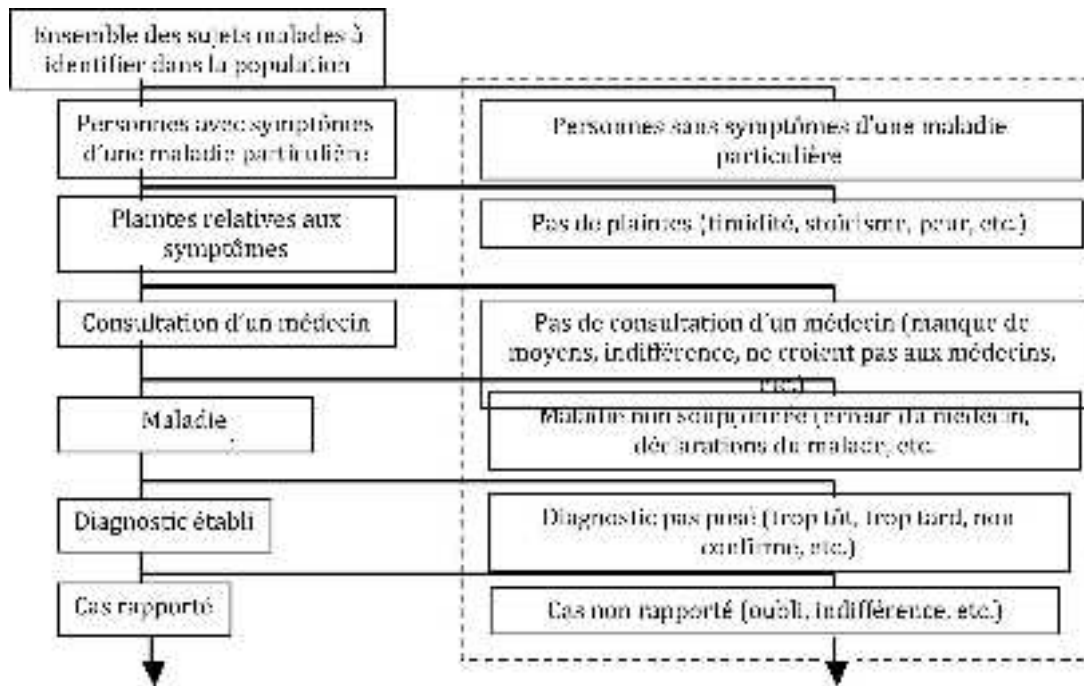
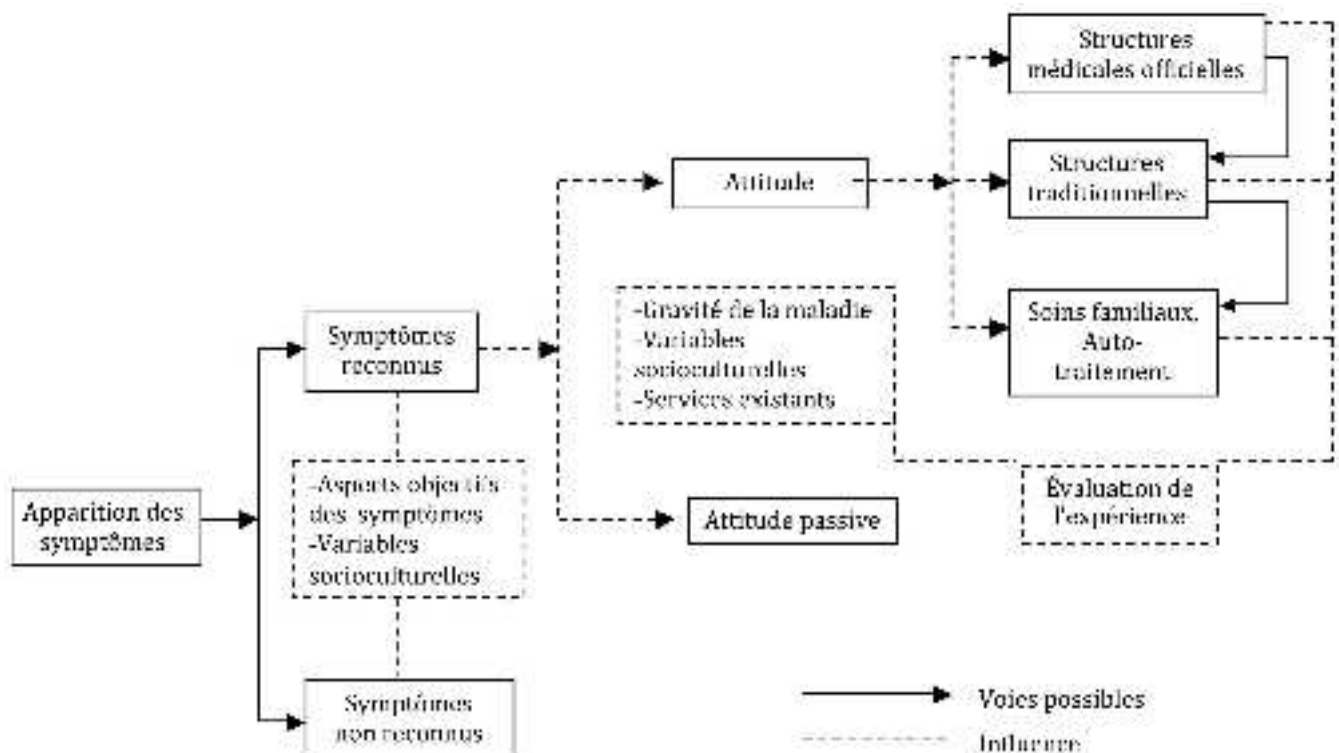


Figure 5 : Itinéraire thérapeutique



On définit dans ce cadre 2 notions fondamentales : la demande de soins et les besoins de santé :

- La demande de soins : la population demande spontanément des soins (morbidité ressentie et exprimée).
- Les besoins de santé : ce sont les soins théoriquement nécessaires à une population pour prévenir ou traiter certaines maladies (morbidité objective).

Ces 2 notions ne se recoupent pas dans tous les cas ; par exemple, la contraception (besoin de santé) peut ne pas être spontanément demandée par les couples mariés ; de même, certaines demandes de soins par la population peuvent ne pas correspondre à un besoin de santé réel (exemple : demande d'injections de « fortifiants »...). Ces notions de « demande de soins » et de « besoins de santé » sont à la base de l'organisation des services de santé publique. La figure 5 illustre l'itinéraire thérapeutique d'un patient entre le moment où il y a apparition de symptômes et celui où il va consulter et se faire soigner ; l'expérience qu'il a de cet itinéraire thérapeutique conditionnera son choix pour le prochain épisode que ce soit pour lui-même ou un membre de sa famille.

2.2. LES NIVEAUX D'INTERVENTION

L'évolution schématique de la santé à la maladie décrite par Donabedian permet d'identifier trois niveaux d'intervention préventive (figure 6)² qui visent à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des maladies ou des accidents :

- LA PRÉVENTION PRIMAIRE : Intervenir avant la survenue de l'altération ou du désordre en cherchant à empêcher le dysfonctionnement. C'est l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition de nouveau cas.

Exemples : La vaccination, l'assainissement du milieu physique, mais aussi un travail stable suffisamment lucratif, une vie familiale harmonieuse...

- LA PRÉVENTION SECONDAIRE : Intervenir après l'apparition de l'altération organique ou du désordre métabolique responsables du dysfonctionnement, mais avant l'apparition des symptômes. Ce sont « tous les actes destinés à améliorer le pronostic de la maladie, donc à réduire sa durée d'évolution ». La prévention secondaire permet d'empêcher la survenue de complications.

Réduire la durée d'évolution c'est avant tout traiter précocement et donc dépister. Le dépistage peut se réaliser de deux manières : lorsque le malade se présente spontanément au service de santé, on parle de dépistage passif; lorsque le personnel de santé prend l'initiative du dépistage, on parle de dépistage actif.

La question de savoir s'il faut mettre en œuvre ou non une opération de dépistage est très controversée.

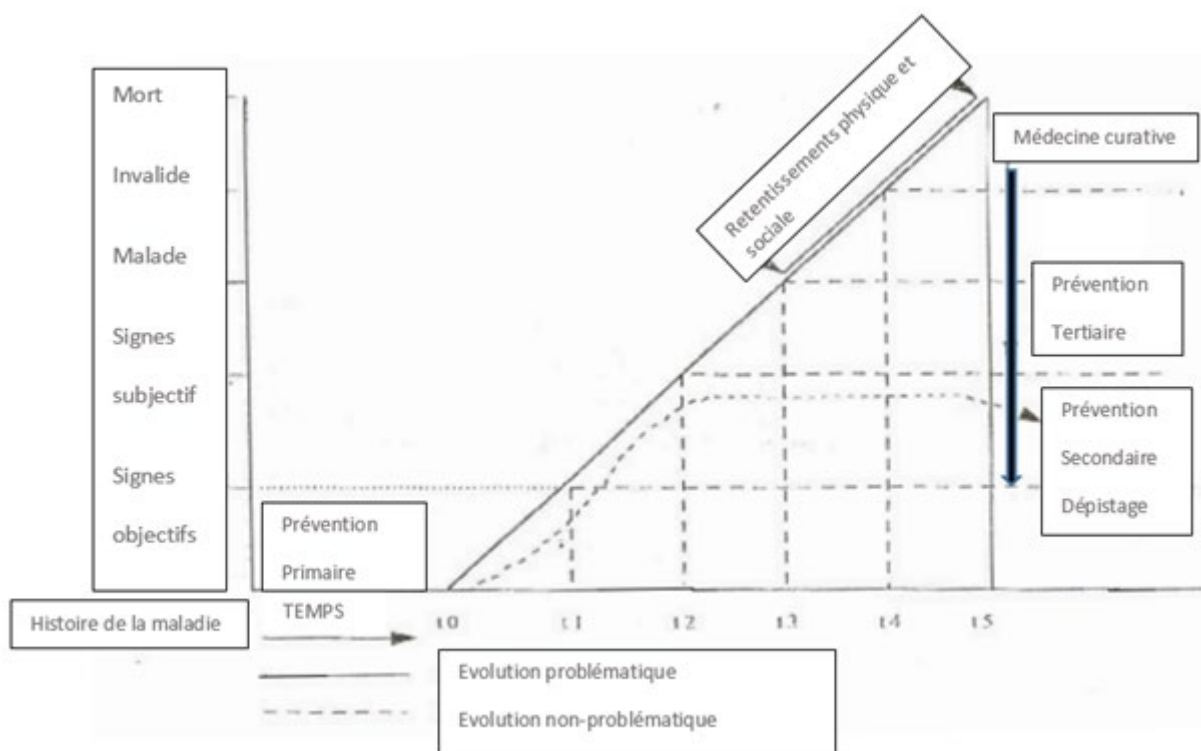
Exemples : La pratique d'examens cytologiques pour le dépistage de certains cancers; la pratique de dosages biologiques pour le dépistage de certains troubles métaboliques, la prise de la tension artérielle pour le dépistage d'une hypertension artérielle.

- LA PRÉVENTION TERTIAIRE : Intervenir une fois la maladie déclarée en traitant efficacement. Elle comprend « tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récides dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie ». Elle s'étend au domaine de la réadaptation et cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale.

Exemples : La prévention des rechutes cardiaques du rhumatisme articulaire aigu par la pénicillothérapie retard; la prévention des handicaps moteurs de la poliomyélite par la rééducation précoce et la réadaptation sociale; la surveillance des anciens cancéreux...

Enfin, pour agir efficacement en préservant la santé, lorsque la maladie n'est pas encore apparue ou pour la faire restaurer chez une personne malade, il est nécessaire de connaître les facteurs qui, directement ou indirectement, influent sur l'état de santé.

Figure 6 : Histoire de la maladie et soins de santé



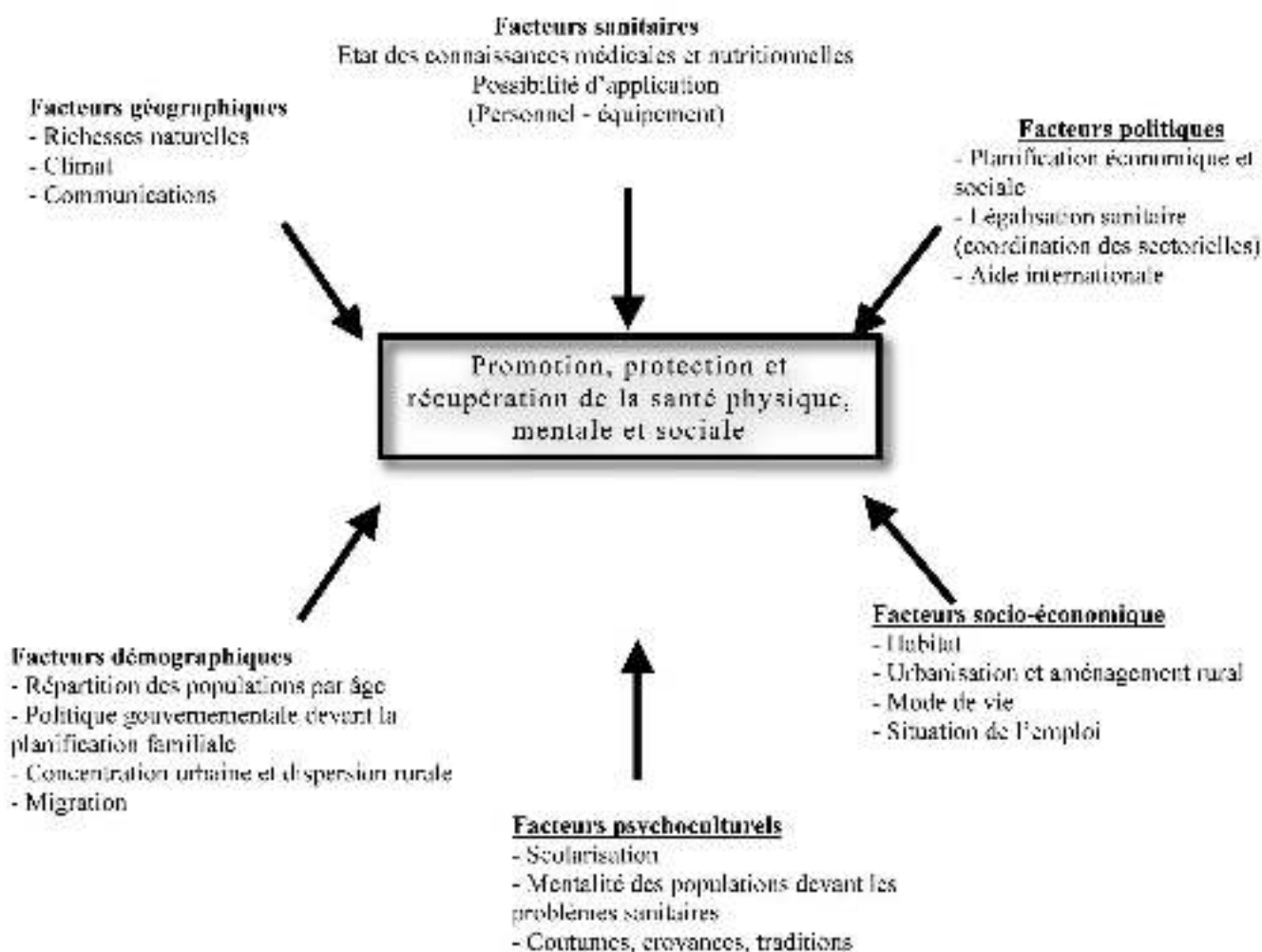
² Pomey, M.-P., Poullier, J.-P., Lejeune, B., 2000, « Santé publique », Éd. Ellipses, Paris

3. DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ :

D'un point de vue médico-centrique, la santé est sous la seule ou principale dépendance de l'action médicale. L'état des connaissances médicales et scientifiques et la disponibilité de ressources pour appliquer ces connaissances seraient de ce point de vue le facteur unique ou prépondérant de préservation ou de restauration de l'état de santé.

Ce point de vue est erroné. Nombreux sont en effet les facteurs qui, directement ou indirectement, le plus souvent de façon intriquée influent sur la santé des individus et des populations (Figure 7).

Figure 7 : les déterminants de la santé



On peut schématiquement classer ces facteurs en facteurs **exogènes** (« externes » à l'individu), liés à l'environnement physique, biologique et social et facteurs **endogènes** (« internes » à l'individu), liés à l'individu.

Parmi les facteurs **endogènes**, on peut citer :

- Les facteurs génétiques
- L'âge et le sexe
- L'état d'immunité
- Les comportements : habitudes alimentaires, abus de médicaments ou usage de drogues, degré d'activité physique, traits de personnalité, habitudes sexuelles.

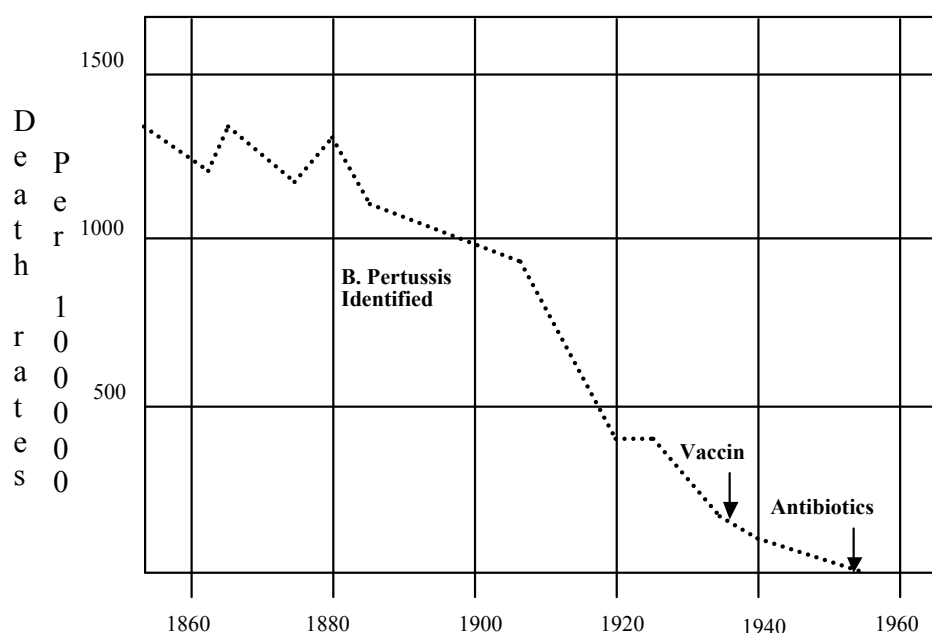
Parmi les facteurs **exogènes**, il faut distinguer :

- Les facteurs de l'environnement biologique : micro- organismes, faune, flore.
- Les facteurs de l'environnement physique : climat, radiations, bruit.
- Les facteurs de l'environnement chimique : polluants hydriques, atmosphériques, alimentaires.
- Les facteurs sociodémographiques : degré d'urbanisation, migrations, qualité de l'habitat, connaissances sur la santé, organisation sociale et familiale
- Les facteurs politiques et économiques : planification, législation, emploi, communications, aménagement du cadre de vie, état des richesses naturelles
- Les facteurs éducatifs : niveau d'instruction, scolarisation.

L'opposition est schématique. Le comportement, facteur inclus dans le groupe des facteurs endogènes est en réalité soumis aussi à l'influence de l'environnement.

Quelques exemples illustrent le rôle de ces facteurs sur la santé (mesurée dans ces exemples par son inverse, la maladie ou la mort) et le recours aux services de soins de santé (tels que recours au dépistage).

Figure 8 : Mean annual death rates from whooping cough in children under 15 years, England and Wales, 1860-1960



Gueddana, Ben Aïcha, et Jarraya (9), dans une enquête effectuée en 1984-1985, rapportent les chiffres suivants (tableau I).

Tableau n° 1 : Recours à la mammographie selon les déterminants socio-économiques, THES-2016*

Déterminants socioéconomiques	Au cours des 2 Dernières années (%)	Au-delà des 2 Dernières années (%)
• Milieu de résidence		
Urbain	11,1	9,8
Rural	4,0	4,9
• Région		
District de Tunis	12,2	11,4
Nord-Est	8,2	10,6
Nord-Ouest	7,0	6,1
Centre-Est	11,8	9,3
Centre-Ouest	5,0	4,2
Sud-Est	2,4	2,9
Sud-Ouest	5,2	3,9
• Proxy du niveau de vie		
La classe la plus défavorisée	3,0	2,4
2ème quintile	5,7	4,3
3ème quintile	6,4	7,5
4ème quintile	9,0	7,9
La classe la plus favorisée	16,3	15,2
• Niveau d'instruction		
Analphabète	5,9	2,9
Primaire	6,7	8,6
Secondaire	12,4	11,9
Supérieur	12,5	11,3
• Profession		
Cadres supérieurs	16,2	17,0

Cadres intermédiaires	14,2	7,6
Ouvrières	6,2	8,5
Autres	6,5	11,0
Sans Profession	8,4	6,8
Total	8,9	8,2

*Rapport de l'enquête national THES-2016- Ministère de la santé publique (rns.tn)

4. MESURE DE LA SANTÉ DES POPULATIONS

De même qu'on peut apprécier l'état de santé d'un individu en recherchant certains symptômes ou signes, en pratiquant des examens de laboratoire ou d'autres examens, on peut mesurer la santé d'une population, en chiffrant certaines variables appelées indicateurs de santé.

Il s'agit de variables mesurant l'état de santé d'une population ou le niveau des facteurs déterminant cet état.

Cette mesure sert à suivre l'évolution de la santé, à identifier les facteurs déterminant les états de santé et à évaluer l'effet des interventions pour améliorer ces états.

4 classes sont couramment distinguées :

- Indicateurs d'état de santé : mesurent directement l'état de santé, le plus souvent par son inverse (fréquence des maladies ou des décès).
- Indicateurs de ressources pour les soins : mesurent la disponibilité des ressources humaines et matérielles pour les soins.
- Indicateurs d'utilisation des services de santé ou de couverture par les soins : mesurent la fréquence des recours aux structures de santé ou la proportion de la population couverte par les activités de prévention.
- Indicateurs d'environnement social et économique : mesurent le niveau des facteurs sociaux et économiques qui influent sur l'état de santé.

Cette classification oppose en fait les indicateurs d'état de santé et les indicateurs mesurant l'exposition aux facteurs exogènes qui influent sur cet état, que ces facteurs soient en rapport avec les services de santé (indicateurs de ressources pour les soins et indicateurs d'utilisation des services et de couverture par les soins) ou non (indicateurs d'environnement démographique et socio-économique).

Seuls les indicateurs les plus courants sont définis et interprétés ci-après :

4.1. INDICATEURS D'ÉTAT DE SANTÉ

État de santé		
Comment se portent les Tunisiens ?		
Problème de santé	Fonction humaine	Décès
Mesuré par	Mesurée par	Mesuré par
Prévalence d'une maladie	Taux d'incapacité	Espérance de vie à la naissance
Incidence d'une maladie	Limitation des activités	Mortalité infantile
Prévalence du tabagisme	Espérance de vie sans incapacité	Mortalité maternelle
Prévalence de l'obésité	Espérance de vie ajustée pour l'incapacité	Mortalité juvénile

- Taux d'incidence d'une maladie :

$$\frac{\text{Nombre de cas nouveaux d'une maladie survenus au cours d'une période de temps}}{\text{Effectif de la population exposée à cette maladie, estimé au milieu de la période}} \times 10^n$$

- « Taux » de prévalence d'une maladie :

$$\frac{\text{Nombre total de cas d'une maladie présents dans une population à une date donnée}}{\text{Effectif de la population à cette date}} \times 10^n$$

L'exposant n varie en fonction de la population étudiée.

- « Taux » d'incapacité :

C'est un « taux » de prévalence d'une incapacité précise (= perte ou diminution d'une fonction particulière) ou de l'incapacité, quelle que soit la nature de la fonction touchée.

- % des poids de naissance >= 2 500 g :

$$\frac{\text{Nombre de nouveau-nés ayant un poids à la naissance } \geq 2\,500 \text{ g}}{\text{Nombre total de nouveau-nés}} \times 100$$

- Taux brut de mortalité :

$$\frac{\text{Nombre de décès survenus dans une population au cours d'une année}}{\text{Effectif de la population estimé au milieu de l'année}} \times 1000$$

- « Taux » de mortalité infantile :

$$\frac{\text{Nombre d'enfants nés vivants et décédés avant l'âge d'un an}}{\text{Nombre de naissances vivantes durant la même année}} \times 1000$$

- Taux de mortalité juvénile (1 - 4 ans) :

$$\frac{\text{Nombre de décès d'enfants âgés de 1 à 4 ans révolus au cours d'une année}}{\text{Nombre d'enfants âgés de 1 à 4 ans révolus estimé au milieu de l'année}} \times 100$$

- Taux de mortalité maternelle :

$$\frac{\text{Nombre de décès de femmes du fait de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches (< 42 jours) au cours d'une année}}{\text{Nombre de naissances vivantes au cours de la même année}} \times 100\,000$$

- Espérance de vie à la naissance :

Âge moyen au décès (= nombre moyen d'années vécues) d'une génération fictive dans une population sur la base des taux de mortalité par âge d'une année donnée.

4.2. INDICATEURS DE RESSOURCES POUR LES SOINS

Les indicateurs de ressources pour les soins mesurent la disponibilité des ressources humaines et matérielles

Ressources humaines		Ressources matérielles	
Mesurées par		Mesurées par	
Nombre de médecins pour 100 000 habitants		Indice lit-population	
Nombre de sages-femmes pour 100 000 habitants		Dépense nationale de santé par habitant et par an	
Nombre de spécialistes pour 100 000 habitants			
Nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants			

L'indicateur est calculé à une date donnée, cette densité en ressources humaines peut être calculée pour les différentes catégories professionnelles selon la disponibilité des données (technicien de la santé [par spécialité], dentiste...) ou les structures sanitaires (centre de santé de base, laboratoire...).

- Indice lit-population :

$$\frac{\text{Nombre de lits d'hôpitaux à une date donnée}}{\text{Effectif de la population à cette date}} \times 1000 \text{ ou } 10000$$

- Dépense nationale de santé par habitant et par an :

$$\frac{\text{Total des dépenses effectuées par toutes les sources de financement des soins dans un pays au cours d'une année}}{\text{Effectif de la population du pays estimé au milieu de l'année}}$$

4.3. INDICATEURS D'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DE COUVERTURE PAR LES SOINS DE PRÉVENTION :

Les indicateurs d'utilisation des services de santé ou de couverture par les soins	
Comment se porte le système de santé tunisien ?	
Utilisation des services de santé	Couverture par les activités de prévention
Mesurée par	Mesurée par
Taux de fréquentation hospitalière	Taux de couverture vaccinale
Nombre moyen de consultations par habitant et par an	Taux de couverture par la surveillance prénatale des femmes ayant accouché
Nombre de consultation de spécialiste de santé mentale	Taux de prévalence contraceptive
La durée moyenne de séjour hospitalier	Pourcentage d'accouchement en milieu assisté

- Nombre moyen de consultations médicales par habitant et par an :

Nombre total de consultations médicales données au cours d'une année

Effectif de la population estimé au milieu de l'année

- Taux de fréquentation hospitalière :

Nombre d'admissions dans les hôpitaux

X 1000

Effectif de la population estimé au milieu de l'année

- « Taux » de couverture vaccinale (globale ou par type de vaccin) à une date donnée :

Nombre d'enfants d'un âge donné ayant reçu le ou les vaccin(s) prévu(s)

X 1000

Nombre total des enfants de cet âge à la date considérée

- « Taux » de couverture par la surveillance prénatale des femmes ayant accouché :

Nombre de femmes ayant accouché et qui ont bénéficié d'une surveillance au cours de leur grossesse

X 100

Nombre de femmes ayant accouché au cours d'une période donnée

(On peut préciser au numérateur s'il s'agit d'une surveillance à une fréquence préalablement définie- [Exemple : au moins 5 comme recommandé par le programme national de périnatalité] ou d'une surveillance « brute » [Exemple : une consultation au moins au cours de la grossesse]).

- « Taux » de prévalence contraceptive :

Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans révolus utilisant une méthode de contraception à la date de l'enquête

X 100

Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans révolus interrogées lors de l'enquête

- % d'accouchements ayant eu lieu en milieu assisté :

Nombre d'accouchements qui ont eu lieu dans une structure de santé en présence d'un médecin ou d'une sage-femme au cours d'une année donnée

X 100

Nombre total d'accouchements qui ont eu lieu durant la même année

4.4. INDICATEURS D'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET ÉCONOMIQUE

Indicateurs d'environnement démographique, social et économique	
Indicateurs démographiques	Indicateurs socio-économiques
Taux brut de natalité	% des ménages ayant accès à l'eau potable
	Le % de logement de type rudimentaire
Taux général de fécondité	Taux de scolarisation entre 6 et 14 ans
Indice synthétique de fécondité	Taux d'analphabétisme
Population	Taux de chômage
-% population de moins de 5 ans	PIB par habitant
-% population de moins de 15 ans	

- Taux brut de natalité :

$$\frac{\text{Nombre de naissances vivantes dans une population au cours d'une année}}{\text{Effectif de la population estimé au milieu de l'année}} \times 1000$$

- Taux général de fécondité :

$$\frac{\text{Nombre de naissances vivantes dans une population au cours d'une année}}{\text{Effectif des femmes âgées de 15 à 49 ans révolus dans la population estimé au milieu de l'année}} \times 1000$$

- Indice synthétique de fécondité ou somme des naissances réduites :

Nombre moyen d'enfants qu'une femme qui commencerait son activité reproductive au cours d'une année mettrait au monde entre l'âge de 15 ans et l'âge de 49 ans révolu si elle était soumise, durant cette période, aux taux de fécondité par âge de l'année considérée.

- % de la population âgée de moins de 5 ans dans la population totale à une date donnée.

- % de la population âgée de moins de 15 ans dans la population totale à une date donnée.

- % de la population âgée de 60 ans et plus dans la population totale à une date donnée.

- Rapport de dépendance: Rapport entre le nombre d'enfants (0-14 ans) et les personnes âgées (65 ans ou plus) à la population en âge de travailler (15-64 ans).

Le résultat s'exprime en nombre de personnes âgées de moins de 15 ans et de 65 ans ou plus pour 100 personnes âgées de 15 à 64 ans.

On peut calculer séparément un rapport de dépendance des jeunes et un rapport de dépendance des personnes âgées.

- % des logements rudimentaires « gourbis » et assimilés dans l'ensemble des logements à une date donnée.

- % des ménages ayant accès à l'eau potable dans l'ensemble des ménages à une date donnée.

- % des ménages évacuant leurs déchets liquides de manière hygiénique dans l'ensemble des ménages à une date donnée.

- % des ménages disposant de l'énergie électrique dans l'ensemble des ménages à une date donnée.

- % des logements ayant plus de 2 pièces dans l'ensemble des logements à une date donnée.

- Le % net de fréquentation scolaire: le nombre d'élèves du groupe d'âge scolaire pour l'enseignement primaire ou secondaire, inscrits dans l'enseignement primaire ou secondaire, exprimé en pourcentage de la population totale de ce groupe d'âge.

- « Taux » d'alphabétisme des adultes à une date donnée :

En Tunisie,

$$\frac{\text{Nombre de personnes âgées de 10 ans et plus et sachant lire et écrire à une date donnée}}{\text{Nombre total de personnes âgées de 10 ans et plus à la même date}} \times 100$$

Ailleurs : ce « taux » est calculé parmi les personnes âgées de 15 ans et plus.

- « Taux » de chômage à une date donnée :

$$\frac{\text{Nombre de personnes âgées de 18 à 59 ans cherchant à travailler et sans-emploi à une date donnée}}{\text{Nombre de personnes âgées de 18 à 59 ans cherchant à travailler ou travaillant à la même date.}} \times 100$$

- PIB par habitant : produit intérieur brut par habitant :

Le PIB est un indicateur économique qui permet de mesurer la production économique intérieure réalisée par un pays. Le PIB a pour objet de quantifier la production de richesse réalisée sur un Etat sur une période donnée, généralement un an ou un trimestre, grâce aux agents économiques résidant dans le pays concerné. Il s'agit donc d'un indicateur qui reflète l'activité économique interne d'une nation. La variation du PIB d'une année à l'autre permet de mesurer le taux de croissance économique d'un pays.

Le PIB par habitant se calcule en divisant la valeur du PIB par le nombre d'habitants d'un pays, cet indicateur reflète le niveau de vie des habitants.

Par ailleurs, les Produits Intérieurs Bruts régionaux peuvent être calculés, c'est-à-dire la valeur de tous les biens et services marchands et non marchands produits dans une région pour une année donnée, la somme des PIB de toutes les régions étant égale au PIB national. Ces derniers indicateurs reflètent les disparités régionales en matière de création de revenus.

source: Estimation du produit intérieur brut au niveau des grandes régions, Institut National de la Statistique (INS, 2021)

Ensemble des richesses produites dans un pays au cours d'une année (valeur finale des services et biens finaux aux prix du marché moins valeur des biens et services utilisés pour produire ces produits finaux) divisé par le nombre d'habitants du pays estimé au milieu de l'année.

-Indices de développement humain

L'Organisation des Nations Unies (ONU) a développé en 1990 un indicateur composite, appelé indice du développement humain, composé de 3 indicateurs :

- l'espérance de vie à la naissance;
- indicateur combiné d'éducation = (taux d'alphabétisation des adultes) * 0,67 + (taux brut de scolarisation « tous niveaux confondus ») * 0,33;
- indicateur de niveau de vie = PIB par habitant, non pas en fonction du taux de change, mais en fonction du pouvoir d'achat local de la monnaie nationale.

Le développement étant dynamique, la trousse d'indicateurs pour mesurer le développement humain n'a cessé d'évoluer. Depuis le Rapport sur le développement humain 2010, l'IDH ajusté aux inégalités rend compte de la répartition du développement humain à l'intérieur des pays. De même, un indice de la pauvreté multidimensionnelle lui a été introduit (incluant le niveau de vie, la santé et l'éducation). Ce dernier indicateur reflète une image plus globale de la pauvreté vécue par rapport aux indicateurs traditionnels de la pauvreté basés sur les revenus.

En 2020, l'IDH ajusté aux pressions exercées sur la planète (IDHP) dont le niveau d'émissions de dioxyde de carbone et la consommation de matières d'un pays, a été établi. Pour les pays au bas de l'échelle du développement humain, l'ajustement n'a généralement qu'une faible incidence. Pour les pays à développement humain élevé et très élevé, la perte en développement humain a tendance de devenir de plus en plus forte, affectant la marche de ces pays vers le progrès.

source: Rapport du PNUD sur le développement humain 2020.

VALEURS COMPARÉES DE QUELQUES INDICATEURS

INDICATEURS D'ÉTAT DE SANTÉ	VALEUR EN TUNISIE (année)	Valeurs dans les pays à revenu élevé** (région) (année)	Valeurs dans les pays à faible revenu** (région) (année)
Espérance de vie à la naissance	77,0 (2019)	81,0 (2019)	64,0 (2019)
Taux de mortalité infantile ‰	15,0 (2019)	4,0% (2019)	48 % (2019)
Taux de mortalité maternelle	43/100000 (2017)	7/100000 (2017) (Australie et Nouvelle Zélande) 10/100000 (2017) (Europe)	415/100000 (2017)
Prévalence de la consommation actuelle du tabac chez les hommes de plus de 15 ans	48,7% (2016)	31.9% Europe et Amériques du Nord) (2018)*	20.6% (Afrique subsaharienne) (2018)*
Taux d'incidence de la Tuberculose	36/100000 (2020)	9/100000 (2020)	187/100000 (2020)
INDICATEURS DE RESSOURCES POUR LES SOINS	Valeur en Tunisie (année)	Valeurs dans les pays à revenu élevé** (région) (année)	Valeurs dans les pays à faible revenu** (région) (année)
Densité globale médicale	14,2/10 000 (2019)*	47.2/10 000 (Europe) (2018) 25.9/10 000 (Amérique du Nord) (2018)	2.1/10 000 (Afrique subsaharienne) (2018)
Densité globale des pharmaciens	3,4/10 000 (2019)*	6.9/10 000 (Europe) (2018) 11.7/10 000 (Amérique du Nord) (2018)	0.6/10 000 (Afrique subsaharienne) (2018)
Indice lits-population	2,4/1000 (2019)*	5,3/1000 (2017)	0.8/1000 (2017)
Proportion de la population dont les dépenses de santé excèdent 25% de leurs dépenses totales de consommation (%)	2.36 % (2015)	1.1% (Europe) (2015) 0.7% (Amérique du Nord) (2015)	4.0% (Asie centrale et méridionale) (2015)
Indicateurs d'utilisation des services de santé et de couverture par les soins	Valeur en Tunisie (année)	Valeurs dans les pays à revenu élevé** (région) (année)	Valeurs dans les pays à faible revenu** (région) (année)

Proportion d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié	99,5% (2018)***	99.2% (2014-2020) (Europe) 99.0% (2014-2020) (Amérique du Nord)	61% (2018) (moyenne des pays à faible revenu)
Proportion des enfants âgés de 12 à 23 mois ayant accès à 3 doses de diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3)	84,8% (2018)***	94% (Europe) (2019) 94% (Amérique du Nord) (2018)	0.6/10 000 (Afrique subsaharienne) (2019)
« Taux » de prévalence contraceptive chez les femmes mariées en âge de reproduction (%)	44,8% (2018)***	67% (OCDE) (2010) 66% (Amérique du Nord) (2018)	32% (2018) (moyenne des pays à faible revenu)
« Taux » de couverture par la surveillance prénatale (4 consultations au moins) (%)	95 % (2018)		82% (2017) (moyenne des pays à faible revenu)
Indicateurs socio-économiques	Valeur en Tunisie (année)**	Valeurs dans les pays à revenu élevé** (région) (année)	Valeurs dans les pays à faibles revenus et revenus intermédiaires** (année)
Taux brut de natalité	16,8% (2019)	10,0 (2019) (moyenne des pays à revenu élevé)	21,5 (2019) (moyenne des pays à faible revenu)
Taux de fécondité	2,17 (2019)	1,56 (2019) (moyenne des pays à revenu élevé)	2,54 (2019) (moyenne des pays à faible revenu)
Pourcentage de la population âgée de moins de 15 ans	23,5% (2018)		
Pourcentage de la population âgée de 65 ans ou plus	8,6% (2018)		
Rapport de dépendance pour la population âgée de plus de 65 ans	12,7% (2018)	28,7%(2020) (moyenne des pays à revenu élevé)	9,0 (2020) (moyenne des pays à faible revenu)
Pourcentage de la population urbaine utilisant des services d'eau potable gérés en toute sécurité	84,0 % (2020)	98,0 %(2020) (moyenne des pays à revenu élevé)	59,0 % (2020) (moyenne des pays à faible revenu)
Pourcentage net de fréquentation scolaire en primaire	96,9% (2018)	96,15 % (2018) (moyenne des pays à revenu élevé)	86,9 % (2018) (moyenne des pays à faible revenu)
Pourcentage net de fréquentation scolaire en collège	82,0% (2018)	91,0 % (2018) (moyenne des pays à revenu élevé)	63,0 % (2018) (moyenne des pays à faible revenu)
Pourcentage net de fréquentation scolaire en secondaire	59,3% (2018)		
Taux d'analphabétisme des adultes âgés de plus de 15 ans	17,7% (2019)		39 ,0 % (pays à faibles revenus, 2020)
PIB par habitant	3 319,82 USD (2020)	43 950 USD (2020) (moyenne des pays à revenu élevé)	4,754 USD (2020) (moyenne des pays à faible revenu)
Indice de développement humain	0,74 (2019)	>0,8 (moyenne des pays à revenu élevé)	

Sources : *Ministère de la santé, Carte sanitaire 2019. ** SDGs indicators database/World Bank data.

***MICS 2018

5. L'ÉTAT DE SANTÉ DES TUNISIENS :

On peut appréhender l'état de santé des Tunisiens par :

- la nature des causes de décès;
- la nature des maladies diagnostiquées chez les malades hospitalisés;
- la nature des maladies diagnostiquées chez les malades traités en ambulatoire;
- la nature des symptômes (et éventuellement des maladies) dans la population générale.

Aucune des sources d'informations susceptibles de renseigner sur ces aspects négatifs de la santé n'est totalement valide en Tunisie. Les données présentées ci-après sont plus ou moins représentatives.

5.1. NATURE DES CAUSES DE DÉCÈS :

Selon le rapport des statistiques nationales sur les causes de décès de 2020, plus de la moitié des certificats de décès (CMD) (61,2%) étaient traités par le système d'information sur les causes de décès basés à l'Institut National de la Santé (INSP) (Ministère de la Santé, Statistiques nationales sur les causes de décès en Tunisie 2020 :Avril 2021- Ministère de la santé publique (rns.tn)). Après exclusion des CMD avec des données démographiques manquantes concernant le défunt (l'âge dans 13,4% et le sexe dans 8,7% des CMD), les causes de décès sont codées et regroupés selon la dixième classification internationale des maladies (CIM) dont le but de permettre l'analyse systématique, l'interprétation des tendances et la comparaison internationale des données de mortalité.

Les principales pathologies pourvoyeuses de décès ont été exprimées par la mortalité proportionnelle, la répartition des principales causes était comme suit :

Diabète sucré = 7,6 %

Maladies cérébro-vasculaires = 6,8 %

COVID 19 = 6,1 %

Cardiopathies ischémiques = 4,3 %

Causes externes de décès = 3,8 %

Tumeurs malignes des organes digestifs = 3,7 %

Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon = 3,4 %

Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale = 3,2 %

Maladies hypertensives = 3,2%

Grippe et pneumopathie = 2,5 %

Reste des causes de décès = 55,4 %

Ces résultats concordent avec le profil de mortalité dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, où seule une maladie transmissible (infections des voies respiratoires basses) figure parmi les 10 principales causes de mortalité selon les données de l'OMS 2019.

Par comparaison aux pays industrialisés, la maladie d'Alzheimer et d'autres démences y ont provoqué elles aussi de plus en plus de décès, et sont passées devant les accidents vasculaires cérébraux pour devenir la deuxième cause de mortalité dans les pays à revenu élevé. Par ailleurs, tout comme dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, seule une maladie transmissible (infections des voies respiratoires basses) figure parmi les 10 principales causes de mortalité.

5.2. NATURE DES MOTIFS D'HOSPITALISATIONS

Les cinq premiers motifs de la dernière hospitalisation **chez les hommes** selon l'enquête santé globale de 2016, étaient comme suit :

1- Des problèmes de santé nécessitant une intervention chirurgicale (37,3%)

2- Les douleurs (gastriques, musculaires etc.) (5,4%)

3- Les problèmes cardiaques (7,8%)

4- Le diabète et ses complications (7,2%)

5- Les problèmes respiratoires (4,2%)

Pour **les femmes**, la répartition était la suivante :

1- Les grossesses et les pathologies obstétricales (51,0%)

2- La Des problèmes de santé nécessitant une intervention chirurgicale (16,9%)

3- Les douleurs (gastriques, musculaires etc.) (4,1%)

4- Les problèmes cardiaques (2,3%)

5- Les problèmes respiratoires (1,7%)

5.3. NATURE DES MOTIFS DE CONSULTATION

Les motifs de consultation aigue tels que la diarrhée, la fièvre et le syndrome grippal représentaient le premier motif de recours aux services de consultations externes en 2016, aussi bien chez les hommes (21,8%) que chez les femmes (23,2%), suivis par les problèmes bucco-dentaires chez les hommes (15,5%) et la grossesse et l'accouchement chez les femmes (15,1%).

Les douleurs générales et articulaires, le diabète et ses complications, l'hypertension artérielle ainsi que les problèmes de la vision figuraient également parmi les principaux motifs de consultation

6. NOTION DE SANTÉ PUBLIQUE OU COMMUNAUTAIRE :

« En dépit d'admirables progrès, la santé des hommes, des femmes, des enfants de cette fin de XX^{ème} siècle est menacée par quatre dangers majeurs les lésions des artères du cœur, des vaisseaux, du rein- les troubles de l'esprit- les malformations congénitales- les cancers... (et les maladies infectieuses pour les pays en voie de développement); un grand effort coordonné, rationnel, de prévention, est seul capable, en prévenant les maladies, de protéger la santé de l'homme sans ruiner la société. Cet effort est urgent ». (J. Bernard).

Classiquement, on oppose deux types de médecine : la médecine curative et la médecine préventive. Les caractéristiques qui les opposent sont présentées dans le tableau ci-après :

Il est évident que cette opposition est trop schématique. Un bon praticien accomplit quotidiennement des actes de prévention (vaccination, enquête épidémiologique, action de surveillance maternelle et infantile). À travers la masse, la Médecine

Préventive cherche le bien de l'individu. Mais cette conception qui tend à séparer la « Médecine » en deux et privilégie un type d'exercice (généralement le curatif) reste ancrée dans bien des esprits. L'idéal serait une intégration de ces deux types d'activité.

6.1. LA CONTESTATION DES UTILISATEURS

Il est classique de dire que l'amélioration de la qualité de la vie est liée à l'augmentation de la production médicale. Or, selon I. Illich (10) :

- l'analyse des tendances de la morbidité, notamment pour les maladies transmissibles, montre que les modifications de l'environnement (logement, travail, enseignement...), l'amélioration de la qualité de la nourriture sont les premiers déterminants de l'état de santé global d'une population. Dans les pays avancés, le déclin des maladies transmissibles a de loin précédé la découverte des vaccins et des antibiotiques (figures 7 et 8).
- les procédés de diagnostic et de traitement, récemment découverts et qui constituent réellement un progrès sont peu nombreux.
- bien plus encore, le développement de la médecine n'est pas uniquement générateur de progrès. Il en résulte un certain nombre d'inconvénients qui peuvent être regroupés en 3 rubriques dans le cas des pays industrialisés, mais aussi dans le pays en développement dans certaines situations.

CARACTÉRISTIQUES DE	
LA MÉDECINE CURATIVE	LA MÉDECINE PRÉVENTIVE
- L'exercice repose sur le colloque singulier entre deux individualités : le médecin et le malade.	- S'adresse à la collectivité, à la masse anonyme.
- Se fait « à la demande » avec libre choix de son médecin par le malade.	- Devance la demande ; ne fait pas l'objet d'un choix de la part du malade, lui est souvent imposé (législation).
- Souple adaptée dynamique	
- « Prestigieuse », car son efficacité est immédiate, visible ; elle est libérale, réputée lucrative .	- Est planifiée à l'avance ce qui implique des choix, des priorités. Est caractérisée par une certaine rigidité, ne serait-ce qu'en raison de son support administratif. Est peu valorisée, car efficacité non perceptible à court terme, fonctionnarisée, réputée être mal payée.
Mais :	Mais :
* Coût élevé.	* Objectifs à moyen et long terme, privilégiés.
* Coût moins élevé	* Recherche de techniques simples, mais fiables.
* N'envisage le plus souvent que le court terme.	
* Sophistiquée, tend à devenir trop technique	

6.1.1. IATROGENÈSE D'ORIGINE CLINIQUE (CAUSÉE PAR LES MÉDECINS)

Elle est liée à l'intervention « intempestive » du médecin sur le plan technique.

Exemples : Traitements antibiotiques inutiles, interventions non justifiées (amygdalectomie, laparotomies...).

6.1.2. IATROGENÈSE D'ORIGINE SOCIALE (ACCEPTÉE ET IMPOSÉE PAR LA SOCIÉTÉ)

Une perte d'autonomie de l'individu est observée. Ce dernier devient dépendant de « prothèses » (médicaments, bilans de santé...) dont le nombre ne cesse d'augmenter et dont ne profite en priorité que le plus nanti sur le plan financier ou culturel ou les deux. Cette dépendance est génératrice d'anxiété.

Il subit « l'étiquetage iatrogène des différents âges de la vie ». Celle-ci n'étant plus une succession de différentes formes de santé, mais une suite de périodes qui exigent chacune une forme particulière de consommation thérapeutique. Conséquences : la vieillesse n'est pas un état naturel, mais un « problème » gériatrique. À l'autre pôle de la vie, l'étiquetage aboutit à une dépréciation de l'allaitement maternel, le biberon étant devenu un signe de statut de santé.

6.1.3. IATROGENÈSE D'ORIGINE STRUCTURELLE (IMPOSÉE PAR LES STRUCTURES DE SOINS)

La civilisation remplace une hygiène centrée sur l'acte personnel (de l'homme confronté à la maladie, la douleur, la mort) par une autre centrée sur la prestation professionnelle. L'institution assume la gestion de la fragilité : l'individu perd confiance dans la force de récupération et d'adaptation biologique. Une des conséquences en est « l'aliénation » de la douleur qui devient un problème technique (individu consommateur d'anesthésie) par exemple.

Cette contestation, cette prise de conscience très vive dans certains milieux, doit nous inciter à réfléchir sur la finalité et le

mode d'exercice de notre profession. Doit-on se suffire d'une « technique » médicale ? Cette fuite en avant vers une médecine de plus en plus sophistiquée et technicienne, le malade la désire-t-elle vraiment ? Est-elle rentable ? Lui profite-t-elle ? N'enlève-t-elle pas à la médecine ce qu'elle a de plus noble ? Son aspect humain ?

Le médecin n'est-il pas lui-même prisonnier de cette tradition qu'il n'ose pas contester, mais qui lui pèse, et dont il n'ignore pas qu'elle est dépassée ?

6.2. LA PRISE DE CONSCIENCE DES PROFESSIONNELS

Classiquement, la médecine s'intéressait à l'individu malade. La relation privilégiée était le colloque singulier entre le médecin et le malade.

Cette médecine a longtemps été et est demeurée jusqu'à une date récente la seule médecine valorisée. Cette médecine curative centrée sur l'individu malade répond à une demande exprimée par celui-ci en dispensant, dans des structures hospitalières et ambulatoires, des soins mobilisant toutes les ressources diagnostiques et thérapeutiques disponibles dans l'état actuel de la science médicale, dans un souci d'efficacité maximale (objectif visé : faire tout ce qui doit être fait pour l'individu). La santé publique était une action de second ordre, orientée vers les individus les plus démunis, conçue comme œuvre de charité donnant bonne conscience aux pouvoirs et à la collectivité, pratiquée par des professionnels aux compétences trop limitées pour leur permettre d'exercer l'autre médecine.

C'est sous l'influence de trois facteurs, que les choses ont changé. Il y a eu premièrement le développement de l'épidémiologie, qui a permis de faire passer le raisonnement du plan de l'individu au plan du groupe. Parallèlement, on a pris conscience du rôle de l'environnement, physique et psychosocial, et du comportement, individuel et collectif, dans l'altération de l'état de santé. Enfin, une tentative de démedicalisation de la santé est apparue essayant de redonner aux gens la propriété de leur santé, propriété dont ils ont été - avec leur participation - dépossédés par les professionnels de la médecine.

On est ainsi passé d'une conception de la santé centrée sur l'individu et le médecin à une conception de la santé axée sur la collectivité comme source principale d'intérêt et comme partenaire à plein titre de l'action de promotion de la santé.

6.2.1. DÉFINITIONS

Les termes de médecine préventive et sociale, santé publique, médecine intégrée, soins de santé primaires, soins de santé de base, médecine ou santé communautaire, sont souvent employés dans des sens identiques ou différents. Des définitions précises seraient souhaitables. Elles ne sont pas disponibles. Essayons de voir les acceptions de ces expressions.

La médecine préventive et sociale est une action médicale qui vise à prévenir les maladies ou les fléaux sociaux au plan de l'individu et du groupe. L'expression est parfois employée comme synonyme de santé publique.

La santé publique est une action combinée de prévention médicale et d'hygiène (l'hygiène étant une action multidisciplinaire) pour prévenir les maladies au plan du groupe ; parfois l'expression est synonyme de médecine communautaire.

Les soins de santé de base : lorsque l'intégration vise la fourniture d'une gamme minimale de prestations à toute la population, on se situe au plan des soins de santé de base, qui font en Tunisie partie de la politique de santé.

Les soins de santé primaires ou soins de santé de base : appliqué à la gamme minimale des soins à assurer à toute population le concept de santé communautaire porte le nom de soins de santé primaires.

6.3. L'APPROCHE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Les soins de santé primaires constituent une stratégie conçue par l'OMS pour atteindre l'objectif de « la santé pour tous en l'an 2000 ».

Le droit à la santé est inscrit dans nombre de constitutions et de textes internationaux. En réalité, il faudrait parler de droit aux soins et à un environnement favorable à la santé.

En 1978, l'Organisation mondiale de la santé a lancé le slogan « **Santé pour tous en l'an 2000** » (Alma-Ata, 1978), elle entendait non pas que tous les habitants de la terre soient en bonne santé à l'aube du troisième millénaire, mais que la distribution des soins de santé soit plus équitable.

La notion d'équité en matière de soins n'est pas facile à définir. On peut dire que l'équité est approchée par la réduction des inégalités (l'égalitarisme étant la suppression totale des inégalités, c'est-à-dire des différences.). De quelles inégalités s'agit-il ?

- des inégalités dans l'accès aux soins : ce qui signifie que les services de soins soient à une distance « suffisamment » proche des personnes qui cherchent les utiliser, que le prix à payer pour en bénéficier soit supportable, que les horaires d'ouverture des services tiennent compte des contraintes des utilisateurs et que la qualité (y compris l'accueil et les relations interpersonnelles) des soins réponde à l'attente de ceux-ci.
- des inégalités dans l'exposition au risque de maladie : l'action d'équité est, dans ce cas, une action multidisciplinaire, car, comme nous l'avons vu, les facteurs qui influent sur l'état de santé sont nombreux et variés.

En général, l'équité est entendue dans le sens de réduction des inégalités dans l'accès aux soins. Une égalité parfaite ne pouvant raisonnablement être atteinte, une stratégie pour l'équité doit être conçue et ensuite appliquée.

La conférence mondiale tenue sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé en 1978 à Alma-Ata a permis d'obtenir un large consensus sur la stratégie des soins de santé primaires. L'extrait suivant est tiré du document : « Les soins de santé primaires », publié par l'OMS et l'UNICEF* en 1978.

DECLARATION D'ALMA-ATA :

La conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata ce douze septembre mil neuf cent soixante-dix-huit, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, déclare ce qui suit :

1. La conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé.
2. Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilisation et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

3. Les soins de santé primaires :

1. Reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique;
2. Visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation, nécessaires à cet effet.
3. Comprennent au minimum :
 - une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables,
 - la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles,
 - un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base,
 - la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale,
 - la vaccination contre les grandes maladies infectieuses,
 - la prévention et le contrôle des endémies locales,
 - le traitement des maladies et lésions courantes
 - et la fourniture de médicaments essentiels;
4. Font intervenir, outre les secteurs de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs;
5. Exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer;
6. Doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis;
7. Font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé- médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels- tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité;
8. Tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs cette fin, il sera nécessaire que s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles;

9. Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accession de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le rapport conjoint UNICEF/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.

6.4. LES OBJECTIFS MONDIAUX DU DÉVELOPPEMENT DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES :

Depuis l'année 2015, la Tunisie a adhéré au programme mondial de développement durable à l'horizon de 2030 adapté par l'Organisation des Nations Unies, prenant la suite des huit objectifs du millénaire (2000-2015).

Les Objectifs de Développement Durable (ODD) définissent 17 priorités et constituent un appel universel à l'action pour un développement socialement équitable et prospère sur le plan économique et environnemental.

ENCADRÉ 1 : Objectifs de développement durable devant être atteints d'ici 2030 :

1 : Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde.

Cet objectif regroupe 5 cibles.

80% de ces cibles étaient couvertes dans le Plan Quinquennal Tunisien de Développement 2016-2020 (PQD).

2 : Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable.

Cet objectif réunit également 5 cibles. La totalité de ces cibles étaient couvertes dans le PQD.

3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.

Cet objectif regroupe 9 cibles, dont 89% étaient couvertes dans le PQD.

4 : Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie.

Cet objectif rassemble 7 cibles. La totalité de ces cibles étaient couvertes dans le PQD.

5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles.

Cet objectif englobe 6 cibles. La totalité de ces cibles étaient couvertes aussi bien dans le PQD.

6 : Garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable.

Cet objectif réunit 6 cibles. La totalité de ces cibles étaient couvertes dans le PQD.

7 : Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes, à un coût abordable.

Cet objectif regroupe 3 cibles. La totalité de ces cibles étaient couvertes aussi bien dans le PQD.

8 : Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous.

Cet objectif rassemble 10 cibles dont 80% étaient couvertes dans le PQD.

9 : Bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation.

Cet objectif englobe 5 cibles. La totalité de ces cibles étaient couvertes dans le PQD.

10 : Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre.

Cet objectif réunit 7 cibles.

80% de ces cibles étaient couvertes dans le PQD.

11 : Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables.

Cet objectif regroupe 7 cibles.

La majorité (86%) de ces cibles étaient couvertes dans le PQD.

12 : Établir des modes de consommation et de production durables.

Cet objectif regroupe 8 cibles.

Presque les deux-tiers de ces cibles étaient couvertes dans le PQD.

13 : Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions.

Cet objectif rassemble 3 cibles.

La totalité de ces cibles étaient couvertes dans le PQD.

14 : Conserver et exploiter de manière durable les océans, les mers et les ressources marines aux fins du développement durable.

Cet objectif réunit 7 cibles.

Presque la moitié (43%) de ces cibles étaient couvertes dans le PQD.

15 : Préserver et restaurer les écosystèmes terrestres, en veillant à les exploiter de façon durable, gérer durablement les forêts, lutter contre la désertification, enrayer et inverser le processus de dégradation des sols et mettre fin à l'appauvrissement de la biodiversité.

Cet objectif englobe 9 cibles.

Presque la moitié (53%) de ces cibles étaient couvertes dans le PQD.

16 : Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et inclusives aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous.

Cet objectif regroupe 10 cibles.

80% de ces cibles étaient couvertes dans le PQD.

17 : Renforcer les moyens de mettre en œuvre le Partenariat mondial pour le développement et le revitaliser.

Cet objectif réunit 19 cibles.

On ne dispose pas de données concernant le taux de couverture de ces cible par le PQD ni par les indicateurs.

La Tunisie est classée première en Afrique sur 52 pays dans le domaine de la réalisation des ODD selon le dernier rapport publié par le Centre des objectifs de développement durable pour l'Afrique, avec un taux de réalisation de ces objectifs à 67.1%. L'annexe 2 ci-dessous résume la situation de la Tunisie par rapport aux objectifs

Annexe 2 : Situation de la Tunisie par rapport aux Objectifs de Développement Durable

Cible ODD Parfaitement alignée 20/100 Partiellement alignée 30/100 Existence d'un objectif chiffré dans les ODD Existence d'un objectif chiffré en Tunisie					Cible ODD Parfaitement alignée 20/100 Partiellement alignée 30/100 Existence d'un objectif chiffré dans les ODD Existence d'un objectif chiffré en Tunisie					Cible ODD Parfaitement alignée 20/100 Partiellement alignée 30/100 Existence d'un objectif chiffré dans les ODD Existence d'un objectif chiffré en Tunisie					Cible ODD Parfaitement alignée 20/100 Partiellement alignée 30/100 Existence d'un objectif chiffré dans les ODD Existence d'un objectif chiffré en Tunisie				
ODD1					ODD5					ODD9					ODD13				
1.1	X		X	X	5.1	X		X		9.1	X		X		13.1	X			
1.2		X		X	5.2	X		X		9.2	X		X		13.2	X			
1.3	X				5.3		X	X		9.3	X				13.3	X			
1.4		X		X	5.4		X			9.4	X				ODD14				
1.5					5.5	X		X		9.5		X			14.1		X		
ODD2					5.6	X		X	X	ODD10					14.2				
2.1		X		X	ODD6					10.1	X		X		14.3				
2.2		X		X	6.1		X	X	X	10.2			X		14.4		X		
2.3		X		X	6.2		X	X	X	10.3		X	X	X	14.5			X	
2.4	X				6.3	X		X	X	10.4		X		X	14.6			X	
2.5		X			6.4	X				10.5					14.7	X			
ODD3					6.5		X			10.6					ODD15				
3.1	X			X	6.6		X			10.7		X			15.1	X			
3.2	X			X	ODD7					ODD11					15.2	X			
3.3	X			X	7.1		X		X	11.1		X		X	15.3	X		X	X
3.4	X			X	7.2	X				11.2	X		X		15.4		X		
3.5					7.3	X		X	X	11.3	X		X		15.5			X	
3.6	X			X	ODD8					11.4		X		X	15.6		X	X	
3.7	X			X	8.1	X			X	11.5		X			15.7			X	
3.8	X			X	8.2	X				11.6		X		X	15.8			X	
3.9	X				8.3	X				11.7				X	15.9				
ODD4					8.4					ODD12					ODD16				
4.1	X			X	8.5		X		X	12.1					16.1		X		
4.2	X			X	8.6		X			12.2	X				16.2	X			X
4.3					8.7		X		X	12.3	X			X	16.3	X			X
4.4	X				8.8		X		X	12.4		X			16.4				
4.5		X		X	8.9					12.5		X			16.5	X			
4.6					8.10	X		X		12.6					16.6	X			
4.7		X		X						12.7		X			16.7	X			
										12.8			X		16.8	X			
															16.9			X	
															16.10	X		X	X
Cible non couverte par le Plan Quinquennal de Développement 2015-2020					Cible non applicable à la Tunisie														

*Source : République Tunisienne, Vers la mise en œuvre des Objectifs du Développement Durable en Tunisie : Analyse des Principaux Référentiels, Juillet 2019.

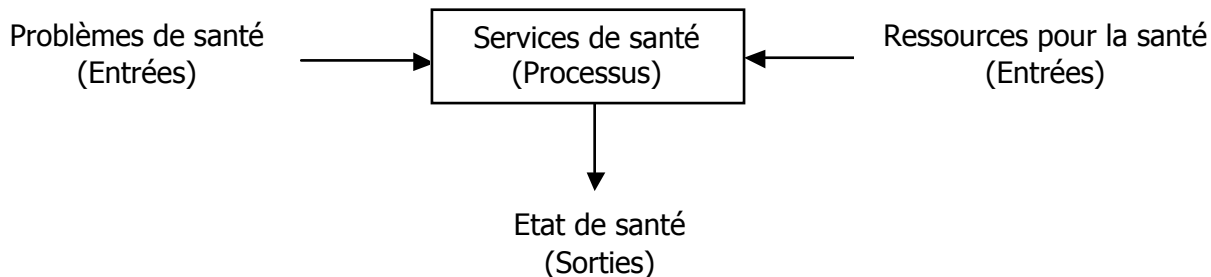
7. LE SYSTÈME DE SANTÉ TUNISIEN

7.1. DÉFINITION DE LA NOTION DE SYSTÈME DE SANTÉ

On appelle système de santé un ensemble d'éléments interreliés, situés dans un environnement qui constitue lui-même un système de dimensions plus grandes que le système étudié.

Un système de santé peut être défini par l'ensemble des éléments figurant sur le schéma ci-après :

Schéma simplifié d'un système de santé



À proprement parler, les entrées sont ainsi les ressources pour la santé : personnel (travail), infrastructure et équipement (capital physique), argent (capital financier), médicaments et autres appareils (biens et services intermédiaires). Les problèmes de santé sont aussi des entrées.

7.2. L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU SYSTÈME DE SANTÉ TUNISIEN

La politique nationale de santé est conçue au niveau gouvernemental et appliquée par le Ministère de la Santé Publique (MSP). Il existe 3 niveaux « administratifs » ou gestionnaires :

- Le niveau national : ce niveau fixe les objectifs nationaux de différents programmes et les activités générales à entreprendre.
- Le niveau régional (gouvernorat) : ce niveau devrait théoriquement adapter les objectifs nationaux au contexte de la région (niveau quantitatif) et développer des programmes régionaux propres à la région même.
- Le niveau local (délégation ou circonscription sanitaire) : à ce niveau, il s'agit de moduler l'exécution des programmes de manière opérationnelle étant donné que c'est à ce niveau que l'exécution est réalisée.

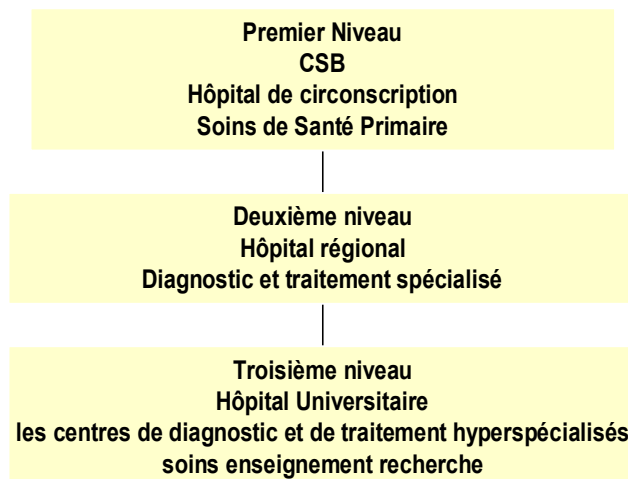
7.3. LES STRUCTURES DE SOINS

Deux secteurs de soins ambulatoires et hospitaliers et offrent des prestations préventives et curatives à la population.

Moyens publics et privés : cf. chapitre 7.4.2.

L'organisation sanitaire du secteur public en Tunisie comporte trois niveaux de soins :

- **1^{er} niveau** : le Centre de Santé Base qui s'occupe principalement des problèmes de la population qu'il dessert. Dans les régions rurales, l'hôpital de circonscription fait partie du 1^{er} niveau.
- **2^{ème} niveau** : l'hôpital Régional représenté par les centres de diagnostic et de traitement spécialisés.
- **3^{ème} niveau** : l'hôpital Universitaire et les centres de diagnostic et de traitement hyper spécialisés, ayant une mission de soins, d'enseignement et de recherche.



Les missions spécifiques de chaque niveau de soins sont détaillées dans l'encadré n° 2.

1. Les Centres de Santé de Base (1^{er} niveau ou première ligne):

Les Centres de Santé de Base sont des services aisément accessibles, se situent au centre de la population qu'il dessert, assurent la dispensation des « soins primaires » : soins globaux (préventifs et curatifs) et continus (coordination avec tout service de santé auquel il peut adresser un malade). Ces centres guident donc les malades vers d'autres institutions pour les techniques qu'elles ne peuvent pratiquer. On peut donc définir la mission des Centres de Santé de Base comme l'ensemble des services nécessaires à la protection de la santé dans un territoire donné, à l'exception des services qui, pour des raisons d'économie et d'efficacité, ne peuvent pas entrer dans les soins primaires. Le médecin de l'unité de base a une responsabilité à l'égard des patients de telle sorte qu'il pourra :

- assumer le rôle de médecin de synthèse en assurant les soins préventifs (vaccination, consultation pré et postnatale, dépistage systématique...) curatifs et de réadaptation ;
- établir toutes les relations souhaitables avec les services de santé environnants (hôpitaux, dispensaires...);
- informer la population au sujet des objectifs et des résultats des actions sanitaires et les discuter avec elle et obtenir sa collaboration active.

Le médecin d'un Centre de Santé de Base apparaît ici comme le conseiller permanent et « l'avocat » de son malade.

2. L'hôpital Régional (2^{ème} niveau ou deuxième ligne) :

Les centres de santé intégrés sont rattachés à l'hôpital le plus proche qui répond à leurs besoins. Cet hôpital qui constitue le 1^{er} échelon hospitalier est représenté par l'hôpital régional. Ce dernier doit disposer de spécialistes et d'un équipement nécessaire pour apporter les soins impossibles à donner dans les centres de santé intégrés et demandés par les médecins généralistes et l'équipe de santé en général :

- exécution d'examens techniques de diagnostic
- mise au point, décision et exécution d'examens de diagnostic
- proposition de traitement après mise au point
- décision et exécution de soins dans les problèmes d'urgence vraie
- mise au point et exécution de traitements spécialisés, après synthèse de tous les éléments du problème avec le généraliste, et, après information, discussion et décision avec le patient.
- technique d'éducation sanitaire pour des problèmes spécialisés, mais en collaboration avec le centre de base
- transfert de l'information au médecin généraliste qui doit consigner les données dans le dossier médical individuel.

3. L'hôpital universitaire (3^{ème} niveau ou troisième ligne) :

Au deuxième échelon hospitalier, on trouvera des hôpitaux centraux disposant de moyens techniques plus perfectionnés et des équipes plus spécialisées. Ceux-ci sont répartis sur le territoire de façon à se trouver à bonne portée des hôpitaux régionaux. Ce matériel plus spécialisé et plus coûteux trouvera une utilisation plus rationnelle, en permettant aux spécialistes d'exercer plus souvent leur technique particulière et donc d'acquérir une compétence plus grande tout en réduisant le coût d'utilisation. Les fonctions de l'hôpital central et ses liens avec les unités sont les mêmes que ceux de l'hôpital régional. Il n'y a d'autres différences entre hôpital régional et hôpital central, que les moyens techniques mis à leur disposition, ainsi que la formation et la recherche qui constituent des missions spécifiques.

Les organismes chargés de la prévention sont divers, comme le montre l'encadré n° 3.

Encadré 3 : Organismes chargés de la prévention en Tunisie

1. Ministère de la Santé Publique :

- Directions des Soins de Santé de Bases (DSSB)
- Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire (DMSU)
- Direction de l'Hygiène du Milieu et Protection de l'Environnement
- Direction de la Médecine du Travail
 - L'Unité de Promotion Bucco-dentaire
 - L'Agence Nationale de Contrôle Sanitaire et Environnemental des Produits (ANCSEP)
- Instituts et centres spécialisés :
 - Institut Salah Azaïez de Carcinologie
 - Institut Pasteur de Tunis (sérum- vaccin)
 - Institut National de Santé publique
 - Office National de la Femme et de la Population
 - Centre National de Radioprotection
 - Institut de Nutrition et de Technologie Alimentaire (INNTA)
 - Institut National de Neurologie
 - Centre National de Transfusion Sanguine
 - Centre National de Pharmacovigilance.

2. Ministère des Affaires Sociales :

- Institut de la Santé et de la Sécurité au Travail (ISST)
- Institut de la Promotion des Handicapés (IPH)

3. Ministère du Tourisme : Office du thermalisme.

4. Autres secteurs socio-économiques :

- Éducation nationale.
- S.O.N.E.D.E.
- O.N.A.S.
- Agence Nationale de Protection de l'Environnement.

7.4. LES RESSOURCES POUR LES SOINS

7.4.1. RESSOURCES HUMAINES

Selon les données de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), en 2020, l'Autriche et le Norvège présentaient les ratios médecins par population les plus élevés avec respectivement 5,4 et 5,3 par 1000 habitants. Le ratio en Allemagne était de 4,5 pour 1000 habitants suivi par la Suisse et l'Italie qui comptaient 4,4 médecins pour 1000 habitants. Au Canada le ratio était de 2,8 et en Turquie 1,9. En Inde, le ratio a chuté à la France et la Corée du sud, la densité est aux alentours de 230. L'Indonésie avait la densité la plus faible de 0,5 médecins pour 1000 habitants.

En Tunisie en 2019, l'effectif des médecins actifs inscrits au tableau de l'ordre était de 15426 médecins, soit une densité de 1,32 médecin actif pour 1000 habitants¹.

Sa répartition géographique reste caractérisée par une disparité régionale. En effet, 37,5 % des médecins étaient concentrés dans le district de Tunis, qui groupe 24 % des habitants. Ce district a la densité médicale la plus élevée (204 médecins pour 100000 habitants) et le Centre Ouest a la densité la plus faible (61 médecins pour 100000 habitants). Le rapport des deux densités est de 3,3.

À l'échelle nationale, la densité médicale selon la spécialité est de 66 généralistes pour 100000 habitants et de 66 spécialistes pour 100000 habitants. Le District de Tunis et le Centre-est avaient les densités médicales les plus élevées aussi bien pour les généralistes (82 et 73 médecins pour 100000 habitants respectivement) que pour les spécialistes (122 et 95

médecins pour 100000 habitants respectivement) mais avec des écarts nettement plus marqués pour les spécialistes (voir tableau II).

TABLEAU II : Densité médicale selon la spécialité et la région (Tunisie 2019).

Région	Population tunisienne (2019)	Nombre de médecins pour 100 000 habitants	
		Généralistes	Spécialistes
DISTRICT DE TUNIS	2848403	82	122
NORD-EST	1635112	58	43
NORD-OUEST	1185698	58	18
CENTRE-EST	2787605	73	95
CENTRE-OUEST	1503480	45	16
SUD-EST	1064049	56	31
SUD-OUEST	633993	67	19
Tunisie	11658341	66	66

Source : Carte de santé-2019

La répartition des médecins selon le secteur d'activité montre que les médecins du secteur public sont moins nombreux que ceux du secteur privé (44,3 % vs 55,6 % de l'ensemble des médecins actifs inscrits au tableau de l'ordre en Tunisie), en 2019.

7.4.2. STRUCTURES DE SOINS

Deux secteurs de soins ambulatoires et hospitaliers offrent des prestations préventives et curatives à la population.

1/ Les structures sanitaires du secteur public en Tunisie (répartis sur trois niveaux de soins) :

A- 1^{er} niveau Les centres de santé de base (CSB) (ex- dispensaires) ont été officialisés depuis 1982 lors de la création de la DSSB et des services régionaux de SSB ; ils assurent des prestations sanitaires à caractère préventif et curatif (ne nécessitant ni hospitalisation ni explorations paracliniques particulières) ainsi que d'éducation sanitaire. Les CSB sont de 4 types (I, II, III, IV) selon l'espace architectural disponible et la fréquence de la consultation médicale : quotidienne pour le type IV, 2 à 3 fois par semaine pour le type III et hebdomadaire pour les types I et II ; les CSB dépendent territorialement d'une circonscription sanitaire (délégation). En milieu urbain la plupart des centres sont de type IV (avec certaines variantes parfois telles que l'existence d'une chaise dentaire...), ou des centres de PMI (mères et enfants) ainsi que la création récente de « Centres Intermédiaires » (CI) qui dispensent certaines spécialités médicales de base.

En milieu rural ces centres sont de type I ou II, avec la présence permanente d'au moins un infirmier et ils sont reliés techniquement à l'hôpital de circonscription de la délégation pour les soins urgents, ce dernier faisant partie pratiquement de la première ligne de soins. La dernière carte sanitaire de 2015 établit le nombre total de CSB à 2123 centres dont 45% des centres de santé n'assurent une consultation médicale qu'une seule fois par semaine.

B- 2^{ème} niveau L'hôpital Régional représenté par les centres de diagnostic et de traitement spécialisés.

C- 3^{ème} niveau L'hôpital Universitaire et les centres de diagnostic et de traitement hyper spécialisés, ayant une mission de soins, d'enseignement et de recherche.

En 2019, le secteur public dispose de 11 643 lits universitaires, d'environ 6 328 lits d'hôpitaux régionaux (n=31) et 2 939 lits d'hôpitaux de circonscription (n=110), soit au total plus de 21616 lits (76 % de l'ensemble des lits d'hospitalisation du pays). Par ailleurs, ce secteur dispose d'environ 2176 centres de soins de santé de base.

2/ Les structures sanitaires du secteur privé :

Ce secteur est composé (2019) de plus de 8583 cabinets médicaux, environ 4801 cabinets dentaires et 106 cliniques, plus de 2172 officines, environ 581 laboratoires médicaux privés et 117 centres d'hémodialyse en 2019. Ce secteur offre 2704 lits d'hospitalisation.

7.4.3. FINANCEMENT DES SOINS

Au cours de la triennat 2012-2014, les dépenses totales de santé ont été de 7% de PIB (5362.7 Millions de dinars soit 493 dinars par an et par habitant)². Les citoyens tunisiens ont supporté, directement de leurs poches, 37,5 % du total des dé-

1- République tunisienne, Ministère de la santé. Carte sanitaire (2019).

2- Ben Abdelaziz A. et al. Le financement des soins de santé en Tunisie. Etat actuel des dépenses de soins et perspectives de socialisation, sur le chemin de la Couverture Santé Universelle. La Tunisie Médicale- 2018 ; Vol 96 (n°010) : 789 – 807.

penses de la santé. Selon l'OMS, une contribution directe des citoyens supérieure à 20% entraîne un risque non négligeable de dépenses dites « catastrophiques » ou « appauvrissantes ».

7.5. LE PRÉSENT ET LE FUTUR DU SYSTÈME DE SANTÉ TUNISIEN

Grâce à la vaccination, à l'effort considérable fait en matière d'éducation, aux progrès en matière d'habitat, d'assainissement et dans le domaine des communications, la pathologie infectieuse est contrôlée, les grands fléaux historiques ont depuis longtemps disparu. Les indicateurs d'état de santé, de ressources pour les soins, d'utilisation des services de santé et de développement socio-économique ont évolué favorablement.

Ainsi, l'espérance de vie à la naissance est passée de 66 ans en 1988 à 75,4 en 2017, le taux de mortalité infantile est passé de 51,6 pour mille naissances vivantes en 1985 à 14,1 en 2017. En même temps, la densité médicale a évolué de 45 médecins pour 100 000 habitants en 1986 à 132 médecins pour 100 000 habitants. La couverture vaccinale de base chez les enfants de moins de deux ans en 2018 était de 79,1%.

Les problèmes du présent, qui seront vraisemblablement ceux du futur proche ou même éloigné, peuvent être recensés comme suit :

- La lutte contre les maladies transmissibles (courantes mais aussi nouvelles et émergentes) et l'amélioration de la santé environnementale restent toujours d'actualité.
- La santé de la mère et de l'enfant, en particulier la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, représente encore un défi important
- Les besoins de santé des adolescents et des jeunes restent une priorité de plus en plus pressante et méritent une réponse plus appropriée
- Les défis posés par la santé mentale, des facteurs de risque comportementaux (obésité, tabac, comportements routiers) sont énormes
- L'impact des handicaps et des maladies chroniques et dégénératives liées au vieillissement est fort élevé

Quant à l'offre de soins, elle reste grevée de problèmes d'accessibilité financière, ce qui fait que le niveau de contribution directe des ménages au financement des services de santé est élevé, mais aussi géographique avec une accessibilité aux centres de soins, aux médecins spécialistes inéquitables.

Le système de santé tunisien devrait être repensé, sans tabou, pour contribuer efficacement au droit à la santé reconnu par la constitution. Il s'agit de consolider et de construire sur les acquis mais aussi d'oser certaines réformes, en profondeur, pour assurer une couverture sanitaire universelle et mieux répondre aux défis complexes et émergents.

Source : (Dialogue Sociétal. 2014. « Pour une meilleure santé en Tunisie : faisons le chemin ensemble », Livre blanc, <http://www.hiwarsaha.tn/upload/1409228805.pdf>)

- certains comportements non compatibles avec l'éthique médicale.

ÉVALUATION FORMATIVE

Question N° 1 :

Quelle est ou quelles sont, parmi les suivantes, l'action (les actions) qui peut (peuvent) être entreprise (s) dans le cadre de la prévention primaire ?

- A. la vaccination.
 - B. l'éducation pour la santé.
 - C. la prévention des rechutes de rhumatisme articulaire aiguë.
 - D. le dépistage des maladies.
 - E. la promotion de l'équilibre social.
-

Question N° 2 :

L'approche médico-centrique considère que la santé est sous la dépendance d'un seul facteur : lequel ?

Question N° 3 :

Quel est parmi les suivants, le caractère qui ne s'applique pas à la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé ?

- A. le caractère conceptuel.
 - B. le caractère multidimensionnel.
 - C. le caractère dynamique.
 - D. le caractère subjectif.
-

Question N° 4 :

Voici 4 facteurs endogènes pouvant être à l'origine d'une maladie :

- les facteurs génétiques.
- l'âge.
- le sexe.
- l'état d'immunité.

Citez un autre facteur individuel non biologique.

Question N° 5 :

Les facteurs sociodémographiques qui influencent l'état de santé d'une population sont nombreux : le degré d'urbanisation, la qualité de l'habitat, les connaissances sur la santé, l'organisation sociale et familiale. Citez-en deux autres.

1

2

Question N° 6 :

Citez et définissez les 4 types de morbidité.

1

2

3

4

Question N° 7 :

À quel type d'iatrogénèse correspond selon ILLICH l'intervention « intempestive » du médecin sur le plan technique ?

- A. iatrogénèse structurelle
 - B. iatrogénèse sociale
 - C. iatrogénèse médicale
 - D. A + B
 - E. B + C
-

Question N° 8 :

V. HENDERSON distingue 14 besoins fondamentaux de la personne humaine (physiologiques et psychologiques), citez en trois :

1

2

3

Question N° 9 :

Voici 3 caractéristiques de la médecine curative :

- repose sur le colloque singulier entre le médecin et le malade.
- souple, adaptée et dynamique.
- prestigieuse.

Citez une autre caractéristique de ce mode d'exercice pouvant constituer un avantage.

Question N° 10 :

Citez 3 caractéristiques qui constituent des avantages de la médecine préventive :

1

2

3

Question N° 11 :

Voici 3 sources d'informations sur l'état de santé d'une population :

- les statistiques de mortalité.
- les statistiques de morbidité hospitalière.
- les organismes assurance-maladie.

Citez 2 autres sources possibles :

1

2

Question N° 12 :

Citez les 4 classes d'indicateurs de santé :

1

2

3

4

Question N° 13 :

Pour chacune des classes citées à la question précédente :

- donner un exemple d'indicateur.

- donner un ordre de grandeur de la valeur de cet indicateur à une date récente en Tunisie.

	Exemple	Ordre de grandeur
1		
2		
3		
4		

Question N° 14 :

On dispose des données démographiques suivantes relatives à un pays A durant l'année 2007 :

- Décès < 1 an	6000
- Décès 1 à 4 ans	2000
- Décès tous âges	30000
- Naissances vivantes	200000
- Population milieu année	7500000
- Effectif des enfants 1 à 4 ans milieu année	800000
- Effectif des enfants âgés de moins de 5 ans	990000

Quels indicateurs de santé permettent-ils d'apprécier ? Les calculer ?

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Décrire les principaux événements historiques de la pensée médicale.
2. Relever, selon les époques, le mode de pensée opérant et les systèmes explicatifs de la maladie.
3. Situer l'histoire de la médecine arabe et décrire son apport.
4. Relever, à travers l'histoire de la médecine, les conditions ayant favorisé la prospérité de la pratique médicale en orient et en occident.
5. Décrire l'apport des diverses sciences dans la naissance et le progrès des sciences médicales modernes.
6. Relever les principaux événements qui ont marqué l'histoire de la médecine tunisienne.

1. INTRODUCTION

L'histoire de l'humanité et l'histoire de la médecine sont indissociables : en effet la médecine est née avec la souffrance humaine, c'est à dire avec l'apparition des maladies, l'homme s'est préoccupé de ses maux et a toujours essayé de leur trouver explications et remèdes.

La médecine est donc une histoire de l'évolution de l'esprit humain et des découvertes effectuées par l'homme. Quatre grandes époques historiques ont jalonné l'histoire de la médecine :

- L'antiquité
- Le Moyen-Âge
- La renaissance
- Les temps modernes.

Nous aborderons dans un dernier temps un chapitre consacré à l'histoire de la médecine tunisienne.

2. LES GRANDES ÉPOQUES DE LA MÉDECINE OU LES PRINCIPAUX ÉVÉNEMENTS HISTORIQUES DE LA PENSÉE MÉDICALE :

2.1. L'ANTIQUITÉ :

2.1.1. LA PENSÉE MYTHIQUE :

La médecine a d'abord été un art sacré et magique. L'homme primitif projetait dans l'univers ce qu'il sentait en lui et pensait tout naturellement que les manifestations extérieures qu'il observait étaient dues à des volontés, à des forces invisibles et insaisissables supérieures à la sienne.

Cette période historique commence par convention il y a 6000 ans environ comme l'écriture. Alors qu'en Europe on en était encore à des stades rudimentaires de vie sociale, la Mésopotamie et la vallée du Nil et ensuite la Grèce abritèrent de grands foyers culturels.

Les Assyro-Babyloniens : Entre l'Euphrate et le Tigre s'étend une région (La Mésopotamie qui veut dire pays entre deux fleuves) dont les habitants sont les premiers à nous avoir laissé des témoignages écrits sur leurs coutumes. Cependant, en dépit d'un haut degré de culture, régnait une conception astrologique et cosmique des phénomènes vitaux. La maladie était considérée une « possession diabolique » ou une « punition ». Elle était la conséquence d'une faute morale ou religieuse.

Il existait deux types de médecine : l'une pratiquée par le magicien qui intervenait avec un arsenal d'incantations, d'amulettes, de charmes et de sacrifices expiatoires, l'autre déjà faite de l'utilisation de médicaments d'origine végétale, minérale ou animale et de la pratique d'interventions que laissent supposer scalpels et instruments perforants mis à jour. Dans le Code d'Hammurabi, roi de Babylonie qui vécut 1900 ans av. J.-C., on découvre les lois sur les accidents, les tarifs des actes médicaux et les peines infligées aux chirurgiens maladroits et aux mauvaises nourrices.

Les Égyptiens : La médecine égyptienne avait, tout comme celles d'autres peuples d'anciennes cultures, un caractère religieux. La religion était étroitement liée à la mythologie (ensemble des légendes relatives aux dieux et aux héros), empruntant son caractère à la nature.

Thot, dieu de la santé et Isis, déesse tutélaire des magiciens, étaient deux divinités importantes. Isis passait pour avoir inventé des remèdes et être le porte-parole des dieux lors du sommeil du temple dont les malades pouvaient jouir dans divers sanctuaires renommés et au cours duquel le dieu devant les guérir leur apparaissait en rêve.

La chirurgie était déjà très avancée chez les Égyptiens, leur connaissance de la structure interne de l'organisme était encore assez sommaire, mais ils avaient acquis très tôt une tradition médicale dans le traitement des blessures et des affections oculaires.

Dans les plus vieux « traités » de médecine connus, le papyrus égyptien datant de l'an 1500 av. J.-C. découvert, il apparaît que Magie et Médecine étaient associées. La maladie est la possession du corps par un dieu ou par une ennemie papyrus contient des centaines d'ordonnances, huit cent soixante-quinze prescriptions et plus de cent cinquante drogues, concernant les maladies des yeux, les parasitoses, les maladies de la peau, les thérapeutiques par les plantes et la chirurgie.

Un autre papyrus remontant au XVII^{ème} siècle av. J.-C., découvert en 1862, révèle la connaissance d'une anatomie rudimentaire, mais supérieure à celle des autres peuples de l'Orient ancien et l'existence d'une chirurgie pratiquée avec des instruments de bronze et de fer.

Les Grecs : Dans l'antiquité grecque (1000 ans av. J.-C.), tout ce qui touchait à la maladie et à la guérison appartenait encore au domaine du sacré.

Les dieux descendus de l'Olympe exerçaient des fonctions médicales : **Apollon** était le dieu de la médecine, des arts et de la poésie. Asclépios (Esculape en latin), fils d'Apollon, vainqueur des maladies. Il fut le premier médecin à utiliser les plantes à des fins thérapeutiques. **Asclépios** avait deux filles : la déesse **Hygie** était protectrice de la santé (médecine préventive) et la déesse **Panacée** guérissait les maladies (médecine curative).

Asclépios ne se départissait jamais de son caducée : une baguette autour de laquelle s'enroulait un serpent surmonté d'un miroir ou d'une coupe : serpent- en raison de sa mue périodique et symbole d'une vie nouvelle-, la baguette est l'arme du dieu; le miroir magique dans ses reflets prétend deviner l'avenir (le diagnostic et le pronostic), la coupe, source bienfaitante, est symbole de la pharmacie.

Le caducée sert encore de nos jours de symbole aux médecins.

La Chine (2000 av. J.-C.) : la médecine traditionnelle chinoise est fondée sur les forces de l'univers et les nombreux esprits qui l'habitent. Tous ces esprits descendent de deux créatures suprêmes : Yin et Yang. Yang est le dragon rouge, rayonnant, dur, céleste, chaud, vivant et productif. Yin est le dragon vert, sombre, fluide, froid et messenger de la mort.

Dans l'univers tout est Yin : la terre, la lune, la féminité... ou Yang : le ciel, le soleil, la virilité. Une seule exception, l'être humain qui est à la fois Yin et Yang et qui est en bonne santé s'il y a équilibre entre ces deux éléments. Les maladies résultent du déséquilibre au sein des corps de ces deux forces. La médecine traditionnelle, encore pratiquée, est faite de :

1 ° La phytothérapie : 2000 médicaments, rhubarbe, opium, camphre, aloès... Le principe est de faire des mélanges adaptés à chaque cas en fonction de la dominante Yin ou Yang.

2 ° L'acupuncture déjà connue il y a 2000 ans. Les aiguilles de pierre furent utilisées, puis remplacées par le bambou, puis par le cuivre, le fer ou l'argent. Les points découverts par empirisme attendent encore une explication. Les Chinois accordaient la plus grande importance à l'examen du pouls dans la reconnaissance des affections du cœur, du foie, de l'estomac, du poumon et des reins.

2.1.2. L'ÂGE GRÉCO-ROMAIN :

Au VI^{ème} siècle av. J.-C. naquit la rationalité scientifique. Pour la première fois, on se préoccupa plus **du comment que du pourquoi**.

Les philosophes grecs tels que Thales (639-561), Pythagore (570-489), Héraclite (576-480), Anaxagore (486), appliquèrent aux phénomènes naturels des mesures quantitatives. Alcmeon de Crotone (500 av. J.-C.) fit des recherches anatomiques et embryologiques et eut l'idée des prédispositions individuelles aux maladies : conception qui contenait en germe les doctrines hippocratiques.

Le V^{ème} siècle av. J.-C., appelé « siècle de Périclès », fut l'âge d'or de la Grèce antique.

Socrate et Platon atteignirent les sommets de la philosophie. Le savoir anatomique de Platon (420-347) relevait plus de la spéculation philosophique que de l'observation rigoureuse : l'âme est un principe immortel, mais il existe des âmes mortelles qui président aux fonctions de la vie, une âme psychique siège dans le cerveau, une âme sensible entre diaphragme et cou, une âme végétative dans l'abdomen. Il n'avait pas confiance dans les remèdes et considérait que le régime et l'exercice étaient les meilleures thérapeutiques.

Hippocrate (460-377 av. J.-C.) est appelé le **père de la médecine** parce qu'il fut le premier à proclamer que :

1. La maladie est un phénomène naturel non pas divin, c'est-à-dire surnaturel. Il s'agit d'un accident de la nature, et non pas une punition; cette idée persistera dans l'Ancien Testament et sera reprise par le christianisme.
2. La médecine est un savoir positif qui doit être séparé de la mythologie et de la philosophie.
3. Le médecin doit être distinct du prêtre.

L'œuvre hippocratique est immense, elle s'appuie sur des faits et non sur des hypothèses. Hippocrate s'attacha à observer et à décrire le malade, son tempérament, sa souffrance et ce qui l'entoure, c'est-à-dire son milieu. Déjà il affirmait que : « Le médecin doit prendre ses leçons dans la nature... c'est au lit du malade, par une longue méditation, par l'observation de la nature et des hommes qu'il doit procéder ». Il énonça le principe des quatre humeurs qui reste admis par les médecins du temps de Molière (deux mille ans plus tard). Il dégagait l'entité maladie, l'individualisa et la conçut comme un phénomène comprenant une cause, une pathogénie, une évolution et une thérapeutique rationnelle. Il classa les maladies : alcoolisme et ses complications générales et nerveuses, céphalalgie chronique, pituites, encéphalopathies... Il donna des conseils et des prescriptions médicales très précises. La « maladie sacrée » elle-même, nom qu'on donnait à l'épilepsie, dont le caractère spectaculaire frappait l'imagination, n'est pas plus sacrée que les autres; comme les autres maladies, elle a une cause naturelle et non divine. Deux mille quatre cents ans avant notre ère, il conteste ouvertement le bien-fondé des croyances magiques et les interprétations mythiques de la maladie.

S'agissant de la thérapeutique, Hippocrate formula des principes de sagesse, qui président toujours à la médecine curative : « Primum non nocere » (**d'abord ne pas nuire**), « Natura medicatrix » et des règles d'hygiène souvent oubliées : « La modération s'impose dans le travail, dans l'alimentation, dans la boisson, dans le sommeil et dans le commerce des femmes »; l'eau est indispensable à la santé; les eaux de source saines et bienfaisantes, sorties de la terre où elles sont en contact direct avec les puissances souterraines, sont chargées d'un pouvoir médical. La chirurgie de l'école hippocratique fut très brillante : les traités sur les fractures et luxations, sur les plaies de la tête, sont des œuvres remarquables.

2.2. LE MOYEN-ÂGE :

Au III^{ème} siècle, la fin de l'Empire romain et sa division en empire d'Orient et en empire d'Occident représente une époque troublée qui ne fut guère favorable aux arts et aux sciences en Occident. Pendant plus de six siècles, la culture persista en Orient; l'immobilisme et l'obscurantisme régnèrent en Occident.

2.2.1 EN ORIENT :

La contribution de la médecine arabe n'a pas été seulement de transmettre à l'Occident les connaissances scientifiques et médicales du monde gréco-romain, mais aussi de celles des Perses, des Indiens et même des Chinois. Dans bien des domaines, ils ont complété ce savoir.

Un siècle après la mort du prophète Mohamed, la culture arabe s'étendit de l'Atlantique à l'Inde. La langue arabe fut le véhicule essentiel de la philosophie, l'astrologie, le droit, la théologie et bien entendu la médecine. **Bagdad**- l'un des deux Khalifats principaux- fut en particulier un centre de recherche scientifique important et devint la **capitale de la médecine**. **Cordoue**, l'autre Khalifat, joua aussi un rôle éminent dans la propagation en Occident de la science et de la médecine arabe. Au cours de leurs longues campagnes, les Arabes entrèrent en contact avec de nombreuses cultures dont les plus importantes étaient la culture grecque et la culture juive. Des juifs étaient installés à divers endroits en Orient. En général ils portaient un grand intérêt à la médecine. Les gouverneurs arabes se montrèrent particulièrement tolérants envers les médecins adeptes d'autres religions que la leur : les médecins juifs et chrétiens pouvaient exercer librement leurs professions et pouvaient même choisir l'endroit de leur exercice.

La médecine arabe connut ainsi son apogée entre le X^{ème} et le XII^{ème} siècle. Les principaux médecins furent **Rhazès, Avicenne, Averrhoes** et **Maimonide**.

Rhazès ou Abu Bakr Muhammad Ibn Zakariyya al Rhazi (860-923) est une sommité de la médecine arabe. Après des études d'alchimie, de musique et de physique, il fit des études de médecine à Cordoue. Lorsqu'il revint à Bagdad le calife le chargea de la construction d'un nouvel Hôpital dans la ville, Rhazès alla suspendre des quartiers de viandes à différents endroits de la ville et là où la viande était la moins avariée il construisit son hôpital, parce que là l'air était plus pur. Il était un observateur et un clinicien : il étudia les tempéraments et la physiognomie. Il décrivit admirablement la rougeole, la variole et la scarlatine, il est considéré comme le père de la pédiatrie.

Abu Ali Hussayn Ibn Abdallah Ibn Sina naquit en 980. Son père était fonctionnaire. Il était doué d'une grande intelligence et si l'on croit la légende il connaissait le Coran par cœur à l'âge de 10 ans. Il étudia la philosophie, les mathématiques et la médecine vingt et un ans il était déjà l'auteur de plusieurs ouvrages qui connurent un grand succès en Europe où ils furent traduits en latin à Palerme et à Tolède. Ses traducteurs décidèrent de donner une connotation plus latine à son nom. Ils n'en conservèrent que la dernière partie Ibn Sina, qui signifie fils de Sina, et transformèrent Ibn en Aven et Sina en Cina. Mais au cours des différentes transcriptions, ce nouveau nom devint Avicenne. L'œuvre d'Avicenne ou Ibnou Sina (980-1047) qui fut : « Le prince des savants » devint un grand classique tant en Orient qu'en Occident. Son ouvrage de base, le Canon de la médecine, fut enseigné dans toutes les facultés jusqu'au XVII^{ème} siècle. Toute la médecine y est abordée. Du point de vue anatomique et physiologique, il croyait encore à la présence dans les ventricules d'esprits animaux qui s'écoulaient par les nerfs, assimilés à des canaux. La maladie est d'après lui un obstacle au souffle vital qui anime le corps;

il connaissait le diabète, les maladies allergiques, la pathologie oculaire, la cataracte et son traitement par l'extraction du cristallin, les maladies de la bouche et des dents, la pathologie du foie, la phthisie dont il définit le caractère contagieux et un certain nombre d'atteinte du système nerveux central. Il connaissait toutes les plantes orientales et déjà les propriétés antiscorbutiques du jus de citron et les propriétés laxatives du séné. Il étudia 800 médicaments. Avicenne fut un médecin populaire et renommé, qui occupa la fonction de médecin personnel de plusieurs membres des familles régnantes.

Le plus célèbre des médecins arabes d'Espagne est incontestablement **Averrhoes** ou **Ibnou Rochd** (1126-1198), né à Cordoue, il ne s'occupa cependant qu'occasionnellement de Médecine. Son œuvre est principalement philosophique et ses commentaires sur les écrits du philosophe grec ont été fondamentaux pour le développement de l'humanisme en Europe. Averrhoes a cependant rédigé un livre en médecine dans lequel il traite des affections en général, ainsi que les maladies de certains organes. Il découvrit que la variole n'atteint jamais deux fois le même individu; il fut un précurseur de la médecine expérimentale; avec lui commence la médecine scientifique.

Maimonide ou Ibnou El Maïmoun (1135-1204), philosophe et médecin juif, a écrit tous ses livres en arabe et a laissé un célèbre traité sur les poisons.

Les médecins de langue arabe furent de grands praticiens et des thérapeutes. Le mot alchimie d'où a été tirée la chimie vient de la langue arabe Al Chimie lui-même tiré du grec chemio qui signifie magie noire. La pharmacopée arabe comprend près de 1400 drogues. De très nombreux noms en dérivent : alcool, camphre, séné. Le commerce des drogues fleurissait en Orient, l'Europe les découvrit bientôt, dans des petits pots de faïence appelés « arabelli ».

Un des grands apports de la médecine arabe est certainement **la conception de l'hôpital à la fois lieu de soins et d'enseignement**, alors qu'à la même époque, en Europe, il était asile pour les pauvres. Il y avait huit hôpitaux à Bagdad et quarante dans le Khalifat de Cordoue. Les cliniques ambulantes soignaient les populations rurales. Des asiles d'aliénés furent édifiés à Bagdad, à Fès et au Caire, dans certains, on jouait de la musique douce afin de donner un apaisement aux malades mentaux.

2.2.2. EN OCCIDENT :

L'effondrement de l'Empire romain et les invasions barbares, les Goths venus du nord, les Huns venus d'Asie, aboutissaient au morcellement de l'Europe en petites seigneuries qui vivaient en vase clos. **Les échanges intellectuels diminuaient**. Le savoir scientifique était suspect, car, par essence, changeant. Il s'opposait aux idées révélées immuables, éternelles. Durant douze siècles, l'élan de la médecine fut véritablement pétrifié. Toutefois, au XII^{ème} - XIII^{ème} siècle elle connut un certain essor grâce surtout à la copie des grands textes classiques d'Hippocrate et de Galien.

L'hygiène régressa : famines, épidémies, maladies de carence, guerres régnerent. La peste tua le tiers de la population d'Occident en 1348 et en 1562. La grande peste dite « peste noire » fit environ 5 millions de victimes en 1348. La cause de cette maladie ne sera découverte qu'en 1894 par Yersin : les rats porteurs d'un parasite. La moyenne de la longévité était de 30 ans. On tomba dans la dissertation, dans l'abstrait et dans la métaphysique. **Les monastères étaient les dépositaires de la science et de la culture.**

Les médecins étaient des moines. Les clercs religieux pratiquaient la médecine et soulageaient les misères humaines. Saint-Augustin et Saint-Ambroise prêchaient l'obligation de l'assistance aux malades. Ainsi naquirent les hospices où furent cultivées, conservées et utilisées les herbes médicinales. La chirurgie fut d'abord pratiquée par les moines, l'église leur ayant interdit de verser le sang, ils abandonnèrent l'acte opératoire à ceux qui étaient les plus habiles à manier le couteau, le rasoir, les ciseaux : les barbiers. C'est là l'origine d'une inégalité entre médecins et chirurgiens. Elle devait durer jusqu'au XVIII^{ème} siècle.

Les écrits reproduisent les œuvres d'Hippocrate et de Galien. Galien, traduit en latin, car il écrivait en grec, fut pendant le Moyen-Âge le seul auteur toléré par les universités chrétiennes d'Occident. **Toute contestation était considérée comme hérésie punie par le bûcher**. La loi interdisait sévèrement la dissection des cadavres qui était considérée comme profanation. La magie, la sorcellerie, l'alchimie et l'astrologie étaient intimement associées. Les apothicaires allaient de foire en foire vendant des poisons, des philtres d'amour, des herbes médicinales ou des remèdes les plus bizarres : graisse de crapaud, fiente de pigeon...

2.3. LES SIÈCLES DU RENOUVEAU :

Avec l'arrivée des Arabes, l'organisation des hôpitaux et de la profession médicale était devenue exemplaire. L'enseignement de la médecine était dispensé à partir de ces mêmes hôpitaux et centres de bienfaisance, spécialisés dans l'enseignement clinique.

Malheureusement, la médecine arabe après son apogée s'est trouvée quelques siècles plus tard en situation précaire, voire même catastrophique.

En effet, la **fermeture de la route de la soie et des épices** qui permettait les échanges intellectuels entre les Arabes et les Européens et surtout les nouvelles conceptions religieuses et sociologiques décidées au XII^{ème} siècle par les savants-juristes musulmans « **la fermeture des portes de l'Ijtihad** » ont mis fin à l'essor des sciences en général et de la médecine en particulier dans les pays arabes. Cette fermeture des portes de l'Ijtihad entraîna la **suprématie des hommes de la religion sur les hommes de sciences et la décadence des sciences arabes**.

Parallèlement la **séparation de l'église de l'état permit la renaissance des sciences en Europe**. Ainsi après l'université de Padoue, les grandes villes d'Italie, de France, d'Espagne et d'Angleterre fondèrent leurs propres Universités.

Le XVI^{ème} siècle apporta, avec la Renaissance, un renouveau dans les connaissances et dans les façons de les acquérir. **L'anatomie prit un merveilleux essor quand les papes levèrent l'interdiction de disséquer.**

Le développement de la chirurgie fut favorisé grâce à l'étude du corps humain par les anatomistes et par la fréquence des guerres. Cependant l'ignorance de la physiologie détermina au contraire la stagnation de la médecine.

Le XVII^{ème} siècle fut celui des **premiers physiologistes**. En ce qui concerne le système nerveux, François Dubois (Sylvius) (1614-1672) décrivit l'aqueduc, la scissure et l'artère, qui portent son nom, et Thomas Willis (1622-1675) l'ensemble artériel anastomotique de la base du cerveau appelé hexagone de Willis. La découverte de la circulation du sang fut le fait capital : W. Harvey (1578-1657) compléta l'étude de Michel Serveto et de Colombo; il publia en 1628 « l'exercice anatomique sur le mouvement du cœur et du sang chez les animaux » où il montre toutes les erreurs de Galien. À sa mort, il persistait encore une inconnue : la jonction entre les artères et les veines. Trois ans plus tard, Marcello Malpighi (1628-1694) ferma la boucle de la circulation en découvrant à la loupe les capillaires sur un poumon de grenouille. Dérivé de la loupe et de la lunette astronomique de Galilée, le premier microscope fut construit par le hollandais Hans Jansen (1590).

M. Malpighi découvrit que les organismes vivants sont constitués par des tissus et que chaque tissu est à son tour formé d'une infinité d'unités invisibles l'œil nu : les cellules.

Anton Van Loevenhoeck (1632-1694) ouvrit la voie de la bactériologie en découvrant dans le tartre recueilli entre ses propres dents « des petits animaux » se mouvant de façon « charmante ». Il identifia les globules rouges que Malpighi avait pris pour des globules de graisse. Les globules blancs ne seront reconnus que 100 ans plus tard en 1770 par Hewson.

Au XVIII^{ème} siècle, la raison triompha. Les méthodes de raisonnement scientifique commencèrent à pénétrer dans la médecine. L'éducation, les réformes sociales, les mesures d'hygiène et de prévention progressèrent.

L'anatomie, la physiologie et l'anatomie pathologique firent les progrès les plus remarquables. Grâce au **microscope**, on commença à mieux connaître les lésions. Albert de Haller (1708-1777), physiologiste suisse, laissa une œuvre considérable. La partie la plus importante porta sur les vaisseaux sanguins et le système nerveux; plusieurs formations portent son nom. J.B. Morgagni (1682-1771), professeur à Padoue, fut le père de l'anatomie pathologique; le premier, il enseigna les corrélations anatomocliniques : « recueillir et comparer entre elles le plus possible d'histoires des maladies et de dissections (autopsies) ».

À la fin du XVIII^{ème} siècle, **la Révolution française** sera à l'origine d'une profonde transformation de l'enseignement médical occidental. Les constatations anatomocliniques s'imposèrent, l'observation au chevet du malade et les pratiques nécropsiques devenaient alors le centre de l'enseignement médical. **La leçon clinique** sous la forme d'un exposé magistral et **l'approche des malades dans des services hospitaliers** avant l'obtention du diplôme, marqua le cours de l'enseignement médical et de la formation du praticien. L'enseignement médical fut unifié sur tout le territoire français, couronné par un **diplôme national** permettant l'exercice de la médecine.

La majorité des pays européens assimilèrent cette réforme française qui est encore de vigueur de nos jours.

2.4. LA MÉDECINE MODERNE :

Au IV^{ème} siècle avant l'ère, un médecin grec, Hippocrate pensa le premier que la maladie est due non à des causes surnaturelles, mais à des causes naturelles que l'on découvre par l'observation et le raisonnement. Malheureusement, pendant plus de 20 siècles, il n'y eut pas de progrès substantiels : Louis XIV était soigné comme Auguste.

2.4.1. LES CORRESPONDANCES ANATOMOCLINIQUES :

La classification des maladies fondée sur l'anatomie pathologique a isolé dès ce moment des entités : pneumonie, fièvre typhoïde, cirrhose, tumeur bénigne, tumeur maligne... Les grands cliniciens furent aussi anatomopathologistes. La France se distingue avec F. Broussais (1802-1838), R. Laennec (1781-1816), P. Bretonneau (1778-1862), A. Trousseau (1801-1867), J.B. Charcot (1825-1893), F. Potain (1825-1901), G. Dieulafoy (1839-1911), J. Babinski (1857-1932), J. Dejerine (1849-1917).

Quelques noms de chirurgiens émergents : G. Dupuytren (1777-1835), Dominique Larrey (1766-1842). La psychiatrie elle-même concentra ses efforts dans l'élaboration d'une conception organique des troubles psychiques. La découverte de la paralysie générale par Bayle en 1818 contribua à l'orienter dans cette voie.

Actuellement, l'étape anatomoclinique et la classification anatomique des maladies font encore des progrès grâce à la microscopie électronique, à l'histochimie et à la biologie moléculaire...

2.4.2. LA MÉDECINE EXPÉRIMENTALE :

Au milieu du XIX^{ème} siècle, le concept de maladie était étroitement lié aux modifications structurales locales. Connaître les lésions et leurs expressions cliniques est capital; mais il ne l'est pas moins de déterminer leurs mécanismes, c'est-à-dire leur pathogénie. Les origines des maladies, longtemps méconnues, se sont révélées grâce à l'observation et aux expérimentations utilisant des moyens d'investigation de plus en plus perfectionnés. Les hypothèses exogènes puis endogènes ont été formulées.

2.4.3. ORIGINE EXOGÈNE DES MALADIES :

Les causes des maladies restèrent longtemps inconnues. L'idée de spontanéité morbide retarda le progrès. La notion de contagion ne s'imposa que très tard. E. Jenner (1749-1823) avait découvert la vaccine en 1796 et en même temps la prophylaxie des maladies infectieuses et l'hygiène.

La grande époque microbiologique correspondit à la seconde moitié du XIX^{ème} siècle. Elle commença lorsque **Louis Pasteur** (1822-1895) découvrit le rôle des infiniment petits. Son œuvre prodigieuse débuta par l'étude des fermentations butyrique, lactique, acétique. Son intuition géniale lui fit penser et démontrer que ces fermentations sont dues à l'action de micro-organismes vivants (1859-1861). À partir de là, il se consacra à l'étude du monde des microbes. Il prouva qu'ils ne naissaient pas des milieux en putréfaction par génération spontanée, mais de microbes déjà existants (1864). Il isola ainsi les agents pathogènes de différentes maladies et distingua les germes aérobies et anaérobies. Il permit non seulement d'individualiser ainsi les principales maladies microbiennes, mais plus encore, il découvrit la vaccination après avoir observé qu'une culture de bacilles de choléra vieillie peut immuniser un poulet à des bacilles de choléra prélevés sur une culture fraîche et virulente. La vaccination contre la rage date de 1885. La vaccination préventive que l'anglais Jenner avait déjà appliquée empiriquement pour combattre la variole était ainsi expérimentalement et scientifiquement démontrée. Il devint alors évident que la science médicale peut non seulement combattre les maladies déclarées, mais aussi les prévenir.

En Allemagne, **Robert Koch** (1843-1910) continua l'œuvre de Pasteur. Il découvrit en 1882 le bacille responsable de l'une des maladies les plus invincibles : la tuberculose et qui depuis s'appelle bacille de Koch.

Après Louis Pasteur, après Robert Koch, après Charles Nicolle, les conquêtes de la bactériologie et surtout ses applications se multiplièrent. En France, on rechercha l'immunisation des maladies par des moyens artificiels. En Allemagne, on s'efforça d'isoler les germes des maladies infectieuses. Chaque année, on découvrit le germe d'une maladie déterminée : diphtérie, fièvre typhoïde. La connaissance des infections imposa les techniques de désinfection et l'asepsie aux chirurgiens qui opéraient jusque-là en habit et mains nues ; ces règles firent progresser la chirurgie à grands pas. L'anesthésie découverte par les dentistes américains - protoxyde d'azote (Tells, 1844), éther (Morton, 1846), chloroforme (1850) - viendra bouleverser la pratique chirurgicale.

2.4.4. ORIGINE ENDOGÈNE DES MALADIES :

Dans les esprits s'inscrivit l'idée en elle-même trop absolue que l'origine des troubles morbides est toujours en dehors de l'organisme. Les maladies héréditaires elles-mêmes ne faisaient pas exception puisque leur origine réelle est une cause exogène modificatrice des gènes des parents. Les adeptes du pasteurisme ont, par excès d'esprit analytique et par manque d'esprit clinique, déformé la pensée initiale du Maître en ramenant au seul concept microbien la cause de la maladie infectieuse. Ils ont négligé les causes endogènes.

La neurogénèse et la psychogénèse de certaines maladies furent démontrées par une série de recherches. Brown-Sequard, par ses travaux sur les glandes endocrines, Charcot, par ses observations sur l'hystérie, Pavlov par ses études sur les réflexes conditionnés, Freud par celles sur l'activité psychique inconsciente, révélèrent le rôle des impulsions et des sensations dans la psychogénèse normale et pathologique. Reilly, Leriche, Selye démontrèrent le rôle du système neurovégétatif dans les déviations fonctionnelles qui précèdent souvent la modification structurale.

2.4.5. LA BIOLOGIE ET LES TECHNIQUES :

Au début du XX^{ème} siècle, l'étude des signes, de leurs bases anatomiques, celle des mécanismes et celle des causes étaient, pour l'essentiel, réalisées et cela permettait de classer les maladies et d'orienter la thérapeutique. À la clinique, à l'examen anatomique, à l'expérimentation, au laboratoire, sont venues depuis s'ajouter des méthodes et des techniques d'exploration... de plus en plus perfectionnées.

Le XX^{ème} siècle est le siècle de la technique et de l'utilisation croissante des méthodes de la physique, de la chimie et de la biologie qui aboutit à une extension considérable des moyens d'investigation, de diagnostic et de traitement. Et compte tenu de ce progrès et des découvertes médicales, les spécialités se sont individualisées.

3. L'APPORT DES SCIENCES DANS LA NAISSANCE ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA PENSÉE MÉDICALE :

Il nous semble aussi important de brosser le tableau de l'évolution scientifique que de montrer son rôle dans le développement de la médecine.

La science a pour point de départ l'observation de l'univers, pour but l'étude et l'explication des phénomènes qui s'y déroulent, pour résultat la conquête de la terre. Qu'elle soit fortuite ou provoquée, qu'elle soit simple ou appareillée, l'observation se ramène toujours à des impressions sensorielles. L'univers nous apparaît tel que nos sens nous le font percevoir.

Dès que l'homme eut acquis quelques notions sur le monde, une division en apparence naïve, mais en réalité pratique s'est imposée à son esprit.

Les êtres et les objets furent divisés en deux groupes : les uns immobiles, les autres mobiles. Projetant alors en dehors de soi ce qu'il sentait en soi-même, l'homme admet que le mouvement est la caractéristique de la vie et qu'il est dû à une force analogue à celle qui nous fait agir. Tout ce qui est capable de se déplacer, les astres comme les animaux, l'eau comme le feu, fut considéré comme doué de vie. Ainsi se développe l'animisme.

Sans la découverte des divers rayonnements (en particulier les rayons X), nous serions encore en train de tâtonner pour savoir si une fracture doit être opérée ou non.

Grâce à la découverte des ultrasons, qu'on a utilisé pour détecter fonds marins et sous-marins, on vous propose aujourd'hui une échographie pour voir si votre bébé se développe bien ou si votre vésicule est remplie ou non de calculs ?

Sans les grandes découvertes de la chimie, serait-on capable aujourd'hui de manipuler des germes et des molécules pour en faire des vaccins et des médicaments ?

Ainsi, à chaque fois qu'il y a eu une percée scientifique, les médecins ont essayé d'en déduire une application pour une meilleure connaissance des maladies ou pour une amélioration thérapeutique.

Cette recherche permanente d'une plus grande efficacité de la médecine a été encouragée par l'accélération des découvertes technologiques surtout durant le vingtième siècle.

Depuis les années 70, cette technologie va permettre à des médecins d'oser réaliser ce qui jusque-là était inimaginable : réaliser des greffes d'organe, maintenir en vie et avec un confort remarquable des sujets ayant une insuffisance rénale terminale par la pratique de l'hémodialyse, prolonger la durée de vie de sujets ayant certains types de cancer, etc.

4. L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE EN TUNISIE :

La Tunisie, située au carrefour de la Méditerranée orientale et occidentale, a toujours été une région de contact. Très convoitée par les grands des différentes époques elle subit de 86 nombreuses invasions : romaine, vandale, byzantine, arabe, espagnole, turque et française, et différentes incursions avec les échanges commerciaux et surtout la course en Méditerranée.

Ces échanges ont permis à sa population d'avoir une extraordinaire facilité d'adaptation et un large esprit de tolérance, faisant ainsi de l'actuelle Tunisie un pays cosmopolite et multiconfessionnel.

Elle connut ainsi de grands mouvements d'expansion scientifique et culturelle, de grands médecins y ont exercé depuis l'époque punique, mais c'est sous les dynasties aghlabide et hafside que la médecine tunisienne a connu son apogée. Un remarquable essor culturel et spirituel voyait ainsi le jour, aboutissant notamment à la création des fameuses **écoles de Kairouan au X^{ème} siècle et de Tunis au XII^{ème} siècle**. Une très brillante école fut érigée à Kairouan. Plusieurs médecins furent amenés notamment de Bagdad et d'Égypte : Yuhanna Massawayh (777-857 JC) pharmacien, Ishac Ibn Israël, grand médecin enseignant des maladies des yeux. Ibrahim II Ibn Aghlab fit venir le grand philosophe et médecin arabo-musulman Ishak Ibn Omrane (907 JC) de Bagdad. Il fut chargé de l'enseignement médical l'Université de Kairouan **Beit El Hikma (Raggada)**.

Sous l'impulsion des califes hafside, plusieurs grands médecins furent maîtres et professeurs de cette école ; c'est surtout la dynastie médicale Ess-Kally : le professeur Abdessalem Ech-Cherif El Hassine Ess-Kally, son fils Ahmed Ess-Kally et son autre fils Ali Ess-Kolly, Abou Abdallah Ess-Kolly El Idrisi, connu par son ouvrage « Jamaâ Essifat Li Achtat Ennabat ». On cite également, au XV^{ème} siècle, Abû Saïd Ibrahim Ess-Kally. Des chirurgiens comme Abou Bakr Ed Dehmani et Ahmed Ibn Abd Rabbah, des pharmaciens Ali Ibn El Abbés et Mohamed El Hou djaïej furent des sommités de l'école de Tunis.

D'autres villes tunisiennes eurent leurs sommités médicales. À Monastir, l'Imam El-Mezri et à Sfax, les médecins Ibn El Haj Méghaouèche et Ali Ghorbal.

Après un passé glorieux, la période allant **du XV au XIX^{ème} siècle, fut celle de la décadence** de la médecine : c'est l'époque des charlatans et des vulgaires soignants.

Au XIX^{ème} siècle la médecine en Tunisie est tombée au plus bas. Des médecins proprement dits, il n'en resta que de vulgaires guérisseurs, autorisés à pratiquer l'art médical par un « amine », chef de la corporation, qui n'avait lui-même aucune culture médicale.

Les quelques rares docteurs en médecine qui exerçaient dans la Régence étaient tous étrangers, de nationalité française ou italienne pour la plupart, appelés pour soigner les membres de la famille beylicale ou l'armée.

Les structures sanitaires précoloniales ne comprenaient que quelques rares hôpitaux dont le plus connu est le **Moristan El Azzafine** construit au **XVII^{ème} siècle** et où **seuls les pauvres** se faisaient soigner, les malades parmi les notables et les gens aisés de la ville étaient soignés à la maison parmi les leurs. Cet hôpital devenant trop petit a laissé place en 1879 à un hôpital moderne, **l'hôpital Sadiki** (l'actuel hôpital Aziza Othmana).

Avec l'installation du **protectorat** le 12 mai 1881, on assista à une réorganisation du service sanitaire avec notamment la création d'une direction de la santé et de l'hygiène publique en mai 1897 puis d'un **ministère de la santé publique en 1947**.

Quelques hôpitaux ont été créés durant cette période :

Pour la colonie française, le premier qui ouvrit ses portes est « l'hôpital militaire du Belvédère » en 1886 puis « l'hôpital civil français » le 21 novembre 1898, devenu en 1944 hôpital Charles Nicolle. Les malades musulmans se faisaient soigner dans le seul hôpital qui leur était réservé, « l'hôpital Sadiki », complètement transformé et modernisé en 1902 par son nouveau directeur le docteur Brunswick le Bihan.

Nos concitoyens de confession juive fondèrent leur propre hôpital « l'hôpital israélite » en 1894. Il ferma ses portes au début des années 30; les malades de confession juive, se faisait depuis soigner l'hôpital civil français.

La communauté italienne, particulièrement importante en Tunisie créât « l'hôpital colonial italien » en 1891. Il fut transféré en 1900, à son emplacement actuel. Il prit le nom « d'hôpital de la libération » en 1945 et « d'hôpital Habib Thameur » depuis l'indépendance.

Un hôpital pour les maladies mentales a été construit à la Manouba en 1931.

Quant à l'intérieur du pays, il n'a été construit que des dispensaires pour la population civile; l'édification de quelques rares structures hospitalières dans les grandes villes de l'intérieur n'a été faite que tardivement.

À côté de ces hôpitaux, il a été ouvert « le lazaret de la Rabta » lors de l'épidémie de variole de 1897. Il devint « l'hôpital des contagieux » en 1924, puis un hôpital général en 1930 et prit les noms « d'hôpital Ernest Conseil » puis « d'hôpital de la Rabta » en 1985.

Les médecins tunisiens, notamment de confession musulmane, étaient très peu nombreux et exerçaient surtout dans le secteur privé, les hôpitaux leur ayant été fermés jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale. Cette pénurie de médecins tunisiens s'expliquait, surtout par « le blocus » exercé par les autorités coloniales. Les quelques rares étudiants en médecine et en pharmacie partis à l'étranger ont vécu dans des conditions matérielles et morales très difficiles. Leur nombre augmenta petit à petit et on en dénombrait une centaine à la fin des années 40.

Depuis l'indépendance, les autorités, conscientes de l'impact des problèmes de santé sur le développement économique, culturel et social, tracèrent les grandes lignes d'une politique médicale s'attelant à :

- Mettre en œuvre des **campagnes de prévention individuelle et collective**, notamment par les vaccinations de masse, le contrôle sanitaire aux frontières, l'hygiène scolaire et universitaire, l'éducation et l'hygiène nutritionnelle et bien entendu l'hygiène mentale.
- Devant l'absence de l'enseignement médical et le petit nombre de médecins tunisiens exerçant dans le pays (moins de deux cents), il a été décidé de **créer une Faculté de Médecine à Tunis**.

Ainsi la première faculté de médecine ouvrit ses portes le **2 novembre 1964 (huit années seulement après l'indépendance)** et pris le nom de : « **Faculté de Médecine et de Pharmacie de Tunis** » sous la direction du premier Doyen : le **Professeur Amor Chadli** assisté par le professeur Ali Boujnah et les professeurs Moreno (anatomie), Gougereot (biophysique), Obre et Gharib (physiologie) Stolzman (biophysique).

Depuis trois autres facultés de médecine ont été créées : une à Sfax, une à Sousse et une autre à Monastir.

Plusieurs noms ont marqué la médecine tunisienne, citons le professeur Zouheir Essafi l'un des premiers grands chirurgiens en Tunisie (Amphi III), le professeur Saadoun Zmerli pionnier de la chirurgie urologique, Le professeur Sleim Ammar père de la psychiatrie tunisienne, le professeur Hassouna Ben Ayed un des premiers internistes, le professeur Abdelaziz Ghachem le premier qui a instauré la médecine légale et la médecine de travail, le professeur Zouheir Kallel fondateur des sciences de la nutrition, le professeur Béchir Hamza un des pères fondateurs de la pédiatrie, le professeur Mohamed Tahar Kassab pionnier de l'orthopédie, le professeur Hédi Raies, fondateur de l'Institut d'ophtalmologie, le professeur Salah Azaiez, pionnier de la chirurgie carcinologique (Institut de Carcinologie), le Professeur Mongi Ben Hamida, père de la neurologie en Tunisie, le Professeur Naceur Haddad, éminent interniste (Amphi VI), le professeur Habiba Jilani, éminent chirurgien thoracique, première femme chirurgien en Tunisie...

POUR EN SAVOIR PLUS :

AMMAR S. : Médecins et Médecine de l'islam. Edition Tougui, 1984.

LAZORTHES G. : L'homme, la médecine et le médecin. Édition Masson, 1992.

SAPIR M. : La formation psychologique du médecin. Edition Payot, 1972.

VAN VELZEN M. H. et coll. : Histoire de la médecine. Nouvelle encyclopédie de la médecine. Édition Christophe Colomb, 1985.

ÉVALUATION FORMATIVE

Question n° 1 :

Quel est le principal apport de la médecine arabe ?

- A. Séparation entre médecine et religion.
- B. L'équilibre de l'être humain dépend de l'équilibre de l'univers.
- C. Découverte des correspondances anatomocliniques.
- D. L'hôpital comme lieu de soins et d'enseignement.
- E. Découverte de la vaccination.

Question n° 2 :

Citez les quatre grandes époques qui ont jalonné l'histoire de la médecine.

Réponses :
Question n° 1 : D.
Question n° 2 :
L'antiquité.
Le Moyen-Âge.
La Renaissance.
Les temps modernes.

ETHIQUE MEDICALE

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- Définir et expliciter les notions d'éthique médicale, droits humains et déontologie médicale.
- Expliquer l'importance du respect des règles de l'éthique médicale dans l'exercice pratique de la médecine.
- Énoncer les principales caractéristiques de la relation médecin/patient notamment celle du respect du secret médical.
- Citer les principales règles éthiques à respecter par le médecin envers ses collègues et la société à partir des serments d'Hippocrate et du code de l'AMM.
- Identifier les problèmes éthiques soulevés à partir de l'énoncé de certaines situations pratiques.

Activités d'apprentissage

Les activités d'apprentissage nécessaires sont :

- Exposé sur les principes de base de l'éthique médicale.
- Lecture des documents et éclaircissement des notions théoriques.
- Exposé de différents cas pratiques décrivant une situation particulière où des problèmes éthiques sont soulevés avec une discussion en groupe.
- Jeux de rôle simulant des situations pratiques où les questions éthiques peuvent être discutées.

INTRODUCTION

(Extraits du manuel d'éthique médicale publié par l'Association Médicale Mondiale)

La médecine est à la fois une science et un art. La science s'occupe de ce qui peut être observé et mesuré et un médecin compétent reconnaît les signes d'une maladie et sait comment rétablir une bonne santé. Mais la médecine scientifique a ses limites, notamment au regard de l'humanité de l'individu, de la culture, de la religion, de la liberté, des droits et des responsabilités. L'art de la médecine suppose l'application de la science et de la technologie médicale aux patients, aux familles et aux communautés. La plupart des différences entre les individus, les familles et les communautés ne sont, pour l'essentiel, pas physiologiques, et c'est dans la reconnaissance et la prise en compte de ces différences que les arts, les humanités, les sciences sociales jouent, avec l'éthique, un rôle majeur. Et l'éthique elle-même s'enrichit de l'éclairage et des informations apportés par les autres disciplines. Par exemple, la présentation théâtrale d'un dilemme clinique peut être une incitation plus grande à la réflexion éthique et à l'analyse qu'une simple description de cas.

Ce cours en PCEM1 ne constitue qu'une introduction de base à l'éthique médicale et à ses questions les plus fondamentales. Il cherche surtout à montrer la nécessité de poursuivre la réflexion sur la dimension éthique de la médecine et, en particulier, sur la manière de traiter les problèmes éthiques rencontrés dans l'exercice de la profession. Une liste des ressources documentaires destinée à approfondir les connaissances dans ce domaine sera proposée à la fin.

Au cours du DCEM, l'étudiant en médecine aura l'occasion de mettre en pratique ces notions d'éthique au cours des stages hospitaliers avec l'encadrement des médecins hospitalo-universitaires du service et de se familiariser également avec les notions déontologiques contenues dans le Code de Déontologie Médicale, notions indispensables à son exercice professionnel futur.

« Être en bonne santé est un des droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction de race, idées politiques ou conditions socio-économiques et sociales »

(Charte des Nations Unies)

1. QU'EST-CE QUE L'ETHIQUE MEDICALE ?

(Extraits du manuel d'éthique médicale publié par l'Association Médicale Mondiale)

Considérons les cas suivants, qui pourraient avoir lieu dans presque n'importe quel pays :

1. Le Dr P., chirurgien compétent et expérimenté, s'apprête à terminer son service de nuit dans un hôpital communal de taille moyenne. Une jeune fille, accompagnée de sa mère, arrive à l'hôpital. La mère repart immédiatement après avoir dit à l'infirmière qu'elle devait rentrer pour s'occuper des autres enfants. La patiente présente une hémorragie vaginale et souffre beaucoup. Le Dr P. l'examine et pense qu'il s'agit d'une fausse couche ou d'un avortement provoqué. Il fait vite une dilatation et un curetage et demande à l'infirmière de demander à la patiente si elle peut financièrement se permettre de rester à l'hôpital jusqu'à ce qu'il soit sans danger pour elle d'en sortir. Le Dr Q. arrive pour remplacer le Dr P. qui rentre chez lui sans avoir parlé à la patiente.
2. M. est un enfant né à la 23^{ème} semaine de gestation. Il est sous oxygène parce que l'état de développement de ses poumons n'est pas complet. De plus il souffre d'hémorragies cérébrales parce que le tissu de ses vaisseaux manque encore de solidité. Il est improbable qu'il survive les 5 prochaines semaines. S'il devait rester en vie, il serait certainement gravement handicapé mentalement et physiquement. L'état de M. s'aggrave alors qu'il développe une infection grave de l'intestin. Il serait possible d'extraire la partie enflammée par une opération ce qui préserverait le peu de chances de survie. Ses parents refusent de donner leur consentement parce qu'ils veulent éviter à M. les souffrances de l'opération et estiment que sa qualité de vie ne sera jamais satisfaisante. Vous pensez comme le médecin traitant qu'il faudrait une opération et vous vous demandez comment faire face au refus des parents.
3. Monsieur S. est marié et père de deux enfants scolarisés. Il est traité dans votre clinique [hôpital] pour une forme de pneumonie qui est souvent associée au SIDA. Les résultats de l'examen sanguin montrent qu'il est séropositif au VIH. Monsieur S. dit vouloir décider par lui-même d'informer ou pas sa femme de l'infection et du moment qu'il juge approprié. Vous lui dites qu'il pourrait sauver la vie de sa femme en se protégeant de l'infection. De plus, il serait important pour elle de faire un test au VIH. En cas de résultat positif, elle pourrait prendre des médicaments pour ralentir la propagation de la maladie et ainsi prolonger sa vie. Six semaines plus tard, Monsieur S. retourne à votre clinique pour une visite de contrôle. En réponse à votre question, il vous dit qu'il n'a pas encore parlé à sa femme. Il ne veut pas qu'elle soit au courant de ses relations homosexuelles et craint qu'elle rompe leur relation et que leur famille soit détruite. Mais pour la protéger, « il n'a eu avec elle que des rapports sexuels sans risque ». Comme le médecin traitant, vous vous demandez si vous devez informer Madame S. de cette infection contre le gré de son mari, pour qu'elle puisse en cas de besoin commencer un traitement.
4. Le Dr R., médecin généraliste dans une petite ville de campagne, est contacté par une organisation de recherche contractuelle (CRO) pour participer à un essai clinique sur un nouveau médicament anti-inflammatoire non stéroïdien [AINS] dans l'ostéo-arthrite. Une somme d'argent lui est offerte pour chaque patient qu'elle inscrit à l'étude. Le représentant de la CRO certifie que l'étude a obtenu toutes les autorisations nécessaires, y compris celle d'un comité d'éthique. Le Dr R. n'a encore jamais participé à une étude et se réjouit de cette opportunité, en particulier de cette somme d'argent supplémentaire. Elle accepte sans se renseigner davantage sur les aspects scientifiques et éthiques de l'étude.

Chacun de ces cas invite à une réflexion éthique. Ils posent tous des questions en rapport avec le comportement et la prise de décision du médecin – non pas des questions scientifiques ou techniques, sur le traitement du diabète ou l'opération d'un double pontage par exemple, mais des questions sur les valeurs, les droits et les responsabilités. Les médecins sont confrontés à ce genre de questions aussi souvent qu'à des questions scientifiques ou techniques.

Dans la pratique médicale, quels que soient la spécialisation et le lieu, certaines questions trouvent plus facilement une réponse que d'autres. Le traitement d'une simple fracture ou la suture d'une déchirure ne présentent que peu de difficultés pour les médecins habitués à effectuer ces interventions. À l'autre extrémité du spectre, il peut y avoir des doutes ou des désaccords importants quant à la manière de traiter certaines maladies, même les plus courantes comme la tuberculose ou l'hypertension. De même, les questions d'éthique médicale ne répondent pas à des défis d'égale nature. Certaines trouvent relativement facilement une réponse, surtout quand il existe déjà un consensus bien défini sur la manière d'agir juste dans une situation donnée (par exemple, le médecin doit toujours demander le consentement du patient se prêtant à une recherche). Pour d'autres, ce peut être plus difficile, en particulier si aucun consensus n'a été élaboré ou encore quand toutes les alternatives présentent des inconvénients (par exemple, le rationnement de ressources limitées de santé).

Donc, qu'est-ce que exactement que l'éthique et comment aide-t-elle les médecins à traiter ces questions ? Dans sa définition la plus simple, l'éthique est l'étude de la moralité – une réflexion et une analyse attentive et systématique des décisions et des comportements moraux, passés, présents ou futurs. La moralité [eths en grec et mores en latin signifie les mœurs] est la mesure de valeur d'une prise de décision et du comportement humain. Le vocabulaire de la moralité comprend des substantifs comme « droits », « responsabilités », « vertus » et des adjectifs comme « bon » et « mauvais », « vrai » et « faux », « juste » et « injuste ». Selon ces définitions, l'éthique est principalement affaire de savoir, alors que la moralité concerne le faire. Le lien étroit qui unit ces deux termes réside dans le souci de l'éthique de fournir des critères rationnels qui permettent de décider ou d'agir d'une certaine manière plutôt que d'une autre.

Alors que l'éthique s'intéresse à tous les aspects du comportement humain et de la prise de décision, elle constitue un domaine d'étude très large et très complexe qui compte de nombreuses branches ou subdivisions. Le thème principal de ce cours est l'éthique médicale, la partie de l'éthique consacrée aux questions morales relatives à la pratique médicale. L'éthique médicale est étroitement liée à la bioéthique (éthique biomédicale), sans toutefois lui être identique. Alors que l'éthique médicale s'intéresse principalement aux problèmes soulevés par l'exercice de la médecine, la bioéthique est un vaste sujet qui concerne les questions morales liées au développement des sciences biologiques de manière plus générale. La bioéthique se différencie également de l'éthique médicale en ce qu'elle ne requiert pas l'acceptation de certaines valeurs traditionnelles qui, comme nous le verrons plus loin, constituent le fondement de l'éthique médicale.

En tant que discipline universitaire, l'éthique médicale a élaboré son propre vocabulaire spécialisé, y compris plusieurs termes empruntés au domaine de la philosophie.

1.1. POURQUOI ÉTUDIER L'ETHIQUE MEDICALE ?

« Tant que le médecin est clinicien expérimenté et compétent, l'éthique n'a pas d'importance ».

« C'est dans la famille et non dans les écoles de médecine que l'on apprend l'éthique ».

« L'éthique médicale s'apprend en observant les médecins confirmés et non par les livres ou les cours magistraux ».

Ce sont là quelques-unes des raisons généralement avancées pour ne pas attribuer à l'éthique un rôle majeur dans les programmes d'enseignement des écoles de médecine. Chacune est en partie recevable, mais en partie seulement. De plus en plus, dans le monde, les écoles de médecine ont conscience de la nécessité d'accorder à leurs étudiants le temps et les ressources suffisantes pour dispenser un enseignement de l'éthique. Elles sont fortement encouragées à œuvrer dans cette direction par des organisations comme l'Association médicale mondiale et la Fédération mondiale pour l'enseignement de la médecine.

L'importance de l'éthique dans la formation médicale deviendra évidente au fil des pages.

Pour résumer, l'éthique est et a toujours été une composante essentielle de la pratique médicale. Les principes éthiques comme le respect de l'individu, le consentement éclairé et la confidentialité constituent le fondement de la relation médecin/patient. Cependant, l'application de ces principes peut parfois poser problème, notamment lorsque les médecins, les patients les membres de la famille et autres personnels de santé ne sont pas d'accord sur ce qu'ils estiment être la bonne manière d'agir dans une situation donnée. L'enseignement de l'éthique prépare les étudiants à reconnaître ces situations difficiles et à y répondre sur la base de principes rationnels. L'éthique est également importante dans les relations du médecin avec la société et avec ses collègues et aussi dans la conduite de recherches médicales.

1.2. ETHIQUE MEDICALE, PROFESSIONNALISME MÉDICAL, DROIT HUMAIN ET DROIT.

L'éthique fait partie intégrante de la médecine, du moins depuis Hippocrate, un médecin grec du Ve siècle av. J.-C., considéré comme le fondateur de l'éthique médicale. L'exercice de la médecine en tant que profession remonte à Hippocrate sur lequel les médecins prêtent publiquement serment de placer les intérêts du patient au-dessus du leur.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

L'étroite relation de l'éthique avec le professionnalisme apparaîtra évidente tout au long de ce cours.

Ces derniers temps, l'éthique médicale a été fortement influencée par l'évolution des droits humains. Dans un monde pluraliste et multiculturel, où les traditions morales sont nombreuses et différentes, les accords internationaux sur les droits humains peuvent constituer le fondement d'une éthique médicale qui soit acceptable par-delà les frontières nationales et culturelles. De plus, les médecins sont souvent confrontés à des problèmes résultant des violations des droits humains, comme la migration forcée et la torture. Ils sont du reste préoccupés par le débat sur la question de savoir si les soins de santé sont un droit humain puisque la réponse apportée dans chaque pays particulier détermine pour une large part le choix des personnes qui auront accès aux soins médicaux. Une grande attention est prêtée aux questions relatives aux droits humains, car elles concernent la pratique médicale.

L'éthique médicale est aussi étroitement liée au droit. Dans la plupart des pays, il existe des lois qui spécifient la manière dont les médecins doivent traiter les questions éthiques relatives aux soins des patients et à la recherche. De plus, dans chaque pays, les organismes délivrant les autorisations d'exercice et les pouvoirs réglementaires sont habilités à appliquer des sanctions aux médecins qui ne respectent pas les principes éthiques. Mais l'éthique et la législation ne sont pas identiques. Souvent, l'éthique énonce des normes plus élevées de comportement que ne le fait une législation. Du reste, les lois diffèrent considérablement d'un pays à l'autre, alors que l'éthique traverse les frontières nationales.

2. PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DE L'ETHIQUE MEDICALE

(Extraits du manuel d'éthique médicale publié par l'Association Médicale Mondiale)

2.1. QUELLE EST LA PARTICULARITÉ DE LA MÉDECINE ?

Il semble que de tout temps et partout dans le monde, le fait d'être médecin a signifié quelque chose de particulier. Le médecin est celui que l'on contacte pour nous aider dans nos besoins les plus pressants – soulager les douleurs et les souffrances, recouvrer la santé et le bien-être. On permet au médecin de voir, de toucher, de manipuler toutes les parties du corps humain, même les plus intimes. Et ce, au nom de la conviction que le médecin agit dans le meilleur intérêt du patient.

Le statut des médecins diffère d'un pays à l'autre, voire même à l'intérieur des pays. En général, cependant, il semble se détériorer. Beaucoup de médecins estiment qu'ils ne sont plus respectés comme autrefois. Dans certains pays, le contrôle des soins de santé est progressivement passé des mains des médecins à celles de bureaucrates ou d'administrateurs professionnels et certains d'entre eux tendent à considérer les médecins comme des obstacles plutôt que comme des partenaires dans les réformes des soins de santé. Les patients qui autrefois acceptaient inconditionnellement les ordres du médecin demandent parfois aujourd'hui que celui-ci justifie ses recommandations lorsqu'elles diffèrent des conseils obtenus d'un autre praticien ou de l'Internet. Certains actes, que seuls des médecins étaient autrefois capables d'exécuter, sont aujourd'hui effectués par des techniciens, des infirmières ou le personnel paramédical.

En dépit de ces changements qui affectent le statut du médecin, la médecine continue d'être une profession tenue en haute estime par les personnes malades qui ont besoin de ses services. Elle continue aussi d'attirer en grand nombre des étudiants fort talentueux, travailleurs et dévoués. Afin de répondre à la fois aux attentes des patients et des étudiants, il importe que les médecins connaissent et démontrent les valeurs fondamentales de la médecine, notamment la compassion, la compétence et l'autonomie. Ces valeurs constituent, avec le respect des droits humains fondamentaux, le fondement de l'éthique médicale.

QUELLE EST LA PARTICULARITE DE L'ETHIQUE MEDICALE ?

La compassion [empathie], la compétence et l'autonomie n'appartiennent pas en exclusivité à la médecine. Cependant, on attend des médecins qu'ils les portent à un degré d'exemplarité plus grand que dans beaucoup d'autres professions.

La compassion, définie comme la compréhension et la sensibilité aux souffrances d'autrui, est essentielle à la pratique de la médecine. Pour traiter les problèmes du patient, le médecin doit reconnaître les symptômes et leurs causes sous-jacentes et vouloir aider le patient à obtenir un soulagement. Les patients répondent mieux au traitement s'ils sentent que le médecin est sensible à leur problème et qu'il soigne leur personne plutôt que leur seule maladie.

Un haut degré de compétence est à la fois attendu et exigé des médecins. Le manque de compétence peut avoir des conséquences graves ou entraîner la mort. Les médecins reçoivent un enseignement long destiné à leur assurer cette compétence, mais vu l'évolution rapide des connaissances médicales, le maintien de ces aptitudes constitue un défi qu'ils doivent relever sans cesse. Du reste, il ne s'agit pas seulement de maintenir un niveau de connaissances scientifiques et de compétences techniques, mais aussi des connaissances, compétences et comportements éthiques, puisque les nouvelles questions éthiques dérivent des changements de la pratique médicale même et de son environnement social et politique.

L'autonomie, ou l'autodétermination est la valeur fondamentale de la médecine qui a connu le plus de changements au cours des dernières années. Les médecins ont, sur le plan individuel, de tout temps bénéficié d'une grande autonomie en matière de traitement clinique du patient. Sur le plan collectif, les médecins ont eu toute liberté de définir les normes de l'enseignement médical et de la pratique médicale. Dans beaucoup de pays, ces deux modes de pratique médicale ont été limités par les gouvernements ou d'autres autorités de contrôle de la profession médicale. Malgré ces défis, les médecins continuent d'accorder une grande valeur à leur autonomie clinique et professionnelle et s'efforcent de la préserver du mieux possible. Dans le même temps, l'autonomie du patient reçoit partout dans le monde une reconnaissance générale de la part des médecins, ce qui signifie que le patient doit être celui qui prend la décision finale sur les questions le concernant. Ce cours donnera des exemples de conflits entre l'autonomie du médecin et le respect de l'autonomie du patient.

Outre son adhésion à ces trois valeurs fondamentales, l'éthique médicale se distingue de l'éthique générale qui s'applique à chacun en ce qu'elle est publiquement professée dans un serment (par exemple **[le Serment d'Hippocrate] ou la Déclaration de Genève de l'AMM**) et/ou un code **[tel le code de Déontologie du Conseil National de l'Ordre des Médecins en Tunisie]**. Ces serments et ces codes, bien que différents d'un pays à l'autre, ont cependant plusieurs points communs, notamment la promesse que le médecin fera prévaloir les intérêts de son patient, s'abstiendra de toute discrimination

sur la base de la race, de la religion ou d'autres droits humains, protégera la confidentialité de l'information du patient et fournira, le cas échéant, les soins d'urgence ou exigés.

DECLARATION DE GENEVE DE L'ASSOCIATION MEDICALE MONDIALE

Au moment d'être admis comme membre de la profession médicale :

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité;

Je témoignerai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus;

J'exercerai ma profession avec conscience et dignité;

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci;

Je respecterai les secrets qui me seront confiés même après la mort du patient;

Je maintiendrai, dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale;

Mes collègues seront mes sœurs et mes frères;

Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'appartenance politique, de race, d'inclinaison sexuelle, de statut social ou tout autre critère s'interposent entre mon devoir et mon patient;

Je garderai le respect absolu de la vie humaine;

Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité, même sous la menace;

Je fais ces promesses solennellement, librement et sur l'honneur.

2.2. QUI DÉCIDE DE CE QUI EST ÉTHIQUE ?

L'éthique est pluraliste. Les individus ne sont pas toujours d'accord sur ce qui est juste ou ce qui est faux, et même quand ils le sont, ce peut être pour des raisons différentes. Dans certaines sociétés, ces différences sont considérées comme normales, chacun étant libre d'agir comme il le veut à condition de respecter les droits d'autrui. Dans les sociétés plus traditionnelles, cependant, l'éthique fait l'objet d'un plus grand consensus et aussi de plus grandes pressions sociales, parfois soutenues par des lois, pour agir d'une certaine manière plutôt qu'une autre. Dans ces sociétés, la culture et la religion jouent souvent un rôle important dans la détermination du comportement éthique.

La réponse à la question de qui décide de ce qui est éthique en général diffère donc d'une société à l'autre, voire au sein même d'une société. Dans les sociétés libérales, les individus ont une grande liberté de décider pour eux-mêmes de ce qui est éthique, même s'il est possible qu'ils soient influencés par leurs familles, leurs amis, leur religion, les médias et d'autres sources extérieures. Dans les sociétés plus traditionnelles, le rôle des familles, des anciens, des autorités religieuses et des leaders politiques dans la définition des valeurs éthiques est généralement plus grand que celui des individus.

En dépit de ces différences, il semble que la plupart des êtres humains soient d'accord avec certains principes éthiques de base, notamment les droits humains fondamentaux proclamés dans la **Déclaration universelle des droits de l'homme** des Nations Unies et par d'autres documents généralement reconnus et officiellement approuvés. Au regard de l'éthique médicale, les droits humains les plus importants sont le droit à la vie, l'absence de discrimination, de torture et de traitement cruel, inhumain ou dégradant, la liberté d'opinion et d'expression, l'égalité d'accès aux services publics et aux soins médicaux.

À la question de savoir qui décide de ce qui est éthique, les médecins donnaient encore, il y a peu, des réponses quelque peu différentes. Au cours des siècles, la profession médicale a énoncé ses propres normes de comportement pour ses membres, sous la forme de codes d'éthique et de déclarations. Au plan international, l'AMM a élaboré un grand nombre de prises de position éthiques recommandant une ligne de conduite aux médecins, quel que soit leur lieu de résidence et de pratique. Dans beaucoup de pays, voire la plupart, les associations médicales ont la responsabilité d'élaborer et de mettre en place des normes éthiques applicables. En fonction de la législation médicale en vigueur dans le pays, ces normes peuvent avoir une valeur juridique.

Cependant, la possibilité pour la profession médicale de définir ses propres règles éthiques n'est jamais apparue comme un privilège absolu. Pour exemple,

- Les médecins ont toujours été soumis à la législation générale en vigueur dans le pays et ont parfois été sanctionnés pour avoir agi contrairement à ces lois;
- Certaines organisations médicales sont fortement influencées par les enseignements religieux qui imposent des obligations supplémentaires à leurs membres, en plus de celles qui s'appliquent à tous les médecins;
- Dans certains pays, les organisations chargées d'énoncer les normes de la pratique des médecins et d'en contrôler l'application comptent aujourd'hui parmi leurs membres un nombre important de non-médecins.

Les directives éthiques des associations médicales sont générales par nature. Elles ne peuvent traiter les cas particuliers que les médecins rencontrent dans l'exercice de leur profession. La plupart du temps, les médecins doivent décider par eux-mêmes de ce qu'il est juste de faire, mais le fait de savoir ce que d'autres médecins feraient en pareils cas peut leur être fort utile. Les codes d'éthique médicaux et les déclarations de principes reflètent un consensus général sur la manière dont les médecins devraient agir et il importe que ces principes soient respectés à moins qu'il existe de bonnes raisons d'agir autrement.

2.3. L'ETHIQUE MEDICALE CHANGE-T-ELLE ?

Certains aspects de l'éthique médicale ont changé au cours des années. Il y a peu encore, les médecins avaient le droit et le devoir de décider du mode de traitement des patients et il n'y avait aucune obligation d'obtenir leur consentement éclairé.

En contraste, la version de 1995 de la **Déclaration des droits du patient** de l'AMM commence par cette affirmation : « la relation entre les médecins, les patients et la société en général a connu ces derniers temps des changements importants. Alors que le médecin doit toujours agir selon sa conscience et dans le meilleur intérêt du patient, il importe par ailleurs de veiller à garantir au patient l'autonomie et la justice ». De nombreux individus estiment aujourd'hui qu'ils sont leurs propres fournisseurs de soins et que le médecin a pour rôle de les conseiller ou de les instruire. Même si cette vision des soins de santé en automédication est loin d'être générale, elle semble progresser et est, en tout cas, symptomatique d'une évolution plus globale de la relation médecin/patient qui provoque des changements dans les obligations éthiques des médecins.

Jusqu'à récemment, les médecins estimaient qu'ils n'étaient responsables qu'envers eux-mêmes, leurs collègues et, pour les croyants, envers Dieu. Aujourd'hui, ils ont aussi des responsabilités envers leurs patients, des tiers comme les hôpitaux, les administrations de soins de santé, les organismes délivrant les autorisations d'exercice et les pouvoirs réglementaires, par exemple, et souvent aussi envers les cours de justice. Ces différentes responsabilités peuvent parfois s'avérer conflictuelles comme le montreront les discussions sur la double allégeance.

L'éthique médicale a également changé en d'autres points. La participation à l'avortement, interdite par les codes d'éthique jusqu'à peu, est maintenant tolérée à certaines conditions par la profession médicale dans beaucoup de pays.

Alors que l'éthique médicale traditionnelle n'exigeait des médecins que leur responsabilité envers leurs patients, il est de nos jours généralement entendu que les médecins doivent également tenir compte des besoins de la société, par exemple, de l'allocation des ressources limitées de santé.

Les progrès de la technologie et des sciences médicales soulèvent des questions éthiques nouvelles auxquelles l'éthique médicale traditionnelle ne peut répondre. La procréation médicalement assistée, la génétique, l'informatisation des données de santé, et la prolongation de la vie, toutes qui nécessitent la participation des médecins, peuvent, selon l'utilisation qui en est faite, s'avérer fort bénéfiques, mais aussi fort préjudiciables pour les patients. Pour aider les médecins à décider de leur participation à ces activités, et de quelles conditions, les associations médicales doivent proposer des méthodes analytiques différentes et ne plus simplement s'en remettre aux codes d'éthique existants.

En dépit des changements manifestes de l'éthique médicale, les médecins sont généralement d'accord sur le fait de ne pas modifier, ou du moins de ne pas devoir modifier, les valeurs fondamentales et les principes éthiques de la médecine. Étant donné la certitude qu'ils seront toujours affectés par les maladies, les êtres humains auront toujours besoin de médecins compatissants, compétents et indépendants pour les soigner.

L'ETHIQUE MEDICALE DIFFERE-T-ELLE D'UN PAYS A L'AUTRE ?

Tout comme l'éthique médicale peut et doit évoluer avec le temps ainsi qu'avec les progrès des technologies et des sciences médicales et aussi des valeurs de la société, elle diffère, pour les mêmes raisons, d'un pays à l'autre. Sur la question de l'euthanasie, par exemple, il existe des divergences d'opinions importantes entre les différentes associations médicales nationales. Certaines la condamnent, d'autres font valoir leur neutralité, et l'une d'entre elles, l'Association médicale néerlandaise, l'accepte à certaines conditions. De même, concernant l'accès aux soins de santé, certaines associations soutiennent l'égalité de tous les citoyens tandis que d'autres sont prêtes à tolérer de grandes inégalités. Certains pays manifestent un grand intérêt pour les questions éthiques soulevées par les avancées de la technologie médicale alors que ces questions ne se posent pas dans les pays qui n'ont pas accès à cette technologie. Dans certains pays, les médecins sont assurés de ne pas être contraints par leur gouvernement de faire quelque chose qui soit contraire aux principes éthiques soulevés par les avancées de la technologie médicale alors que ces questions ne se posent pas dans les pays qui n'ont pas accès à cette technologie. Dans certains pays, les médecins sont assurés de ne pas être contraints par leur gouvernement de faire quelque chose qui soit contraire aux principes éthiques alors que dans d'autres pays ils peuvent avoir des difficultés à faire respecter leurs obligations éthiques, par exemple, le respect de la confidentialité des patients malgré les demandes, par la police ou l'armée, de signalement de blessures « suspectes ».

Bien que ces différences puissent paraître importantes, il existe un nombre plus grand encore de similitudes. Les médecins ont partout dans le monde beaucoup en commun et lorsqu'ils se rassemblent au sein d'organisations **nationales (comme le Conseil National de l'Ordre des Médecins ou Le Comité National d'Éthique Médicale en Tunisie)** ou internationales comme l'AMM, ils parviennent généralement à s'entendre sur des questions éthiques controversées, même si cela nécessite souvent de longs débats. Les valeurs fondamentales de l'éthique médicale comme la compassion, la compétence,

l'autonomie et aussi l'expérience et le savoir-faire des médecins constituent une base solide pour analyser les questions éthiques et parvenir aux solutions qui seront dans le meilleur intérêt du patient, du citoyen et de la santé publique en général.

2.4. LE RÔLE DE L'AMM

Étant la seule organisation internationale cherchant à représenter tous les médecins, quelles que soient leur nationalité ou spécialité, l'AMM a pour rôle d'établir des normes générales d'éthique médicale applicables à l'échelle mondiale. Depuis sa création en 1947 elle s'emploie à prévenir la résurgence de comportements contraires à l'éthique tels ceux des médecins de l'Allemagne nazie ou d'ailleurs. La première tâche de l'AMM a été d'actualiser le serment d'Hippocrate avec pour résultat, la **Déclaration de Genève**, adoptée par la deuxième Assemblée de l'AMM, en 1948. Le texte a été, depuis lors, plusieurs fois révisé, dont dernièrement en 2005. Sa deuxième tâche a été d'élaborer un Code international d'éthique médicale, adopté par la troisième Assemblée générale en 1949 et révisé en 1968 et en 1983. Ce code est actuellement en cours de révision. Puis l'AMM s'est employée à développer des directives éthiques pour la recherche sur des sujets humains. Ces travaux demandèrent beaucoup plus de temps que les deux précédents et il fallut attendre 1964 pour que la Déclaration d'Helsinki soit adoptée. Ce document fut aussi l'objet de révisions périodiques, dont la dernière remonte à 2000.

Outre ces déclarations éthiques de base, l'AMM a adopté des prises de position sur plus d'une centaine de sujets dont la plupart sont de nature éthique. D'autres textes concernent les questions médico-sociales, y compris l'enseignement médical et les systèmes de santé. Chaque année, l'Assemblée générale de l'AMM révisé quelques déclarations existantes et/ou adopte de nouveaux textes.

3. LA RELATION MÉDECIN/PATIENT

(Extraits du manuel d'éthique médicale publié par l'Association Médicale Mondiale)

La relation médecin/patient basée sur «un contrat de confiance» est la pierre angulaire de la pratique médicale et donc de l'éthique médicale. Comme indiqué précédemment, le Serment d'Hippocrate et la Déclaration de Genève demandent au médecin de professer «je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci» et le Code International d'Éthique Médicale déclare que «le médecin devra à ses patients la plus complète loyauté, ainsi que toutes les ressources de sa science».

Par ailleurs, l'interprétation traditionnelle paternaliste, de la relation médecin/patient, selon laquelle le patient se soumettait aux décisions du médecin, a été radicalement rejetée ces dernières années au nom du droit autant que de l'éthique. Étant donné qu'un nombre de patients n'est pas capable ou ne souhaite pas prendre des décisions au sujet des soins médicaux les concernant, l'autonomie du patient est très souvent aléatoire. D'autres aspects de la relation sont tout aussi problématiques, notamment l'obligation pour le médecin de préserver le secret professionnel dans une ère d'informatisation des données médicales et de gestion des soins.

Différentes situations problématiques sur le plan éthique peuvent se poser au médecin dans sa pratique quotidienne :

- La communication
- La confidentialité
- La prise de décision des patients incapables
- Les questions relatives au commencement et à la fin de la vie
- Le respect et l'égalité de traitement

3.1. COMMUNICATION ET CONSENTEMENT

Le consentement éclairé est l'une des notions essentielles de l'éthique médicale actuelle. Le droit du patient de prendre des décisions des soins de santé le concernant a été consacré dans le monde entier par des décisions juridiques et éthiques la Déclaration de l'Association Médicale Mondiale (AMM) sur les droits des patients affirme :

« Le patient a le droit de prendre librement des décisions le concernant. Le médecin l'informerá des conséquences de ses décisions. Tout adulte compétent a le droit de donner ou de refuser de donner son consentement à une méthode diagnostique ou thérapeutique. »

Une bonne communication entre le médecin et le patient est une condition essentielle du consentement éclairé. Lorsque le paternalisme médical était encore considéré comme normal, la communication était relativement simple puisqu'elle consistait en un ordre du médecin donné au patient de se soumettre à tel ou tel traitement. Aujourd'hui la communication exige beaucoup plus des médecins. Ils doivent fournir aux patients tous les renseignements dont ils ont besoin pour prendre une décision. Cela signifie qu'ils doivent expliquer dans un langage simple le diagnostic et le pronostic d'une maladie et la nature des traitements médicaux complexes. Ils doivent également confirmer ou corriger les renseignements obtenus par d'autres moyens (un autre médecin, des revues, l'Internet, etc.), s'assurer que les patients comprennent les

choix de traitement possibles, y compris pour chacun, leurs avantages et leurs inconvénients, répondre à leurs éventuelles questions et comprendre la décision du patient, quelle qu'elle soit, et si possible, les raisons qui l'ont motivée. Il n'est pas 102 naturellement donné à tout le monde de bien communiquer et cette aptitude doit être maintenue et développée par des efforts conscients et assidus.

3.2. LA CONFIDENTIALITÉ

Le devoir du médecin est de garder confidentiels les renseignements concernant le patient est, depuis le serment d'Hippocrate, une pierre angulaire de l'éthique médicale. Le consentement éclairé est l'une des notions essentielles de l'éthique médicale actuelle. Le serment d'Hippocrate déclare « Introduit à l'intérieur des maisons, ma langue taira tous les secrets qui me seront confiés et mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ». La plupart des codes nationaux et internationaux rappellent ce principe ; cependant, certaines situations rejettent le caractère absolu de la confidentialité. Aussi le fait qu'il soit permis de parfois violer le principe du secret professionnel nécessite des éclaircissements sur la notion même de confidentialité.

Trois principes président à la valeur particulière de la confidentialité : l'autonomie, le respect d'autrui et la confiance. L'autonomie est liée à la confidentialité en ce que les renseignements personnels appartiennent en propre à l'individu et qu'ils ne doivent pas être portés à la connaissance d'autrui sans son consentement. Lorsqu'un individu révèle des renseignements personnels à un médecin, un étudiant en médecine ou à une infirmière, par exemple ou lorsqu'un examen médical fait apparaître certains renseignements (séropositivité au VIH...), il importe que ceux-ci soient tenus secrets par celui qui en a connaissance à moins que l'intéressé n'en permette la divulgation.

L'importance de la confidentialité tient aussi au fait que les êtres humains sont en droit d'être respectés. Une des façons de leur témoigner ce respect est de préserver leur vie privée. Dans le milieu médical, notamment hospitalier, la vie privée risque d'être compromise et il importe de déterminer avec précision les renseignements personnels qu'un patient souhaite communiquer et ceux qu'il souhaite communiquer à d'autres.

La confiance est essentielle dans la relation médecin/patient. Afin de recevoir des soins médicaux, les patients doivent communiquer des renseignements personnels aux médecins des renseignements dont ils souhaiteraient que personne d'autre n'en prenne connaissance. Ils doivent avoir de bonnes raisons de faire confiance à leur soignant pour ne pas divulguer ces informations. S'ils ne sont pas certains que leurs révélations seront gardées secrètes, les patients peuvent ne pas donner de renseignements personnels les concernant, ce qui peut gêner les médecins dans leurs efforts d'intervenir efficacement ou d'atteindre certains objectifs de santé publique (cas des infections sexuellement transmissibles ou d'autres pathologies).

La Déclaration de l'AMM sur les droits du patient résume le droit du patient à la confidentialité comme suit :

- Toute information identifiable concernant l'état de santé, les circonstances médicales, le diagnostic, le pronostic, le traitement du patient et toute autre information doit rester confidentielle, même après sa mort. Exceptionnellement, les descendants peuvent avoir un droit d'accès aux informations susceptibles de révéler les risques qu'ils encourent pour leur santé.
- L'information confidentielle ne peut être divulguée qu'à la condition expresse que le patient en donne le consentement ou qu'à condition que la loi l'autorise expressément [cas des maladies infectieuses à déclaration obligatoire ou des maladies professionnelles]. Elle ne peut être divulguée aux autres prestataires de soins sur la base de « besoin de savoir » à moins que le patient n'en donne son consentement explicite.
- Toutes les données identifiées concernant le patient doivent être protégées. Cette protection doit correspondre à leur forme de stockage. Les substances humaines [prélèvements sanguins] à partir desquelles ces données sont identifiées doivent également être protégées.

Comme l'affirme cette déclaration, il existe des exceptions au principe de respect de la confidentialité. Si certaines situations ne posent pas de problème, d'autres soulèvent d'importantes questions éthiques pour les médecins.

3.3. LA PRISE DE DÉCISION POUR DES PATIENTS INCAPABLES

Beaucoup de patients ne sont pas capables de prendre des décisions par eux-mêmes. Par exemple, les très jeunes enfants, les personnes atteintes de certaines maladies psychiatriques ou neurologiques et les personnes temporairement inconscientes ou dans le coma. Ces patients ont besoin d'un représentant légal qui sera soit le médecin soit une autre personne. Cependant, la désignation d'un représentant légal compétent et le choix des critères permettant de prendre une décision au nom du patient incapable soulèvent des problèmes éthiques.

Lorsque le paternalisme médical prévalait encore, le médecin était censé être le représentant légal approprié. Les médecins pouvaient consulter les membres de la famille. Pour choisir le traitement, mais la décision finale leur revenait. Les médecins ont progressivement perdu ce pouvoir dans beaucoup de pays, étant donné que les patients ont maintenant la possibilité de nommer leur représentant légal qui décidera à leur place quand ils auront perdu la capacité de le faire eux-mêmes. De plus certains Etats spécifient les représentants légaux appropriés dans un ordre décroissant (par exemple, le mari ou la femme, l'enfant adulte, les frères et sœurs).

La Déclaration de l'AMM sur les droits du patient indique le devoir du médecin en pareil cas :

« Si le patient est inconscient ou incapable d'exprimer sa volonté, le représentant légal doit lorsqu'il le peut et lorsque la loi le permet, faire connaître son consentement éclairé. Si en l'absence du représentant légal, il y a nécessité urgente d'intervention médicale, le consentement du patient sera présumé, à moins que sur la base d'une conviction ou ferme déclaration préalable, il ne soit évident et indéniable qu'il aurait dans pareil cas refusé l'intervention » [cas du don d'organe par exemple...]

Des problèmes surgissent lorsque les personnes qui prétendent être les représentants légaux compétents, par exemple les différents membres d'une famille, ne sont pas d'accord ou, si elles le sont, leur décision n'est pas selon le médecin dans le meilleur intérêt du patient. Dans le premier cas le médecin peut jouer un rôle de médiateur, mais si le désaccord persiste, il faudra envisager d'autres solutions, par exemple : laisser l'aîné de la famille décider ou bien de recourir au vote... En cas de désaccord entre le représentant légal et le médecin, **la déclaration sur les droits du patient** recommande que « lorsque le représentant légal ou la personne autorisée par le patient refuse un traitement qui, de l'avis du médecin, s'avère être dans le meilleur intérêt du patient, le médecin devrait contester cette décision devant une institution légale ou autre appropriée ».

3.4. LES QUESTIONS RELATIVES AU DÉBUT ET A LA FIN DE LA VIE

En éthique médicale beaucoup de questions importantes concernent le début et la fin de la vie. Elles seront simplement citées dans ce cours et feront l'objet d'un approfondissement ultérieurement.

A. AU DÉBUT DE LA VIE :

- **La contraception et l'avortement** représentent un choix pour les couples et individus de contrôler leur fertilité; ils sont régis par des textes législatifs, mais certaines situations (mineurs, consentement du partenaire...) peuvent poser des problèmes éthiques.
- **La procréation médicalement assistée** : certains couples ne peuvent pas concevoir naturellement et il existe de multiples techniques médicales d'assistance à la procréation, tels l'insémination artificielle, la fécondation in vitro et le transfert d'embryon... ou même parfois de « mères de substitution », ce qui ne va pas sans poser des problèmes éthiques et moraux... surtout en cas d'utilisation des embryons surnuméraires pour la recherche.
- **Le dépistage génétique prénatal** : des tests génétiques sont disponibles pour détecter certaines anomalies génétiques d'un embryon ou d'un fœtus (trisomie 21) ou pour connaître le sexe de l'enfant à naître; les décisions prises d'arrêter ou non la grossesse posent dans ces cas de nombreuses questions éthiques...

B. A LA FIN DE VIE :

Les questions relatives à la fin de vie concernent :

- La tentative de prolonger la vie des personnes mourantes au moyen de hautes technologies expérimentales telles que l'implantation d'organes d'animaux ou autres traitement expérimentaux.
- La tentative de terminer prématurément la vie par l'**euthanasie et le suicide médicalement assisté**.

Entre ces deux extrêmes, de nombreuses questions se posent, concernant la mise en place ou le retrait de traitements susceptibles de prolonger la vie, les soins aux patients en phase terminale (chimiothérapie anticancéreuse)...

3.5. LE RESPECT ET L'ÉGALITÉ DE TRAITEMENT

L'idée selon laquelle tous les êtres humains ont droit au respect et à une égalité de traitement est relativement récente. L'ère de l'esclavage et des colonisations étant passablement révolue, le 20^{ème} siècle atteste un développement considérable du concept d'égalité, en termes de droits humains. L'une des premières mesures de l'organisation nouvellement établie des Nations Unies a été d'énoncer la **Déclaration universelle des Droits de l'Homme** (1948) qui déclare dans l'article 1 : « tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits ». Bien d'autres instances nationales et internationales ont publié des déclarations de droits, soit pour tous les êtres humains ou citoyens d'un pays, soit pour certains groupes d'individus (les droits de l'enfant, les droits du patient, les droits du consommateur...). De nombreuses organisations ont aussi été constituées dans le but de promouvoir l'application de ces déclarations. Pourtant, malheureusement, les droits humains ne sont toujours pas respectés dans beaucoup de pays.

La profession médicale a eu pendant longtemps des vues contradictoires sur l'égalité et les droits du patient. D'un côté, il était dit au médecin de ne pas « permettre que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'inclinaison sexuelle ou de statut social puissent s'interposer entre son devoir et son patient » (**Déclaration de Genève**). Dans certaines situations particulières, les médecins revendiquaient le droit de refuser un patient, à l'exception des cas d'urgence. Bien qu'il existe parfois des raisons légitimes à un tel refus, comme un emploi du temps chargé, le manque de qualifications techniques, les médecins peuvent facilement, même s'ils n'ont pas à se justifier, pratiquer la « discrimination » sans être tenus pour responsables. La conscience du médecin, plutôt que le droit ou les pouvoirs disciplinaires, est ici le meilleur moyen d'empêcher la violation des droits humains. Au total, on retiendra qu'« un médecin qui veut terminer une relation avec son patient doit être prêt à justifier sa décision, à lui-même, au patient et, le cas échéant à un tiers. »

ANNEXES

QUELQUES AUTRES TEXTES ILLUSTRANT LA COMPLEXITÉ DE LA RELATION MÉDECIN/PATIENT ET DE L'ÉTHIQUE MÉDICALE

Que représente le malade aux yeux du médecin ?

(Extraits des conférences de Léon Schwartzberg et de Pierre Viansson-Ponte)

Quand ils parlent de nous, les médecins disent : « mes » malades. Nous leur appartenons en effet et si bien qu'il faut beaucoup d'audace, lorsqu'on a « son » médecin, pour oser en changer. Parfois, sans malice, l'un d'eux laisse échapper : « j'ai un client qui... » Il arrive aussi que nous soyons désignés, mais de préférence hors de notre présence, par le nom de l'affection dont nous souffrons : « j'ai en ce moment un diabétique, ou un tuberculeux qui ne va pas fort. » À la limite, c'est l'organe lui-même qui prend notre place : « Dans mon service, il y a un rein... ». Et même : « Il m'est rentré une belle tumeur hier soir. »

Aucun de ces termes ou de ces choix n'est tout à fait innocent, aucun n'est vraiment satisfaisant. Client, cela sonne comme si la médecine était un commerce, et elle l'est d'ailleurs à sa manière, mais il ne faut pas le dire. Nommer la maladie, l'organe atteint, l'anomalie, cela peut être imprudent si l'intéressé est censé ne pas savoir ; et puis, à quoi bon lui rappeler sans cesse de quoi et d'où il souffre, il ne le sait que trop. À l'hôpital, parler du numéro 23 ou du fémur du 32, c'est démoralisant. Il fallait trouver autre chose : un terme assez vague pour recouvrir tous les degrés et toutes les formes de désordres, assez feutré pour être accepté et dont la connotation soit plutôt de nature optimiste, réconfortante, engageante. On a vu alors apparaître dans le langage courant la traduction littérale du terme américain « doctor's patients » (les clients du docteur), adopté d'enthousiasme bien qu'il n'ait pas en français le même sens, et c'est ainsi que nous sommes devenus des patients.

Ah ! Patients, oui, nous le sommes ! Le mot dit tout. Il nous intime d'avoir à prendre patience : ce n'est qu'un mauvais moment à passer. Après, nous serons guéris. Ou morts, mais de toute façon ce sera terminé. Nous appeler des patients, c'est aussi reconnaître implicitement qu'on use et parfois abuse de notre endurance, de notre persévérance, de notre résignation. Patienter, prendre patience, s'armer de patience, cela se conjugue. Laisser faire, se contenir, s'accoutumer, attendre, durer, accepter : on n'en finirait pas de recenser les analogies.

À l'hôpital, la situation n'est pas claire. Ils sont là, cinq, dix, en blouse blanche, autour du maître. Et vous, vous êtes devant eux, tout seul, tout nu, livré. Le maître explique, montre, touche, tâte. Il parle de vous en vous nommant « sujet », même pas patient !

Voici qu'à leur tour les étudiants du premier rang vous tripotent, vous palpent, vous reniflent. Non, pas comme ça : la main ici, et surtout bien à plat. C'est mieux. À vous maintenant. Bon. Vous, vous pouvez vous rhabiller. Ce que vous avez ? Eh bien, vous allez maintenant vous rendre à la radio, avec la fiche que je vais remplir et que vous leur donnerez. Puis au laboratoire d'analyses, mais ils vous feront revenir demain matin à jeun. Et dans quinze jours, revenez nous voir, ici, à la consultation, et on vous dira ce que vous avez.

Doit-on dire la vérité au malade ?

Ou Le Jeu de la Vérité

(Extraits des conférences de Léon Schwartzberg et de Pierre Viansson-Ponte)

Au bout du compte, que se passe-t-il, entre cette sacrée vérité et ce respectueux mensonge ? Aux États-Unis, on le sait, les médecins disent souvent tout et des spécialistes ont étudié les effets de la révélation. En Grande-Bretagne, vérité aussi, mais à moitié, et pas systématiquement. Partout ailleurs, le mensonge est la règle : en Union soviétique, au Japon, en Espagne, en Allemagne, en Italie...

Comment réagissent aux États-Unis les malades avertis qu'ils sont atteints d'un cancer, ce mal porteur de mort ? Les études faites à ce sujet indiquent que le malade ainsi prévenu passe par six étapes successives.

Premier stade, le refus : il n'est pas possible que j'aie une maladie aussi grave. Le médecin doit se tromper. Je vais en consulter un autre, faire d'autres examens. Cet amaigrissement de dix kilos, c'est plutôt de la malnutrition ou un accident dû à la fatigue, aux soucis. De toute manière, cela ne peut pas m'arriver à moi.

Deuxième stade, la révolte : pourquoi est-ce que cela m'arrive à moi et pas au salopard d'en face qui en fait voir à sa femme ? Ou à ce politicien véreux qui vole allégrement ses concitoyens ? À tous ces criminels, à ces gens ignobles qui continuent à vivre en bonne santé ?

Troisième stade, le marchandage qu'il vaut mieux appeler le combat (on est bien obligé, malheureusement, d'en passer par là) : Si je coopère avec le médecin, si je prends bien les médicaments qu'il me donne, si j'accepte l'intervention chirurgicale ou les séances de rayons, je peux gagner. Il faut que je gagne. Mais le marchandage peut aussi revêtir une forme plus sommaire : Si je me conduis bien avec les miens, avec Dieu...

La quatrième phase survient, c'est le chagrin, presque le désespoir : on pense à tout ce qu'on risque de perdre, aux personnes aimées qui ont disparu. Le malade est déprimé, il s'isole, pleure, se plaint. Cette étape peut se combiner avec la suivante pour n'en former qu'une seule.

Cinquième stade, une période de griefs, d'agressivité vis-à-vis de la famille ou des amis qui essayent de réagir contre la tristesse et la dépression du malade en affichant une fausse bonne humeur : « Allons, mon vieux, ça ne va pas si mal ! » Pas si mal pour qui ? Pour vous peut-être, car pour moi... Il devient, paraît-il, nécessaire à ce moment de permettre au malade de se dissocier de la vie, avant la dernière étape.

Sixième et dernier stade, l'acceptation : elle fait dire à certains, rares : je pense que c'est un miracle. Je suis prêt maintenant, je vais bientôt être soulagé.

En France, de telles études n'ont pu être entreprises, car nous n'avons pas encore – et c'est heureux – d'experts de la mort, de thanatologues. Cependant, l'attitude dominante observée chez les malades s'apparente toujours à l'une de ces cinq réactions.

Le refus : Tel philosophe va lui-même poser son propre diagnostic, après la lecture attentive d'ouvrages médicaux dont il a tiré une explication ingénieuse, mais fausse, prenant en compte sous une autre optique tous les symptômes qu'il observe sur lui-même.

Le regret : Tel excellent journaliste français, soigné et opéré aux États Unis à plusieurs reprises, irradié, sait depuis le début qu'il a un cancer. Rentré et soigné en France, on constate bientôt des métastases pulmonaires, signe que la fin approche. On lui conseille de reprendre un peu son travail, puis d'aller se reposer pour soigner ses poumons, sans lui dire explicitement que c'est encore le cancer. Un traitement améliore passagèrement son état. Puis il n'y a plus rien à faire et il meurt. Une de ses consœurs a écrit un très bel article louant son courage, soulignant combien les médecins américains ont eu raison de lui dire la vérité puisqu'il y a puisé la force de n'arrêter son activité professionnelle qu'à la toute dernière extrémité. Quelques mois plus tard, l'un de ses meilleurs amis, qui avait partagé un appartement avec lui pendant ces trois années aux États Unis, rencontre le médecin français et lui confie : « vous ne pouvez pas imaginer ce que cela a été pour lui de savoir. Horrible. Il a souffert atrocement pendant trois ans de savoir qu'il avait un cancer et qu'il allait en mourir. »

La dépression : Tel grand physicien découvre la vérité dans son dossier après trois ans d'évolution de la maladie et se suicide la nuit même. Tel psychanalyste, désespéré ne reprend confiance qu'après révision –mensonge- du diagnostic dans un sens plus favorable.

La volonté d'oubli : Tel psychologue se sait porteur d'une leucémie chronique depuis cinq ans et ne pense, lorsque la fin approche, qu'à se guérir d'une jaunisse à laquelle il attribue tous ses ennuis de santé.

Le « comme si » : Deux jeunes Américains de quinze et de trente ans, mis au courant dans leur pays et venus se faire traiter en France, réclament malgré l'aggravation de leur état, une explication optimiste.

Toutes ces attitudes au fond se ramènent à une seule : la quête d'un espoir et la misère de l'âme quand l'espoir est perdu.

La différence entre les comportements ainsi schématisés aux États Unis et en Europe tient à l'idée admise par les Américains et rejetée par les Européens qu'un jour l'homme pourra accepter de mourir, ce qui correspondait aux vues de certaines peuplades dites primitives (« quand je serai mort, toi tu prendras mon pied ou ma main, toi ma tête »).

Pour les Américains il n'existe pas de problèmes posés à l'homme qui ne puissent un jour être résolus. Ils pensent que s'il peut aller dans la Lune, connaître l'espace, l'homme parviendra un jour à accepter de mourir. Et supposant le problème résolu comme il doit l'être plus tard, pourquoi ne pas sauter les étapes et le résoudre maintenant ?

En Europe, à l'opposé on pense que certains problèmes sont si complexes et douloureux qu'ils ont peu de chances de recevoir une solution et qu'en attendant, mieux vaut les nier.

On avance parfois l'idée qu'il y a des malades auxquels on peut dire la vérité et d'autres qui ne doivent pas la connaître parce qu'ils ne pourraient la supporter. Mais qui en décidera ? Qui pourra en juger sinon le malade lui-même ?

De toute façon, ce n'est pas simple, ce n'est jamais simple. Et si, maintenant, je suis déterminé à dire la vérité à tous ceux qui veulent la connaître, je suis incapable de juger, de condamner ceux qui, comme ce fut mon cas pendant quinze ans, refusent absolument de la dire.

Essayons de passer brièvement en revue les attitudes possibles, illustrées par des phrases qui ont effectivement été prononcées.

La vérité toute crue, saignante : Mon vieux, vous avez un cancer. Si vous voulez essayer de guérir, il vous soigner.

Le mensonge tout net, blanc : Ce n'est rien du tout, une petite opération abdominale et vous serez guéri. Le malade se réveille avec un anus artificiel, ouverture provisoire qu'on refermera dans un an.

Ces deux attitudes sont condamnables parce qu'elles sont toutes deux systématiques. Ce sont des paroles de technicien médical et non d'homme. On se débarrasse en fait du malade qu'on plonge dans l'angoisse dans le premier cas et qu'on range sur une voie de garage dans le second, quitte à trouver dans quelques mois une explication sur mesure aux nouvelles douleurs, aux nouveaux maux, etc.

Comme dans la vie rien n'est tout à fait blanc, ni tout à fait noir, il y a aussi ce qu'on peut appeler la réponse nuancée, légèrement en deçà du mensonge ou au-delà de la vérité, qui finissent par se joindre sur la fine crête du respect humain : votre moelle osseuse fonctionne mal elle est en quelque sorte désorganisée, elle ne fabrique plus que des mauvaises cellules qu'il faut éliminer à l'aide de moyens efficaces, mais dangereux. Le mensonge est fait de telle manière qu'il peut être percé.

« C'est une leucémie ? »

- Oui, en quelque sorte.

- Quelle sorte ? Qu'est-ce que cela veut dire ? Que va-t-il arriver ?... »

Ou bien, simplement : « Bien, Docteur. Merci ».

Le malade ne veut pas en savoir plus.

Un autre médecin dira : Vous avez une tumeur au sein. On ne peut évidemment pas savoir, avant de l'avoir enlevée, si c'est une tumeur bénigne, un fibrome, un adénome ou si c'est une tumeur maligne, un cancer. Désirez-vous qu'on vous le dise ?

Il arrive que les malades répondent : Non. Traitez-moi, mais ne m'en parlez pas. La conduite est guidée.

Mais si au contraire le malade veut savoir la vérité et la demande, il vaut mieux éviter de lui répondre : ça dépend, quelle vérité ? Il y a vérité et vérité. Propos truqueurs. Quand on dit cela, c'est toujours un mensonge. Il n'y a qu'une vérité, celle que vous savez et que vous cachez. La question n'est pas : « dites-moi la vérité », mais « que me cachez-vous » ?

En vérité- et le mot utilisé ici dans sa valeur exhaustive, le plus proche possible de sa signification profonde tentative de dévoilement de la réalité des choses- en vérité, lorsque le malade souhaite connaître « la vérité », il sous-entend : « pourvu qu'elle soit bonne ! » sur le stade, lorsqu'on dit : « et que le meilleur gagne ! », cela s'accompagne toujours du souhait : « Et que le meilleur soit évidemment mon champion, mon équipe ! »

Qu'il me dise la vérité, mais que celle-ci ne soit pas trop mauvaise. Derrière le diagnostic : « vous avez un cancer » se cache en réalité le risque : « vous pouvez en mourir. » Là, le devoir du médecin est simple, presque tracé, il ne peut rien affirmer parce que nul ne sait, ni lui, ni personne. Il ne connaît pas l'avenir et il existe toujours, sauf à la phase ultime, la possibilité de rémissions imprévisibles. Prédire : « vous en avez pour six mois, ou pour un an, ou pour trois semaines » est toujours un mensonge. Le recours aux statistiques est également un piège : « vous avez 10 % de chances de vous en sortir » ne veut rien dire. Le malade ne connaît en effet ni les neuf autres qui sont dans son cas ni les quatre-vingt-dix malheureux qui n'y sont pas. C'est lui qui est en cause et, pour lui, c'est du 100 %. Sa vie ne se découpe pas en pourcentage comme les actions en Bourse ou les chances des chevaux au tiercé.

Les médecins qui croient avoir un ordinateur dans la tête et la tête à la place du cœur se trompent sur tous les plans : dans leurs prévisions parce que cet ordinateur de la vie et de la mort n'est jamais infaillible. Dans leur comportement parce qu'ils répondent à l'attente de la vie et de sa chaleur par un calcul glacé.

INTRODUCTION A L'ETHIQUE MEDICALE

(Texte rédigé par une équipe de psychiatres de l'Hôpital Razi. La Manouba)

1. GÉNÉRALITÉS :

« Ethos » signifie en grec « comportement », « manière de vivre ». L'éthique est donc la façon dont on doit se comporter, ce qu'il faut faire ou ne pas faire.

Le dictionnaire LAROUSSE définit **l'éthique** comme l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite d'un sujet. La **morale** étant l'ensemble des principes admis par un peuple ou individu à une époque donnée. La finalité de l'éthique est le bien commun, celle de la morale correspond aux obligations de la personne.

L'éthique médicale encore appelée BIOÉTHIQUE constitue de ce fait l'ensemble des questions susceptibles de se poser aux médecins et aux biologistes dans l'exercice de leur profession.

Le don de sang, d'organes, de sperme, d'ovules, d'embryons, le prêt d'utérus, sont, en tant que tels, des gestes de générosité, des manifestations de solidarité humaine, mais certaines des pratiques qui en découlent bouleversent nos conceptions morales, nos principes concernant le respect de la vie, le droit de la personne, le droit sur la personne.

Le décalage entre les principes moraux et les techniques biomédicales s'accroît. Faut-il s'en tenir aux simples morales civile ou religieuse ? Faut-il élaborer des législations spécifiques ?

De tels développements nous conduisent aujourd'hui bien plus qu'hier à nous interroger sur la valeur de nos actes et sur leur finalité.

2. LE SERMENT D'HIPPOCRATE :

Depuis des millénaires, les médecins ont éprouvé le besoin d'avoir à leur disposition des règles propres à ordonner leur exercice et leurs rapports confraternels. De même que depuis l'antiquité, les devoirs et les droits des médecins ont eu être énoncés.

La première trace écrite de cette juridiction se retrouve dans le Code d'HAMMOURABI, roi de Babylone, de 1793-1750 av. J.-C. Ce code se présente comme une série de 282 articles de jurisprudence, dont certains, prévoient les obligations du médecin, la notion de faute médicale, celle de dommage de réparation.

C'est à HIPPOCRATE (460-377 AV.JC) que l'on doit les préceptes de déontologie inscrits dans le serment que doit prononcer le praticien avant d'exercer : **le respect du malade, le respect des maîtres, le respect du secret professionnel et enfin le respect inaliénable de la vie humaine.**

Le médecin qui prête serment aujourd'hui réalise en fait un acte symbolique, car la complexité de la médecine actuelle pose bien plus de questions qui exigent autant de réponses. C'est pour cette raison que tous les ordres médicaux disposent de ce qu'on appelle un CODE DE DÉONTOLOGIE.

3. LE CODE DE DÉONTOLOGIE :

Du grec « Deon-ontos » : devoir, et « logie » : science, la déontologie se définit comme l'ensemble des règles et des devoirs qui régissent une profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et leurs clients et le public (Larousse). Plus qu'un **ensemble de règles morales**, la déontologie est une juridiction.

Le code de déontologie tunisien régit effectivement toutes ces questions. Parmi les 108 articles qui ont une vocation de loi et qui sont tous importants, certains méritent d'être mis en exergue. Ils concernent :

A. L'obligation du secret professionnel :

« Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés » (serment d'Hippocrate).

Le secret professionnel institué dans l'intérêt des malades s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le malade doit être assuré que les confidences qu'il fait au médecin, que les constatations révélées par l'examen de son corps sont garanties par l'observance stricte du secret. « Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance, et de confiance sans secret ».

Le mode d'exercice actuel augmente considérablement les occasions d'enfreindre le secret médical. C'est ce qui se passe surtout dans les hôpitaux où le respect du secret médical est difficile, car de nombreuses personnes, qui n'ont pas prêté le serment d'Hippocrate, peuvent consulter le dossier. Le personnel doit être informé qu'il ne doit pas donner de renseignement, ne pas répondre aux sollicitations de la famille directement ou par téléphone.

Toute violation du secret médical constitue non seulement une atteinte à la dignité du malade, mais peut lui créer les préjudices moraux ou matériels.

B. L'obligation d'assistance à personne en danger :

L'obligation est faite, au médecin, d'assister tout malade quel que soit son sexe, sa race ou sa région, etc. Ce que Pasteur exprimait de la sorte : « je ne te demande pas qui tu es, ni ta race, ni ta religion, mais quelle est la souffrance ». Le serment de Genève réaffirme, en 1948, cette obligation : « le médecin ne permettra pas que des conditions de religion, de race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre son devoir et le patient ».

4. LES GRANDES INTERROGATIONS ACTUELLES :

Les interrogations actuelles peuvent globalement être classées dans trois grands registres : celui des techniques biologiques, celui des essais thérapeutiques et celui des choix politiques en matière de santé.

A. Éthique et techniques biologiques :

1. La question de la **mort** est soulevée par les progrès en **anesthésie réanimation** qui peuvent maintenir « en vie » sous monitoring une personne au cerveau irrémédiablement lésé, et ce pendant des mois, voire des années. Elle confronte le médecin à de graves questions éthiques :

- * où est la frontière entre l'« acharnement thérapeutique » et l'euthanasie ?
- * à quel moment un réanimateur a-t-il le droit de « débrancher » un tel malade.
- * s'il devait le faire, ne serait-il pas jugé coupable d'euthanasie ?

Dans son sens étymologique, le mot euthanasie veut dire littéralement « bonne mort », c'est-à-dire sans souffrance. Sur le plan de l'éthique, Bacon posait déjà la question essentielle : « L'homme a-t-il le droit d'abrégé la vie de son prochain ? ».

Certes pas, et le médecin moins que tout autre. En tout état de cause, la motivation utilitaire est insoutenable, qui fait intervenir la qualité de la vie récupérée pour justifier l'abandon des incurables, pourrait venir le tour des anormaux, les handicapés, des arriérés mentaux, puis des vieillards.

Face au grave dilemme que posent les incurables, le médecin doit agir, librement, en accord avec sa conscience ; il est le seul juge de leur particularité ; et c'est là sa servitude et sa grandeur.

2. Questions soulevées par les **prélèvements, les dons et les greffes d'organes.**

Les prélèvements d'organes pour transplantation représentent un des exemples les plus significatifs des problèmes moraux, sociaux et juridiques nouveaux suscités par les progrès de la technique médicale. Ils heurtent un des principes les mieux ancrés de l'humanité, celui du respect des morts, et posent avec une acuité particulière la question de la définition de la mort.

Les dons d'organes posent également de difficiles questions éthiques tant au niveau du respect de l'intégrité du corps qu'au niveau des probables préjudices que peut encourir un donneur (exemple : le rein), ou qu'à celui du choix du receveur.

3. Interrogations éthiques liées au **diagnostic prénatal précoce** :

L'échographie obstétricale, l'amniocentèse, les progrès de la génétique permettent de diagnostiquer précocement de nombreuses maladies, tant héréditaires que congénitales.

De telles connaissances placent la médecine devant de nouvelles interrogations éthiques :

- * comment informer la gestante ?
- * jusqu'où peut aller le souci de la vérité ?
- * comment évaluer les dommages psychologiques que peut entraîner cette information ?
- * quelle conduite à tenir devant un fœtus atteint de malformations handicapantes ?

Cette dernière interrogation suscite bien entendu une réflexion approfondie sur le concept d'EUGÉNISME. L'eugénisme est la science qui recherche les conditions les plus favorables pour la reproduction.

a. L'eugénisme négatif est préventif :

- * Avant la grossesse grâce aux conseils aux couples. Il s'agit de déceler un risque prévisible lié à la naissance précédente d'un enfant malformé, soit d'une grossesse tardive. En aucun pays, il n'existe de législation interdisant le mariage de personnes que menace la mise au monde d'une progéniture tarée.
- * Pendant la grossesse grâce au diagnostic prénatal. Dans les familles à risque, le dépistage est essentiel.

Lorsque maladies ou malformations sont découvertes, le médecin est confronté à un choix : ou soigner le fœtus, ou accepter d'interrompre la grossesse, c'est-à-dire réaliser un acte de mort. Le problème éthique est d'autant plus délicat que nous savons de mieux en mieux accueillir et traiter les enfants malformés à la naissance. On peut aussi craindre que l'on demande une interruption volontaire de grossesse pour malformation mineure et curable : un bec-de-lièvre par exemple. On peut encore redouter qu'un état, dans le but de réduire des individus déficients qui sont à la charge de la société, ne soit tenté de prendre des mesures autoritaires telles que : l'obligation de se soumettre à un conseil génétique, l'attribution ou non du droit d'avoir un ou plusieurs enfants en fonction du résultat aux tests eugéniques, et même la stérilisation eugénique. H. Bentley Grass ne craint pas d'écrire : « Les dirigeants de l'avenir décréteront que les parents n'ont pas le droit d'encombrer la société avec des enfants malformés ou inaptes intellectuellement. »

b. L'eugénisme positif :

Il correspond à la sélection des géniteurs, des germes ou des gènes.

* La sélection des **géniteurs** est connue et très pratiquée chez les animaux.

La planification de l'accouplement de l'homme est plus difficile à admettre malgré les déclarations et les propositions de certains savants. J.C. Crick (prix Nobel 1962) a suggéré d'introduire dans la nourriture un produit qui rendrait stérile, quitte à donner aux seuls individus jugés de procréer une substance antagoniste de la première. En Allemagne hitlérienne, dès 1933, des textes législatifs organisaient la stérilisation de certaines ethnies : juifs, tziganes, l'accouplement de porteurs de « bons caractères raciaux ».

* La sélection des **germes**, spermes ou ovules soulève des problèmes moraux et juridiques. Verra-t-on un véritable marché, un catalogue, des donneurs de sperme. Le 3 mars 1980, un journal américain signalait que des femmes « d'une intelligence exceptionnelle » avaient été fécondées par des spermatozoïdes provenant d'une banque de sperme dont les donneurs sont tous prix Nobel. Cette affaire a provoqué chez certains l'hostilité, chez d'autres le scepticisme, soit qu'ils soutiennent que l'intelligence n'est pas héréditaire, soit qu'ils jugent l'expérience aléatoire dans ses résultats.

* La sélection des **gènes** : avec notamment les thérapies géniques.

Des protocoles sont déjà prêts pour utiliser la génothérapie dans le traitement du diabète, des leucémies, des cancers...

Est-il envisageable que, dans le cadre d'une eugénique sélective, on puisse un jour, par greffe génétique, corriger au niveau des ovules ou des spermatozoïdes les anomalies chromosomiques et ainsi prévenir les maladies héréditaires ? Est-il envisageable que l'on puisse un jour les doter de gènes porteurs de capacités intellectuelles ou de qualités physiques exceptionnelles.

4. Questions soulevées par la **procréation** :

* **La contraception et l'interruption de grossesse** mettent en question nos conceptions sur le respect de la vie et des droits de l'homme.

La stérilisation anticonceptionnelle par ligature des trompes chez la femme ou des canaux déférents chez l'homme, surtout pour la première est très répandue dans les pays à très grande expansion démographique. Elle est interdite dans certains pays et considérée comme une mutilation sanctionnée par les articles du Code pénal.

L'I.V.G. a été légalisée en France en 1975, sous réserve d'être réalisée que dans les dix premières semaines de la grossesse et dans certaines conditions de « détresse » qui peut être matérielle (situation économique, nombre d'enfants, logement), familiale (mère célibataire, divorcée), ou psychologique (viol, conflit du couple, psychose). En Tunisie, l'I.V.G. est autorisée par la loi du 26 mars 1974, sans condition, lorsqu'elle est pratiquée dans les trois premiers mois de la gestation. Au-delà de ce délai, elle n'est permise que pour des raisons qui engagent le pronostic vital, fonctionnel ou psychique de la mère.

Sur le plan éthique, deux questions reviennent sans cesse : quand commence la vie ? Et quand l'avortement provoqué devient-il un infanticide ?

Le commencement de la vie humaine ne correspond pas à la séparation de l'enfant d'avec le corps de la mère, mais un moment de la vie intra-utérine variable selon les auteurs et les opinions.

Le problème est qu'au lieu d'être exception, l'avortement a été banalisé. Trop souvent, on le confond avec une méthode contraceptive. Une nouvelle moralité s'est créée. « Ce qui est légal est devenu moral ».

* **La procréation médicalement assistée :**

- L'insémination artificielle :

Elle pose un problème éthique essentiellement en ce qui concerne la filiation.

Si le sperme est du mari, la filiation est incontestable. S'il est d'un donneur, l'enfant est légitime, mais la filiation est plus fragile puisque le mari n'est pas le père génétique. Les enfants conçus par ces techniques peuvent avoir des problèmes psychologiques.

- La fécondation in vitro (le « bébé-éprouvette ») ou fécondation hors de l'organisme féminin :

Louise Brown est le premier bébé éprouvette, né le 25 juillet 1978.

La fécondation in vitro ne pose pas de gros problèmes d'éthique si l'on s'en tient à la formule : « l'enfant a droit à deux parents de sexe différent »

Toutefois, des cas particuliers se sont présentés, telle l'insémination après la mort du père, qui au préalable avait porté son sperme au centre de conservation et l'insémination de femmes de détenus.

Évidemment, il est exclu de l'étendre aux couples homosexuels et aux femmes seules.

- Le prêt d'utérus (les mères porteuses) : La question d'éthique se pose dans le sens de la filiation « psychologique », pour ne pas évoquer ici les questions juridiques du droit à l'héritage et du droit de la mère porteuse de garder le bébé si elle souhaite.

B. Éthique et recherche :

La recherche biomédicale impliquant des sujets humains est régie par des directives internationales élaborées conjointement par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) et par le COIM (Conseil des Organisations internationales des Sciences Médicales).

Ces directives ressortent un certain nombre de concepts dont les importants sont :

- individus et groupes sociaux vulnérables;
- le consentement éclairé.

1. Individus et groupes sociaux vulnérables :

- * **Les enfants** ne doivent jamais participer comme sujets à des recherches que l'on pourrait aussi bien effectuer sur des adultes et ne devront en aucun cas participer comme sujet à des recherches ne révélant aucun avantage pour eux. Les enfants peuvent être sujets de recherche pour des maladies spécifiques de l'enfance. Dans tous les cas de consentement éclairé d'un parent ou d'un tuteur légal est indispensable de même qu'est fortement souhaitable la coopération volontaire de l'enfant.
- * **Femmes enceintes et mères allaitantes** : Ces personnes ne peuvent en aucun cas être les sujets de recherche dépourvues de finalité thérapeutique et comportant une possibilité de risque pour le fœtus ou le nouveau-né.
- * **Les malades mentaux** et les déficients mentaux.
- * **Les sujets** occupent une place **subalterne** dans un groupe fortement hiérarchisé (soldats, étudiants...).
- * **Les prisonniers.**
- * Sujets des **communautés en développement.**

2. Le consentement éclairé :

La déclaration d'Helsinki II stipule que les sujets humains ne devront être utilisés dans la recherche médicale que si l'on a obtenu leur « consentement libre et éclairé » après les avoir informés de manière adéquate sur l'expérimentation, à savoir :

- ses objectifs;
- ses méthodes;
- ses bénéfices escomptés;
- ses risques potentiels.

Les questions éthiques soulevées par ce concept tiennent dans les variations que peut subir la notion de « libre et éclairé ».

En effet, comment expliquer à un citoyen moyen, voire analphabète, la méthodologie d'une recherche expérimentale.

Comment être sûr qu'il a bien compris la finalité de cette recherche et surtout les risques potentiels que peut faire encourir cette recherche.

Ce sont de telles interrogations que se posent les chercheurs du monde entier en face d'un protocole expérimental.

Devant la diversité des positions individuelles et la part de subjectivité inhérente à ces positions, la nécessité de créer des comités d'éthique est apparue.

On appelle **Comité d'Éthique** un groupe de personnes comprenant des scientifiques renommés, des juristes, des hommes de religion ou de culture.

Ce comité est appelé à se prononcer sur le caractère éthique ou non d'une recherche. Ce comité est appelé à se prononcer sur le caractère éthique ou non d'une recherche. À l'heure actuelle, toutes les grandes recherches médicales menées dans le monde occidental doivent bénéficier de l'aval de tels comités.

Cependant même les comités d'éthiques peuvent rencontrer des problèmes de conscience insolubles. Le grand dilemme consistant dans les conflits de compétence qui peuvent naître de la rencontre des instances morales avec les instances juridiques. Faut-il légiférer en matière de recherche au risque d'appauvrir cette dernière ? Faut-il comme cela a été le cas par le passé, laisser à la conscience morale le dernier mot ?

C. Éthique et choix politiques en matière de santé :

Toutes les questions éthiques que nous venons de soulever rencontrent en fait une exigence fondamentale : celle des choix en matière de santé.

En effet la santé publique a un coût, et tous les pays du monde sont conduits à évaluer leurs choix, celui-ci étant guidés par des obligations éthiques qui passent souvent inaperçues au regard du grand public, voire de nombreux techniciens de la santé.

Dans un pays en développement où la mortalité infantile avoisine les 60 %, quel choix doit être prioritaire ? Celui qui consiste à développer les structures de soins de base où se font les vaccinations, la lutte contre les maladies pulmonaires, les diarrhées, ou bien celui qui consiste à fournir du matériel hyper sophistiqué à un service dit de pointe qui traitera quelques rares cas ?

Faut-il lutter contre la malnutrition qui touche une grande part de la population ou créer des services de réanimations parentérales dont profiteront quelques cas ?

Faut-il choisir la lutte systématique contre le rhumatisme articulaire aigu ou développer la greffe du rein ?

Autant de cas, autant de problèmes. Les choix ne sont pas aussi faciles qu'on peut l'imaginer a priori, car aux yeux de l'Éthique chaque vie est importante.

Mais l'Éthique en matière de choix sanitaires n'incombe pas qu'aux responsables ; chaque médecin est en fait responsable.

Toute prescription médicamenteuse, toute exploration biologique, tout examen complémentaire doit faire l'objet d'une interrogation éthique intime.

Un médicament coûteux non indispensable, un examen complémentaire superflu, etc. sont pourvoyeurs de dépenses inutiles, voire dangereuses pour l'économie générale de la santé.

Toutes ces réflexions montrent que la médecine est indissociable de la morale c'est ce que chaque médecin ne doit jamais oublier.

5. CONCLUSION :

Le médecin est un citoyen comme les autres, soumis aux devoirs de tous.

Son métier ne lui vaut aucun privilège, bien au contraire.

Il exerce une fonction incomparable. L'éthique médicale est plus exigeante que celle que des codes juridiques ont pu définir.

La profession médicale est belle entre toutes, car, avec elle, on aborde les plus grands mystères de la vie et tous les actes sont des gestes d'amour de son prochain.

« Le plus grand bien de la vie, c'est l'amour de sa profession. »

MONTESQUIEU

« Dieu, remplis mon âme d'amour pour l'art et pour toutes les créatures »

MAIMONIDE

MODULE SCIENCES HUMAINES

PR. MERYEM SELLAMI

Objectifs du cours :

Au terme de ce cours, l'étudiant.e sera en mesure de :

Séance 1 :

- Percevoir le corps comme une entité psychique et sociale singulière.
- Comprendre les implications culturelles et sociales de la maladie et de la santé.
- Distinguer le sens différent que peut revêtir la douleur selon les cultures.

Séance 2 :

- Déconstruire la notion de « normal » et de « pathologique » en médecine.
- Saisir la dimension qualitative de la maladie.
- Saisir l'importance de la prise en compte de la subjectivité du/de la malade dans la relation médecin-patient.e

Séance 3 :

- Distinguer l'éthique de conviction (le déontologisme) de l'éthique de responsabilité (le conséquentialisme).
- Comprendre l'éthique comme la responsabilité qu'on ressent face à la vulnérabilité de l'autre.

Les activités d'apprentissage nécessaires sont :

- Exposé sur les définitions des notions du corps, de la santé, de la maladie et de l'éthique.
- Lecture des textes, extraits de livres et éclaircissement des notions théoriques.

SÉANCE I : INTRODUCTION AUX HUMANITÉS

1)- LE CORPS :

Au regard des différentes cultures, il existe une myriade de représentations du corps humain qui diffèrent dans le temps et dans l'espace. De cette diversité de représentations deux paradigmes fondamentaux se dégagent¹ :

- Selon le premier paradigme : le corps se dissocie d'une « âme ». Plusieurs sociétés ont adopté ce paradigme à l'instar de l'Occident depuis Platon. Elles dissocient l'« âme » de son support corporel. Cette dissociation corps/âme a été reprise par le Christianisme et les religions du Livre, comme en attestent la Bible et le Coran.

- Le second paradigme réfère aux systèmes culturels qui, eux, vont considérer l'Homme comme un « microcosme » qui est une réplique de l'univers, le « macrocosme ». Le corps serait en effet la quintessence de l'univers. Et cette doctrine se retrouve aussi consignée dans des textes canoniques comme les Upanishads védiques.

Aussi, de nombreux récits cosmogoniques² font naître l'Homme de la terre. D'autres cosmogonies, au Tibet par exemple, expliquent la naissance du monde à partir d'un être cosmique ou d'un œuf englobant l'ensemble.

En tout état de cause, dans toutes les cultures, l'image du corps est celle de quelque chose d'ouvert sur le monde et il y a souvent des composantes externes de la personne : une seule âme, âmes multiples, souffle (*ennafs* en arabe), ombre, alter ego, âme sœur...

Pour l'anthropologue spécialiste du corps David Le Breton : « Les représentations du corps forment à l'échelle du monde une nébuleuse d'images nourrissant les interventions thérapeutiques les plus opposées. Selon les sociétés, l'homme est créature de chair et d'os, régie par les lois anatomo-physiologiques ; lacis de formes végétales comme dans la culture Canaque³ ; réseau d'énergie comme dans la médecine chinoise qui rattache l'homme à la manière d'un microcosme à l'univers qui l'englobe ; etc... » (Le Breton, 2004).

Le corps est le sujet-même de la culture. « Il reproduit à une petite échelle les pouvoirs et les dangers qu'on attribue à la structure sociale » (Douglas, 2005). Il est matière à symbolisme car c'est le modèle de tout système fini.

Le corps constitue un puissant instrument de repérage des coordonnées spatio-temporelles. Chez les Dogons, il est le support des définitions des directions cardinales. Il est aussi le lieu de l'inscription de la religion, de l'appartenance à une ethnie ou à une caste, de la différence sexuelle ou de genre. Exemples : circoncision, excision, perçage du lobe des oreilles, etc...).

- Le corps est aussi un instrument politique. L'instrument du « biopouvoir ». Le biopouvoir est un concept du philosophe Michel Foucault à travers lequel il désigne le pouvoir sur la vie : la vie des corps et celle des populations. Ce pouvoir va s'exercer à travers une biopolitique. Ce terme « biopolitique » désigne tous les dispositifs à travers lesquels le pouvoir, à partir du VIII^{ème} siècle va gouverner l'ensemble des vivants à partir des questions de santé, d'hygiène, d'alimentation, de sexualité, devenues de nouveaux enjeux politiques. Par exemple : la question récente de la vaccination anti-covid, la politique de planification familiale en Tunisie à partir de l'indépendance, la santé sexuelle et reproductive, l'avortement, la PMA, l'euthanasie, le classement de l'homosexualité comme une maladie jusqu'en 1992...relèvent de la biopolitique.

Dans les sectes, chez les sportifs de haut niveau, ou parfois dans les académies militaires, les corps sont soumis à une discipline stricte afin de les rendre dociles. En réalité, cette discipline inclut tous les corps à partir du moment que nous vivons en société, à des degrés différents. Les normes de la minceur, le jeunisme (culte de la jeunesse), les normes esthétiques du beau et du laid, la médecine, constituent autant d'éléments de cette discipline.

Si tous les corps portent la trace de la biopolitique d'une société donnée à un moment donné de son histoire, tous les corps servent aussi d'enveloppe au monde intérieur. Le corps est aussi cette frontière entre le dedans et le dehors. Le lieu d'ancrage de l'identité complexe au sens d'Edgar Morin, c'est-à-dire le lieu d'étagage des différentes identités sexuelles, d'appartenance ethnique ou nationale mais aussi l'identité subjective. Il est l'interface entre le Moi et le non-Moi. Le premier support du psychisme et des affects. Pour Freud, le premier moi est un « Moi-corps ». Au regard de la théorie

¹ Cf. Bonte Pierre, Izard Michel, Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie, Paris, Presses Universitaires de France, 2013.

² Cosmogonie est un récit mythologique qui décrit la création de l'univers et de l'Homme, la plus célèbre étant celle d'Hésiode (VII^{ème} siècle avant J-C).

³ Peuple autochtone mélanésien français de Nouvelle-Calédonie.

psychanalytique de Didier Anzieu, le corps constitue le support du sentiment d'identité : le « Moi-Peau ». Il est le contenant des affects et des ressentis. Et cette fonction du Moi-Peau se développe par un double appui biologique et social. L'appartenance à un groupe social « se marque par des incisions, scarifications, peintures, tatouages, maquillages, coiffures et leurs doublets que sont les vêtements » (Anzieu, 1995). Mais la peau est aussi la surface où on peut inscrire ses affects, les ressentir, exprimer sa souffrance. Quand nous avons mal au monde, le cœur, l'estomac, l'intestin, le dos... ont mal. Et quand nous avons mal au dos, à la poitrine, aux jambes, etc..., nous avons mal au monde. Le corps et la psyché formant une entité insecable.

2)- LE CORPS EN TUNISIE :

Bien qu'il soit central dans leur relation au monde, le corps n'est jamais explicitement nommé dans le discours des tunisien.ne.s où il se confond constamment avec l'âme. Le terme corps est désigné, dans le dialecte tunisien, par le mot *bdan*. Cependant, il est rarement mentionné comme tel. Pour parler du corps, les tunisien.ne.s emploient constamment le mot *rouhi*, « mon âme ». Cette confusion se retrouve dans plusieurs cultures arabo-musulmanes où, comme l'écrit l'historienne Catherine Mayeur-Jaouen, « corps et âme ne sont jamais vraiment dissociés, mais plutôt unis pour le meilleur et pour le pire ». Dans la langue arabe et dans le Coran, il existe deux termes pour désigner le corps : *Al-jîsm* et *Al-jassad*. Ces deux terminologies, utilisées dans la philosophie arabe, différencient le corps organique et substantiel, *Al-jîsm*, du corps charnel animé par l'esprit, *Al-jassâd*⁴. C'est bien de ce deuxième corps « vivant » et animé, abolissant la dualité corps/âme, dont il est question dans les imaginaires collectifs propres à la culture tunisienne, celui dont parlent les tunisien.ne.s en termes de *rouh*/esprit. Cette unité insécable entre corps et âme fonde les normes corporelles dans les cultures islamiques. Aussi, en Islam, le corps n'appartient jamais à l'Homme, il demeure la propriété de Dieu. L'Homme l'habite et doit en prendre soin. La maladie peut être vécue comme une trahison du corps ou une manifestation de Dieu qui veut mettre la foi du musulman à l'épreuve. Cette représentation spontanée du corps se différencie radicalement du rapport au corps propre à l'Occident post-moderne qui en a fait un objet de faire-valoir, un corps régi par des normes de santé et de jeunesse qui se veut fantasmatiquement éternel.

3)- LA SANTÉ :

« La santé est un état d'équilibre entre un corps (un sujet) et son environnement, social et/ou écologique. L'humanité étant culturellement diverse, l'appréciation de l'état de santé le sera par conséquent aussi. Peut-être serait-il d'ailleurs plus approprié de parler d'homéostasie plutôt que d'équilibre, le premier terme définissant un processus de régulation par lequel l'organisme maintient les différentes constantes de son environnement interne entre les limites des valeurs normales. Du côté des physiciens, la notion d'équilibre ne se caractérise pas en une définition simple mais en une succession de principes, dont celui-ci : « État dans lequel, pour une transformation donnée, le taux d'avancement final dépend de la constance d'équilibre et de l'état initial du système ». Ainsi, la santé sous l'éclairage des physiciens, est un état d'abord relatif (état initial du système) et dynamique où l'équilibre se rompt si l'état initial (le corps, l'organisme) n'accompagne pas la transformation (la maladie). À cet égard, encore faudrait-il que l'ensemble des cultures du monde (passées et actuelles) aient été d'accord sur une même définition de la maladie et surtout de ses causes »⁵.

Dans toutes les sociétés, depuis des temps immémoriaux, on sait que la santé est le bien le plus précieux et on le rappelle dans les vœux annuels que l'on forme pour ses proches autant que dans les salutations du quotidien (« salut et porte-toi bien »). En tunisien, on dit « *yaaatik essaha* ».

Avant que l'Organisation Mondiale de la Santé n'assimile en 1949 la santé au « bien-être complet », voire au bonheur, celle-ci représentait pour la vieille médecine⁶, selon la formule énoncée par le chirurgien René Leriche (1937) : « le silence des organes »⁷.

Pour Didier Fassin, un des précurseurs de l'anthropologie de la santé, « la santé est à la fois un construit social, au sens de ce que les agents traduisent dans le langage de la maladie, et une production de la société, au sens de ce que l'ordre du monde inscrit dans les corps. On peut donc, d'un côté, parler de sanitarisation du social et, de l'autre, de politisation de

⁴ Cf. M-A. Amir-Moezzi (dir), Dictionnaire du Coran, Paris, Robert Laffont, 2009, p. 190

⁵ Froment Alain, Hervé Guy, Archéologie de la santé, anthropologie du soin, Paris, La Découverte, 2019, pp. 14-15.

⁶ La vieille médecine qui a pris fin au 20ème siècle avec l'arrivée des antibiotiques et l'essor de la biologie clinique.

⁷ Ibid.

la santé » (Fassin, 1998). Le corps, lui, est au centre de cette politisation de la santé en tant qu'il « matérialise en chacun de nous l'empreinte de la société et le travail du temps, porte ainsi témoignage, à travers la maladie comme donnée physique et matérielle mais aussi comme récit individuel et collectif » (Fassin, 2005).

4)- MALADIE, ENTRE DOULEUR ET SOUFFRANCE :

En ce qui concerne la maladie, nous usons de notre corps et nous l'usons, parfois sans nous en apercevoir jusqu'à ce qu'une douleur ou un symptôme quelconque nous rappelle à la réalité de notre corps.

« La maladie rend l'Homme plus corporel⁸ ». « La souffrance est une réduction du corps au seul lieu de l'incandescence douloureuse⁹ ». La douleur n'est pas seulement une émotion, elle est aussi une perception. C'est une effraction au cœur du sentiment d'identité qui paralyse la pensée et l'exercice de la vie. S'il y a des souffrances sans douleur, toute douleur implique une souffrance. Chez la personne qui souffre, « le corps s'érige en ennemi sournois et implacable menant sa vie propre »¹⁰.

Plus la société est rationalisée et moins la douleur a de sens. Cependant, Tous les systèmes religieux ont intégré la souffrance dans leur explication de l'univers. La maladie en général recèle en creux la question de l'imperfection de la création. Ils ont cherché à la justifier au nom de Dieu, des Dieux ou du cosmos et à indiquer les manières à travers lesquelles les Hommes devraient l'assumer ou la combattre.

- Dans la tradition biblique, la maladie et la douleur apparaissent après qu'Adam et Ève aient cédé à la tentation du serpent et mangé le fruit défendu. À l'origine, aucune rupture n'existait entre l'Homme et le monde, la douleur est étrangère à l'Éden. En brisant cette unité première, l'Homme va connaître la fragilité de sa forme d'existence nouvelle¹¹.

- Dans la Tradition juive, la souffrance n'est pas une transmutation de l'âme, elle constitue un mal hors de portée de l'intelligibilité, et l'Homme est autorisé à se plaindre s'il se sent injustement frappé. Contrairement à la tradition chrétienne, la pensée juive est étrangère à l'ascèse et à la mortification. S'infliger une douleur pour se rapprocher de Dieu n'a pas de sens pour un juif. La douleur est à combattre.

- Dans la tradition chrétienne, la douleur est assimilée au péché originel et elle en fait une donnée inéluctable de la condition humaine. Elle n'est pas un châtiment divin infligé aux moins méritants des Hommes. Après la passion du Christ, elle devient l'opportunité de participer à sa souffrance sur la Croix. L'acceptation de la douleur constitue une forme possible de dévotion qui rapproche de Dieu. (Il faut toutefois marquer la différence entre tradition catholique et protestante qui, avec la Réforme, a considéré la souffrance comme une épreuve qui vient tester la foi du fidèle).

- L'islam a renoué avec la tradition juive dans sa conception de la douleur. La douleur est prédestinée. Le/la malade n'est marqué.e d'aucune faute. Dieu a également donné à l'Homme les moyens de soulager sa douleur par la médecine et la prière. La douleur n'est pas un lieu de mûrissement de l'âme. Le dolorisme est inconnu de l'islam (là encore il y a une nuance entre le sunnisme et le chiisme).

- La douleur méritée des spiritualités orientales : Bouddhisme et Hindouisme inscrivent la souffrance au cœur de leur métaphysique. Les douleurs de l'Homme sont associées sans ambiguïté aux conséquences de ses fautes accumulées lors de son karma (existence sous différentes formes). La douleur est le chemin vers la délivrance. La disparition de la souffrance marque la fin du cycle des réincarnations et la délivrance par la dissolution.

- Dans le Chamanisme, la douleur peut se soigner dans une négociation entre les Dieux et le chaman. Le chaman représente l'intermédiaire entre les Hommes de son clan et les esprits de la nature, ainsi que les morts, les ancêtres et les enfants à naître. Il est à la fois thérapeute, guérisseur et voyant, il est le dépositaire de la culture du groupe et il a une perception du monde que l'on qualifie aujourd'hui d'holistique. Quand il prend en charge une personne, il la prend comme un tout, comme un individu inscrit dans une lignée et appartenant à une culture bien déterminée.

⁸ David Le Breton, *Expériences de la douleur*, Paris, Métailié, 2010, p. 31.

⁹ Ibidem.

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Cf. David Le Breton, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 2003.

SÉANCE II : LE « NORMAL » ET LE « PATHOLOGIQUE » SELON GEORGES CANGUILHEM (VOIR LE TEXTE 1 DANS ANNEXES)

La maladie a été conçue jusqu'au début du XIXe siècle comme le résultat d'une lésion organique ou tissulaire avec la médecine anatomo-clinique. Au cours du XIXe siècle, avec l'émergence de la physiologie expérimentale, elle a été conçue comme la variation quantitative d'une fonction physiologique. Les maladies étaient alors considérées comme des faits « naturels » et « objectifs ». Cette conception a écarté le rôle des jugements de valeur (aussi bien ceux des soignant.e.s que ceux des patient.e.s) qui entrent en jeu dans l'appréciation de la maladie. C'est le philosophe, historien des sciences et médecin, Georges Canguilhem qui a montré les limites d'une telle approche. Il s'est posé la question de savoir si l'on pouvait qualifier de « normal » ou de « pathologique » l'état d'un tissu, d'un organe ou d'une fonction organique en les considérant séparément les uns des autres et de la relation du vivant à son milieu. Georges Canguilhem a proposé de concevoir le « normal » et le « pathologique » à partir d'une philosophie de la vie qui prend en compte conjointement les jugements de valeur du/de la patient.e ainsi que les constructions sociales des normes vitales. Sur le plan épistémologique, Canguilhem renverse la perspective objective et strictement factuelle de la maladie en lui préférant une définition individuelle, subjective et qualitative.

1)- LA CRITIQUE DE LA CONCEPTION QUANTITATIVE DE LA MALADIE :

Dans son ouvrage majeur *Le normal et le pathologique*, Canguilhem critique la conception quantitative de la maladie qui était dominante au XIXe siècle. La pathologie était définie comme une variation quantitative par excès ou par défaut (hyper-ou hypo-). Canguilhem va proposer une approche qualitative en terme d'altération d'une fonction ou d'une difficulté, chez le sujet malade, de s'adapter à son environnement (a- dys-). Il critique l'approche quantitative et « scientifique » de Claude Bernard qui aurait confondu les deux sens du mot « normal » : le sens descriptif qui désigne ce qui est fréquent, et le sens prescriptif ou normatif, qui désigne ce qui est préférable. Elle a confondu la norme comme fréquence statistique au sein d'une population, qu'elle a cru pouvoir exprimer par une moyenne, et la norme comme idéal de santé qui ne peut être défini qu'en référence à l'individu dans son milieu. Or, ce qui relève du « normal » pour un individu n'est pas forcément « normal » pour un autre. Le « normal » constitue une valeur de vie définie de manière individuelle et ne peut correspondre à un fait dont on croit qu'il peut être défini et connu de manière objective (les analyses, les imageries, etc...), scientifique et de là, statistique et collective.

Aussi, la variation quantitative d'un taux (par exemple de glucose) ne fait qu'exprimer une altération qualitative du tout de l'individualité et de son comportement. Ce n'est donc que lorsque la nouvelle donne de vie est inférieure à la norme antérieure que l'on peut (toujours après coup) qualifier cette anomalie, cette mutation, de « pathologique ».

La médecine ne peut donc pas se réduire à un savoir objectif, elle ne se réduit pas à une science car son but n'est pas tant d'étudier objectivement un fait biologique que de soigner, réadapter, améliorer, l'état d'une personne en demande de soin. Pour Canguilhem, la réduction de la médecine à une science remonte à la médecine hippocratique et à la constitution de la médecine comme profession : il fallait en effet affirmer la rationalité et la scientificité de la médecine afin de la distinguer de la magie, de la religion ou du charlatanisme. En réalité, il y a eu la médecine car il y avait, d'abord, des personnes en demande de soin. Canguilhem fonde une épistémologie de la médecine définie comme « un art aux carrefours de plusieurs sciences » auxquelles elle ne se réduit pas. Les savoirs objectifs et scientifiques constituent des instruments au service des deux activités essentielles du médecin qui sont :

2)- LE « NORMAL » ET LE « PATHOLOGIQUE » DANS LA RELATION MÉDECIN-PATIENT.E :

Pour Canguilhem, il existe un décalage entre la maladie vécue par le/la malade et la maladie considérée par le/la clinicien.ne. Pour lui, « le fait pathologique n'est saisissable comme tel, c'est-à-dire comme altération de l'état normal, qu'au niveau de la totalité organique et s'agissant de l'homme, au niveau de la totalité organique, consciente où la maladie devient une espèce de mal. Être malade c'est vraiment pour l'homme vivre d'une autre vie, même au sens biologique du mot ¹² ». Le/la malade constitue une totalité indivisible. Le médecin doit se souvenir que le « normal » et le « patho-

logique» constituent des expériences qui engagent la totalité du sujet (biologique, psychique et social), sa *relation au monde et son sentiment de soi*.

- La clinique : ou l'art de comprendre la vie que le sujet éprouve et juge comme normale par lui-même et pour lui-même.
- La thérapeutique : ou l'art de soigner, c'est-à-dire de restaurer ou, lorsque ce n'est pas possible, d'instaurer une nouvelle norme de vie appréciée du sujet.

Ainsi, la clinique et la thérapeutique forment les activités essentielles du médecin et les sciences n'en sont que les auxiliaires. La détermination du « normal » et du « pathologique » ne revient pas aux sciences biologiques, outils indispensables mais insuffisants, mais à la clinique.

Pour Canguilhem, la relation médecin-malade constitue la condition de possibilité de la clinique et de la thérapeutique. Le seul espace où le médecin peut tenter de connaître et de comprendre l'individualité du/de la patient.e, considéré.e dans sa totalité, sa singularité et sa subjectivité, et se mettre à son service. L'entretien clinique, à travers l'examen du corps et l'écoute de la parole, permet au médecin de s'informer sur l'histoire du sujet et ses propres normes de vie. Le médecin tente de connaître ses affects, ses habitudes et ses projets. Il tente de saisir le sens, singulier et évolutif, que le/la patient.e donne à l'épreuve de la maladie. L'objectivation de la maladie rendue possible par les examens complémentaires doit « changer de registre » afin de « se projeter en situation de malade »¹³. « Le médecin doit admettre que le/la malade n'est « ni un objet, ni seulement un terrain où la maladie se développe ou un cas sur lequel un diagnostic est apposé, mais un sujet psychique, conscient et doté d'un inconscient, sentant, désirant, pensant, voulant et s'exprimant »¹⁴. La reconnaissance pleine de la subjectivité du/de la malade constitue la « condition de possibilité d'une relation de confiance- ce que l'on appellerait aujourd'hui l'alliance thérapeutique »¹⁵. Canguilhem caractérise comme suit le médecin : « mon médecin, c'est celui qui accepte de moi que je voie en lui un exégète avant de l'accepter comme réparateur ». Et pour que le médecin puisse interpréter les symptômes, il doit d'abord accepter qu'il est ignorant de la vie et de l'expérience de ce/cette malade. Il doit accepter d'être au premier abord dessaisi de son rôle de « sachant », d'expert exclusif de la maladie, de « docteur » (*doctor* en latin signifiant celui qui enseigne, qui instruit). Seule l'écoute clinique lui permet de reconnaître des signes diagnostiques d'une maladie qui pourra être nommée et ainsi de répondre au premier besoin de sens du/de la malade qui est de savoir de quelle maladie il/elle souffre. Le médecin doit ensuite orienter son action, son projet de soin, en fonction des attentes spécifiques de son/sa patient.e et ne pas lui imposer, par ignorance ou par paternalisme, une vision de la santé ou de la vie qui n'est pas la sienne. La médecine ne devrait pas être une technique de normalisation collective qui est guidée par une norme statistique et un modèle collectif. Il ne peut y avoir de relation de soin qui ne soit consentie par le/la malade et définie en cohérence avec ses normes de vie. C'est le principe éthique d'autonomie. En d'autres termes, la médecine n'a pas à adapter un sujet à la société, à la norme de la santé. Elle doit restaurer la capacité d'un sujet souffrant à réinventer ses propres normes de vie et ainsi d'en devenir l'auteur.ice. La santé étant conçue par Canguilhem, non comme l'absence de maladie, mais comme la capacité d'un sujet total indivisible à réadapter ses propres normes de vie à des réalités biologiques en mutation.

3)- L'IMPORTANCE DE LA PRISE EN COMPTE DE LA SUBJECTIVITÉ DU/DE LA MALADE :

Dans le normal et le pathologique, Canguilhem montre que la conception scientiste de la médecine a conduit à oublier la primauté de la clinique sur la physiologie et les sciences biomédicales. La santé et la maladie constituent d'abord des expériences vécues par les sujets humains avant de devenir des objets de connaissance pour les médecins et les physiologistes. Or, ceux-ci tendent à oublier que les notions mêmes de « normal » et de « pathologique » leur ont été fournies par la clinique et qu'elles sont donc d'origine subjective. Il n'est rien dans la science qui ne soit d'abord apparu dans la conscience. Dans ce sens, « c'est le pathos qui conditionne le logos parce qu'il l'appelle. C'est l'anormal qui suscite l'intérêt théorique pour le normal. Des normes ne sont reconnues pour telles que dans des infractions. Des fonctions ne sont révélées que par leurs ratés. La vie ne s'élève à la conscience et à la science d'elle-même que par l'inadaptation, l'échec et la douleur »¹⁶.

¹² Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris PUF, 1966, p. 49.

¹³ Céline Lefève, « Georges Canguilhem. Se projeter en situation de malade », Céline Lefève, Lazare Benaroyo, Frédéric Worms (dir.), *Les Classiques du soin*, Paris, PUF, 2015, p. 89-104.

¹⁴ Céline Lefève, « Le normal et le pathologique », Collège des Humanités médicales. Médecine, santé et sciences humaines, Manuel, Paris, Les Belles Lettres, 2021, p. 158.

¹⁵ Ibidem

¹⁶ Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, op cit, p. 183.

« C'est donc d'abord parce que les hommes se sentent malades qu'il y a une médecine. Ce n'est que secondairement que les hommes, parce qu'il y a une médecine, savent en quoi ils sont malades »¹⁷.

Le médecin ne doit pas oublier la subjectivité du/de la malade, l'origine de sa souffrance. Il/elle doit observer minutieusement son corps, écouter son discours et ses plaintes car l'expérience clinique démontre toujours, comme le rappelle le chirurgien René Leriche qu' :« il y a en nous, à chaque instant, beaucoup plus de possibilités physiologiques que n'en dit la physiologie. Mais il faut la maladie pour qu'elles nous soient révélées »¹⁸.

Pour Canguilhem, l'objectivité du savoir médical permet au médecin de penser et d'agir avec une certaine rationalité ainsi que de se protéger de ses propres affects et de sa propre subjectivité face à la maladie qui le renvoie à sa propre vulnérabilité, et à sa propre finitude. Cependant, oublier la subjectivité du/de la malade revient à oublier que c'est le/la malade qui appelle le médecin et que la finalité du soin est de répondre à cet appel de l'autre. Si cet appel n'est pas pleinement entendu, le soin peut se muer en violence et déroger aux normes éthiques de bienveillance et de non-malfaisance.

¹⁷ Ibid, p. 205.

¹⁸ René Leriche, Physiologie et pathologie du tissu osseux, Paris, Masson, 1939, p.11.

SÉANCE III : ÉTHIQUE ET RESPONSABILITÉ POUR AUTRUI

1)- L'ÉTHIQUE COMME STRATAGÈME CHEZ SPINOZA :

L'éthique, chez Spinoza, est caractérisée par une persévérance dans l'être ou *conatus*.

La conduite «éthique», selon Spinoza, a pour principe l'effort pour se conserver qui est «la première et unique origine de la vertu ». Cet effort de persévérance dans l'être, en tant qu'il a conscience de soi, est ce que Spinoza appelle le désir. Cet effort se fait selon une stratégie raisonnable car l'Homme n'a pas toujours conscience des affects qui le gouvernent.

En effet, Spinoza dit : « On ne sait pas ce que peut le corps ». Nul ne le sait d'avance, avant la mise en œuvre d'une stratégie concrète, et aucun homme ne le saura jamais s'il n'essaie pas d'aller au bout de « ce qu'il peut ». « Le corps humain, dit Spinoza, peut être affecté en bien des manières qui accroissent ou diminuent sa puissance d'agir »¹⁹. Lorsque l'individu en est la cause adéquate, les affections s'appellent des actions, dans le cas contraire, ce sont des passions.

La stratégie du *conatus*, en tant qu'il est cet effort de l'homme faisant corps d'aller au bout de ce qu'il peut, consistera à toujours tendre vers une plus grande perfection, c'est-à-dire vers plus de réalité.

- La stratégie de fermeté, c'est-à-dire la stratégie du *conatus*, qui est pour Spinoza la tâche proprement éthique, est donc liée chez lui à une certaine pratique de la philosophie. Et cette pratique, qui consiste d'abord à envisager la question éthique sous l'angle de la fermeté, en tant qu'elle est un effort pour expliquer les effets par des causes adéquates : «Le mieux que nous puissions faire, tant que nous n'avons pas une connaissance parfaite de nos affections, est de concevoir une conduite droite de la vie, autrement dit des principes assurés de conduite, de les imprimer en notre mémoire et de les appliquer sans cesse aux choses particulières qui se rencontrent fréquemment dans la vie».

Nous pouvons dire que Spinoza prônait une forme de déontologisme, c'est-à-dire l'importance de se conformer fermement à un code éthique professionnel adéquat et rigoureux. Par ailleurs, La médecine peut être, selon la logique prônée par Spinoza, une manière d'accroître la capacité des corps à être affectés : « Ce qui dispose le corps humain de façon qu'il puisse être affecté d'un plus grand nombre de manières ou le rend apte à affecter les corps extérieurs d'un plus grand nombre de manières, est utile à l'homme; et d'autant plus utile que le corps est rendu par là plus apte à être affecté et à affecter d'autres corps de plusieurs manières; est nuisible au contraire ce qui diminue cette aptitude du corps »²⁰.

Max Weber a établi, quant à lui, deux types d'éthique qui vont du déontologisme à la responsabilité.

2)- ÉTHIQUE DE CONVICTION ET ÉTHIQUE DE LA RESPONSABILITÉ CHEZ MAX WEBER : (VOIR LE TEXTE 2 DANS ANNEXES)

L'éthique de conviction peut relever soit d'une éthique du devoir kantienne qui relève de ce qu'on appelle le déontologisme : La déontologie, en tant que science des devoirs, renvoie cependant aussi à l'éthique professionnelle, à savoir l'étude des normes de comportement spécifiques à une profession particulière. Ces normes sont relatives au bien particulier poursuivi par une profession – la justice pour la magistrature, la bonne santé pour la médecine, par exemple – et sont souvent (mais pas nécessairement) inscrites dans un code de déontologie. Les normes issues de codes de déontologie se distinguent des normes morales générales par le fait qu'elles ne s'appliquent aux personnes que dans le cadre de leur profession. Un certain nombre de professions sont par exemple tenues au secret professionnel. Ces professionnels ne sont cependant pas tenus de garder secret tout ce qui leur est révélé dans leur sphère privée. La déontologie possède donc ici un champ d'application restreint.

Le déontologisme relève donc essentiellement, selon Kant, d'une éthique du devoir selon laquelle nous devons baser nos actions sur des principes, des devoirs ou des impératifs moraux quasi-universels.

L'éthique de conviction peut se vouloir autant une éthique de la vertu au sens d'Aristote: la vertu peut être définie comme la disposition à bien agir, à faire le « Bien ». Cette perspective accorde une grande importance à l'éducation, censée façonner des caractères vertueux afin que les personnes agissent pour les bonnes raisons et de la bonne manière, à cultiver l'agir moral. Et pour Aristote comme pour beaucoup d'autres partisans de l'éthique des vertus, une vie vertueuse contribue à rendre heureux, voire libre.

- L'éthique de responsabilité s'inscrit dans **une logique conséquentialiste** selon laquelle la morale ne se juge pas au fait de se conformer ou pas à des règles de conduite clairement établies mais par rapport aux conséquences des actes accomplis.

3)- ÉTHIQUE ET RESPONSABILITÉ POUR AUTRUI CHEZ EMMANUEL LEVINAS : (VOIR LE TEXTE 3 DANS ANNEXES)

- L'éthique chez Levinas n'est affaire ni de devoirs ni de vertus. Au contraire, parce que la morale est partout bafouée, l'éthique ne sera que la description de la rencontre d'autrui et de l'évidente vulnérabilité qui m'apparaît dans son visage.

¹⁹ Cf. Pierre Gendron, « La philosophie de Spinoza, l'éthique et la vérité », Horizons philosophiques, Volume 5, Numéro 1, automne 1994, p. 116–132.
<https://id.erudit.org/iderudit/800970ar>

²⁰ *Ibid.*

Cette expérience fondamentale du face-à-face engage ma responsabilité sans que je puisse m'en défaire. Avant toute connaissance, avant la politique, **l'éthique est ainsi élevée au rang de philosophie première.**

- L'éthique surgit du visage de l'autre. Ce que le philosophe appelle « visage » ne se réduit ni aux yeux, ni au nez, ni à la bouche. Le visage, selon lui, est d'abord et avant tout « **l'expression d'une vulnérabilité : je suis responsable de mon prochain car la fragilité de son visage m'appelle à l'aide** ». Quand ils expriment cette fragilité la nuque ou le cou peuvent aussi « faire visage ».

- La responsabilité, quant à elle, est la réponse à l'appel de l'autre. Le visage d'autrui où se révèle toute sa vulnérabilité appelle et commande de lui venir en aide. Face à cet appel, Levinas dit : « On ne peut aborder l'autre les mains vides »²¹. Je ne peux m'avancer que dans la mesure où je suis capable de lui donner quelque chose. Sans rien attendre de lui en contrepartie. Cette responsabilité ne connaît pas de limite.

- Pour Levinas, il n'y a pas d'identité sans responsabilité. La responsabilité constitue, pour l'auteur, le fondement de l'identité : « **plus je suis responsable, plus je suis moi !** » et sauver quelqu'un de sa vulnérabilité (sa maladie) c'est sauver l'ensemble des responsabilités qui lui incombent. Nous sommes responsables de la responsabilité d'autrui et nous formons un maillage de responsabilités. Dans ce sens, quand on sauve une vie on sauve aussi d'autres vies.

Par ailleurs, plus une société accorde de l'importance à l'éthique, plus elle va s'atteler à identifier clairement les responsabilités de chacun.e en faisant en sorte qu'elles soient assumées, incontournables.

- Levinas rappelle qu'autrui est sans défense face à sa propre mort et le corps humain dans son entier est un appel, un désir de continuer à vivre qui m'interpelle. **Il est si vulnérable qu'il est à la fois ce que je peux avoir envie de tuer et ce que je ne dois surtout pas tuer. C'est cela la responsabilité : « Je dois répondre à cet appel à l'aide d'une vie que je peux supprimer. Et cet appel est infini ».**

- Dans son livre « Le Temps et l'Autre », Levinas considère la souffrance comme une « absence de tout refuge ». Selon lui, la découverte du visage de l'autre souffrant c'est ce qui révèle au médecin qu'il est médecin.

- Pour Levinas, l'ambiguïté du corps souffrant c'est que tout en étant fermé dans sa souffrance, sa vulnérabilité atteste qu'il est dans l'attente de l'autre. C'est pour cela qu'on parle de « patient.e ». L'emprisonnement en soi est aussi le lieu de l'apparition d'autrui comme promesse salvatrice d'un avenir moins douloureux. « L'aventure de la souffrance²² » peut prendre un sens dans le face-à-face avec autrui. La souffrance, écrit-il, est une « plainte, un cri, un gémissement ou un soupir, appel originel à l'aide, au secours curatif, au secours de l'autre moi dont l'altérité, dont l'extériorité promettent le salut »²³.

« Le médecin est celui qui entend ces plaintes »²⁴. En un sens, il/elle est amené.e à donner plus de poids à l'écoute qu'à la vision, à la rencontre frontale avec la souffrance de l'autre. **Il/elle doit avoir comme ressource non pas seulement une technique purement médicale mais une démarche d'écoute et de compréhension qui le/la pousse à être attentif.ve aux gestes les plus banals, aux silences et aux murmures porteurs d'appels qu'on entend dans les couloirs d'hôpitaux.**

- L'éthique, selon Levinas, « accomplit l'essence critique du savoir »²⁵. Elle convertit le regard dans la parole, interpelle sans cesse la responsabilité du soignant, fait du Visage de l'autre une « figure de veille indispensable au cœur du soin » (Benaroyo, 2021). L'approche levinassienne du soin repose sur l'interaction entre l'interpellation de la souffrance de l'autre et un mouvement de retour sur soi nécessaire à son accueil, soit un mouvement d'hospitalité qui mobilise aussi la vulnérabilité du/de la soignant.e. Il s'agit d'une « visitation » du patient.e et non pas d'une simple visite de procédure. Cette démarche éthique vise à faire advenir l'humanité de l'autre en même temps que ma propre humanité, la responsabilité aussi de l'autre en même temps que ma propre responsabilité. C'est au cœur de ce dialogue entre deux vulnérabilités que la confiance peut prendre naissance.

In fine, la relation médecin-patient.e est une rencontre entre deux vulnérabilités, une rencontre forte néanmoins car ces deux vulnérabilités vont lutter ensemble contre la mort.

²¹ Emmanuel Levinas, *Totalité et Infini. Essai sur l'extériorité*, Paris, Le Livre de Poche, 2004, p. 42.

²² Levinas, « La souffrance inutile » in *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*, Paris, Grasset, 1991, p. 110.

²³ Ibid, pp. 109-110.

²⁴ Levinas, in « L'éthique est transcendance. Entretiens avec le philosophe Emmanuel Levinas » in Emmanuel Hirsch, *Médecine et éthique. Le devoir d'humanité*, Paris, Editions du Cerf, 1990, p. 43.

²⁵ Levinas, *Totalité et infini*, op cit, p. 13.

ANNEXES

TEXTE 1 : « GEORGES CANGUILHEM, LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE, PARIS, PUF, [1966] 2020, P. 199-200 »

« (...) En résumé quand on parle de pathologie objective, quand on pense que l'observation anatomique et histologique, que le test physiologique, que l'examen bactériologique sont des méthodes qui permettent de porter scientifiquement, et certains pensent même en l'absence de tout interrogatoire et exploration clinique, le diagnostic de la maladie, on est victime selon nous de la confusion philosophiquement la plus grave, et thérapeutiquement parfois la plus dangereuse. Un microscope, un thermomètre, un bouillon de culture ne savent pas une médecine que le médecin ignorerait. Ils donnent un résultat. Ce résultat n'a en soi aucune valeur diagnostique. Pour porter un diagnostic, il faut observer le comportement du malade. On découvre alors que tel qui héberge dans son pharynx du bacille de Loeffler n'est pas diphtérique. Inversement pour tel autre, un examen clinique approfondi et très correctement conduit fait penser à une maladie de Hodgkin, alors que l'examen anatomo-pathologique d'une biopsie révèle l'existence d'un néoplasme thyroïdien.

En matière de pathologie, le premier mot, historiquement parlant, et le dernier mot, logiquement parlant, revient à la clinique. Or la clinique n'est pas une science et ne sera jamais une science, alors même qu'elle usera de moyens à efficacité toujours plus scientifiquement garantie. La clinique ne se sépare pas de la thérapeutique et la thérapeutique est une technique d'instauration ou de restauration du normal dont la fin, savoir la satisfaction subjective qu'une norme est instaurée, échappe à la juridiction du savoir objectif. On ne dicte pas scientifiquement des normes à la vie. Mais la vie est cette activité polarisée de débat avec le milieu qui se sent ou non normale, selon qu'elle se sent ou non en position normative. Le médecin a pris le parti de la vie. La science le sert dans l'accomplissement des devoirs qui naissent de ce choix. L'appel au médecin vient du malade. C'est l'écho de cet appel pathétique qui fait qualifier de pathologique toutes les sciences qu'utilise au secours de la vie la technique médicale ».

TEXTE 2 : « MAX WEBER, LE SAVANT ET LE POLITIQUE, PARIS, ÉDITION 10-18, 1963, P. 206-207 »

« Nous en arrivons ainsi au problème décisif. Il est indispensable que nous nous rendions clairement compte du fait suivant : toute activité orientée selon l'éthique peut être subordonnée à deux maximes totalement différentes et irréductiblement opposées. Elle peut s'orienter selon l'éthique de la responsabilité [*verantwortungsethisch*] ou selon l'éthique de la conviction [*gesinnungsethisch*]. Cela ne veut pas dire que l'éthique de conviction est identique à l'absence de responsabilité et l'éthique de responsabilité à l'absence de conviction. Il n'en est évidemment pas question. Toutefois, il y a une opposition abyssale entre l'attitude de celui qui agit selon les maximes de l'éthique de conviction- dans un langage religieux nous dirions : « Le chrétien fait son devoir et en ce qui concerne le résultat de l'action il s'en remet à Dieu »-, et l'attitude de celui qui agit selon l'éthique de responsabilité qui dit : « Nous devons répondre des conséquences prévisibles de nos actes. » Vous perdrez votre temps à exposer, de la façon la plus persuasive possible, à un syndicaliste convaincu de la vérité de l'éthique de conviction que son action n'aura d'autre effet que celui d'accroître les chances de la réaction, de retarder l'ascension de sa classe et de l'asservir davantage, il ne vous croira pas. Lorsque les conséquences d'un acte fait par pure conviction sont fâcheuses, le partisan de cette éthique n'attribuera pas la responsabilité à l'agent, mais au monde, à la sottise des hommes ou encore à la volonté de Dieu qui a créé les hommes ainsi. Au contraire, le partisan de l'éthique de responsabilité comptera justement avec les défaillances communes de l'homme (car, comme le disait fort justement Fichte, on n'a pas le droit de présupposer la bonté et la perfection de l'homme) et il estimera ne pas pouvoir se décharger sur les autres des conséquences de sa propre action pour autant qu'il aura pu les prévoir. Il dira donc : « Ces conséquences sont imputables à ma propre action. » Le partisan de l'éthique de conviction ne se sentira « responsable » que de la nécessité de veiller sur la flamme de la pure doctrine afin qu'elle ne s'éteigne pas, par exemple sur la flamme qui anime la protestation contre l'injustice sociale. Ses actes qui ne peuvent et ne doivent avoir qu'une valeur exemplaire mais qui, considérés du point de vue du but éventuel, sont totalement irrationnels, ne peuvent avoir que cette seule fin : ranimer perpétuellement la flamme de sa conviction.

Mais cette analyse n'épuise pas encore le sujet. Il n'existe aucune éthique au monde qui puisse négliger ceci : pour atteindre des fins « bonnes », nous sommes la plupart du temps obligés de compter avec, d'une part des moyens moralement malhonnêtes ou pour le moins dangereux, et d'autre part la possibilité ou encore l'éventualité de conséquences fâcheuses. Aucune éthique au monde ne peut nous dire non plus à quel moment et dans quelle mesure une fin moralement bonne justifie les moyens et les conséquences moralement dangereuses ».

« Le phénomène premier de la signification coïncide avec l'extériorité. L'extériorité est la signifiante même. Et seul le visage est extérieur dans sa moralité. Le visage dans cette épiphanie ne resplendit pas comme une forme revêtant un contenu, comme une image, mais comme la nudité du principe, derrière lequel il n'y a plus rien. Le visage mort devient forme, masque mortuaire, il se montre au lieu de laisser voir, mais précisément ainsi n'apparaît plus comme visage.

On peut le dire encore autrement : l'extériorité définit l'étant comme étant et la signification du visage tient à la coïncidence essentielle de l'étant et du signifiant. La signification ne s'ajoute pas à l'étant. Signifier n'équivaut pas à se présenter comme signe, mais à s'exprimer, c'est-à-dire à se présenter en personne. Le symbolisme du signe suppose déjà la signification de l'expression, le visage. Dans le visage, se présente l'étant par excellence. Et tout le corps peut comme le visage exprimer, une main ou une courbure d'épaule. La signifiante originelle de l'étant – sa présentation en personne ou son expression – sa façon de saillir incessamment hors de son image plastique, se produit concrètement comme une tentation de la négation totale et comme la résistance infinie au meurtre de l'autre en tant qu'autre, dans la dure résistance de ces yeux sans protection, de ce qu'il y a de plus doux et de plus découvert. L'étant comme étant ne se produit que dans la moralité. Le langage, source de toute signification, naît dans le vertige de l'infini, qui saisit devant la droiture du visage, qui rend possible et impossible le meurtre ».

BIBLIOGRAPHIE :

- ANZIEU Didier, 1985, *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- BENAROYO Lazare, 2021, *Soin et bioéthique. Réinventer la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- CANGUILHEM Georges, 1966, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- FASSIN Didier, 2005, « Les sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie », in Saillant F. et Genest S., *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux. Chapitre 14*, pp. 383-399. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- FASSIN Didier, 2018, *La vie. Mode d'emploi critique*, Paris, Seuil.
- FOUCAULT Michel., 2015, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- FROMENT Alain et GUY Hervé, 2019, *Archéologie de la santé, anthropologie du soin*, Paris, La Découverte.
- LE BRETON David, 2003, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié.
- LE BRETON David, 2010, *Expériences de la douleur*, Paris, Métailié.
- LE BRETON David, 2018, *Sociologie du corps*, Paris, Presses Universitaires de France.
- LEFÈVE Céline, « Georges Canguilhem. Se projeter en situation de malade », in Céline Lefève, Lazare Benaroyo, Frédéric Worms (dir.), *Les Classiques du soin*, Paris, PUF, 2015, p. 89-104.
- LEFÈVE Céline, « Le normal et le pathologique », in Collège des Humanités médicales, *Médecine, santé et sciences humaines, Manuel*, Paris, Les Belles Lettres, 2021, p. 158.
- LERICHE René, 1939, *Physiologie et pathologie du tissu osseux*, Paris, Masson/
- LEVINAS Emmanuel, 2004, *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*, Paris, Le Livre de Poche.
- LEVINAS Emmanuel, 2014, *Le Temps et l'autre*, Paris, Presses Universitaires de France.
- SPINOZA, 2011, *Éthique*, Paris, Le Livre de Poche.
- WEBER Max, 1963, *Le savant et le politique*, Paris, édition 10-18.

ÉVALUATION FORMATIVE

Dans cette matière, l'évaluation des connaissances se fait à travers des questions rédactionnelles ou une analyse d'un texte court. Pour se préparer, l'étudiant.e doit relire le cours ainsi que les annexes et résumer les idées principales de chaque auteur cité. Il/elle doit être capable d'explicitier les idées de l'auteur et de les restituer dans ses propres termes. Par exemple, expliquer dans ses propres termes, en quoi la maladie est d'ordre qualitatif et non quantitatif pour Georges Canguilhem (Cf. Séance numéro 2). Ou encore en quoi la responsabilité constitue, pour Emmanuel Levinas, le fondement de l'identité car chacun.e est responsable de la responsabilité des autres (Cf. Séance numéro 3). Ensuite, il faut étayer l'idée par des exemples concrets. Ces exemples peuvent être tirés de la médecine ou plus généralement de la vie sociale, politique, juridique...comme cela a été fait pendant les TD. Par exemple, pour l'idée de Canguilhem sur le caractère qualitatif et non quantitatif de la maladie, l'étudiant.e peut donner l'exemple des personnes qui vivent «normalement» avec un rythme cardiaque inférieur à 50, ou l'exemple de personnes considérées comme étant «malades» ou «schizophrènes» dans une culture et «saines», voire « bénies », dans une autre... L'étudiant.e est libre de donner les exemples les plus appropriés selon lui/elle à condition que ceux-ci explicitent des idées prédéfinies et clairement énoncées.

MODULE DE COMMUNICATION

PR. MERIEM MOKDAD