

Vie scientifique

« Savoirs incertains et décisions en médecine »

Compte rendu de journée d'étude (Paris, 16 septembre 2005)

Danièle Carricaburu

Sociologue, GRIS, Université de Rouen, rue Lavoisier, 76821 Mont-Saint-Aignan, France

Cette journée était organisée par le Réseau thématique 19, « Santé, médecine, maladie et handicap », de l'Association française de sociologie. Son objectif était d'étudier les effets concrets des principales tensions qui parcourent ou fragilisent les savoirs médicaux depuis quelques décennies. Il s'agissait d'en appréhender les répercussions sur les modalités de décision et d'action des praticiens. La question de l'articulation entre savoirs et décisions est au cœur des sciences sociales et, particulièrement dans le domaine de la médecine, elle ne peut être abordée en dehors de l'incertitude qui lui est inhérente. L'appel à propositions insistait sur la pérennité de la catégorisation de l'incertitude proposée par R. Fox¹ dès les années cinquante et sur l'obsolescence de plus en plus rapide des savoirs, qui ne peut que renforcer les situations d'incertitude auxquelles les professionnels ont à faire face. D'autres facteurs viennent interférer, comme la montée en puissance de la médecine des preuves (« *evidence based medicine* ») face à la tradition clinique, celle des questions éthiques ou du risque médico-légal, le poids grandissant de certaines associations de malades, ou encore la tendance qu'ont les organismes payeurs, publics ou privés, à vouloir encadrer le contenu des pratiques.

Dans un contexte aussi changeant, comment les professionnels de la médecine intègrent-ils les évolutions auxquelles ils sont confrontés ? Comment perçoivent-ils les limites incertaines de leurs savoirs et la légitimité de leurs actions ? Quelles en sont les traductions dans leurs pratiques ? Ou, pour le dire autrement, comment se construisent le jugement et les décisions dans des situations d'exercice de la médecine où les savoirs ne sont pas stabilisés ? Ce sont quelques-unes des questions

auxquelles les chercheurs présents lors de cette journée ont voulu répondre.

Cinq recherches ont été longuement présentées par des doctorants ou des chercheurs confirmés. Si les sociologues étaient majoritaires, d'autres disciplines étaient également représentées. Les travaux exposés, quel que soit leur degré d'avancement, s'appuyaient tous sur des enquêtes de terrain fondées sur différentes techniques : analyse documentaire de dossiers médicaux ou de comptes rendus de réunions, observations de situations de travail, entretiens semi-directifs ou passation de questionnaires.

Quelques figures de l'incertitude

Dans la continuité des travaux de Parsons, et sur la base d'observations menées dans des services de néphrologie et de cardiologie à une époque où les greffes relevaient de l'expérimentation thérapeutique, R. Fox avait proposé de décomposer l'incertitude médicale en trois niveaux : l'incertitude qui résulte d'une maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible ; celle qui dépend des limites propres à la connaissance médicale actuelle ; enfin, celle qui dérive des deux premières, tant il est difficile d'en saisir les frontières. Ces catégories ne sont pas figées et peuvent être spécifiées, afin de rendre compte de l'incertitude créée par le développement incessant de nouveaux espaces de connaissances, souvent à l'articulation de plusieurs disciplines, et l'utilisation croissante de technologies toujours plus spécialisées.

Alors que R. Fox n'aborde pas frontalement la question de l'utilité thérapeutique des pratiques médicales – elle le fait indirectement en évoquant le conflit clinicien/chercheur –, la pratique de certains actes engendre une incertitude qui est loin d'être marginale. En effet,

Auteur correspondant : danièle.carricaburu@univ-rouen.fr

¹ Fox, R., 1988. *L'incertitude médicale*, Paris/Louvain-la-Neuve, L'Harmattan/CIACO.

ces actes peuvent être destinés à établir un diagnostic, comme les tests génétiques, sans forcément qu'il existe un traitement approprié, ou bien à mettre au jour un risque de maladie sans que la prophylaxie soit l'objet d'un consensus, comme la mammectomie en cas de présence du gène BRCA1.

Autre incertitude, celle qui porte sur les objets mêmes de ces pratiques : il ne s'agit pas toujours d'une maladie à proprement parler, mais d'une « prédisposition génétique » ou d'une catégorie nosographique qui peut ne pas être une entité consensuelle, comme l'autisme ou le « syndrome d'alcoolisation fœtale » (SAF), ou encore d'un type d'intervention qui soulève des interrogations de nature « politico-morale », comme l'interruption médicale de grossesse tardive (IMG), difficiles à dissocier d'une réflexion sur le handicap et sur la nature de l'acte lui-même².

Les recherches présentées ont particulièrement exploré les situations où le degré d'incertitude est spécifiquement élevé par rapport aux connaissances stabilisées, transformant en profondeur le travail médical. Elles confortent le constat de l'affaiblissement du modèle traditionnel, tel qu'il a été décrit par Freidson, du médecin décidant seul, sur la base de ses connaissances mais surtout de sa propre expérience clinique. De nouvelles formes de collectifs de travail émergent, permettant aux praticiens qui y participent de se doter d'une autorité cognitive et morale nécessaire à l'élaboration du jugement et à la prise de décision.

Du staff aux collectifs « biomédicaux »

Quelle que soit l'organisation hospitalière, elle produit des configurations collectives que l'on retrouve aussi bien dans le « travail en équipe » que dans les « staffs » réguliers auxquels participent les soignants d'un même service. Plus récemment, des formes collectives extra-hospitalières ont fait leur apparition, comme les réseaux ville-hôpital ou encore les groupes d'experts chargés de mettre au point des normes destinées à encadrer les pratiques. Selon les intervenants, ces évolutions sont sujettes à une double interprétation : pour les uns, elles sont constitutives du mouvement de rationalisation des pratiques médicales et de l'activité hospitalière ; pour les autres, elles font partie de la mise en place du nouveau régime de production des connaissances et des pratiques médicales qu'est la biomédecine, laquelle se caractérise par l'imbrication de la recherche et de la clinique.

² L'interruption médicale de grossesse peut se dérouler à n'importe quel moment dès lors qu'elle « met en péril grave la santé de la femme » ou bien lorsqu'il « existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable » (Art. L. 2213-1 du Code de la santé publique).

Ces deux interprétations ne sont cependant pas exclusives l'une de l'autre. L'une et l'autre concernent des collectifs pluridisciplinaires dans lesquels se retrouvent des professionnels du monde médical : médecins de spécialités différentes, généticiens, psychologues, sages-femmes, etc. ; l'une et l'autre proposent une analyse du rôle que jouent ces nouvelles formes de travail dans les transformations des pratiques biomédicales.

Que ce soit dans le cas de l'IMG ou de la cancérologie, le développement de dispositifs collectifs d'aide à la décision peut être appréhendé comme une réponse médicale à un contexte incertain, tant en ce qui concerne les connaissances que les pressions extérieures (droit des patients, risque médico-légal, contraintes financières, etc.). Par la discussion collective et la référence aux « recommandations pour la pratique clinique » (RPC) que suscite la présentation de chaque cas clinique, les médecins présents ont la possibilité d'intervenir dans l'activité de leurs collègues et de tenter d'influencer leurs pratiques. Ces dispositifs mettent en place une forme de contrôle du travail inhabituelle en médecine dans la mesure où, dans ces collectifs, ce contrôle se produit entre pairs et présente un caractère informel. Ces collectifs n'expriment nullement un affaiblissement de la profession médicale ; bien au contraire, ils participent au processus de légitimation constamment à l'œuvre en médecine.

Corrélativement, on peut considérer que ces collectifs constituent des « communautés épistémiques » qui, à partir de connaissances d'origines diverses, elles-mêmes en cours d'élaboration, façonnent des entités plus ou moins pérennes sur lesquelles se fonde l'intervention clinique. Des incertitudes inhérentes à ces entités instables naissent des questions morales sur ce qui peut ou doit se faire. Ces « collectifs biomédicaux » sont donc des dispositifs de travail qui, en partant des cas cliniques, deviennent producteurs de connaissances et d'interrogations morales, préfigurant peut-être un nouveau régime d'une médecine en pleine mutation.

L'intérêt majeur d'une telle journée d'étude consiste non seulement à faire dialoguer des chercheurs de différentes générations, mais surtout à montrer le dynamisme de la recherche en sciences sociales en train de se faire, une recherche ancrée dans le travail de terrain, centrée sur une médecine « en actes », au plus près des pratiques des professionnels.

Une publication est prévue dans la revue *Sciences sociales et santé*.