

# SHS : santé, savoirs médicaux et société

## OSSIK • COURS 16-01 • LE CORRIGÉ • RÉVISION 0.5

PASS - majeure santé - classement d'après la maquette publique de Paris Cité, sans lien avec l'université. Cours original rédigé avec une IA. Le cours de ta faculté fait foi.

### Sommaire du cours

|                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| Partie 1 • Santé, maladie et normalité : distinguer les questions              | 1  |
| Partie 2 • Construire une connaissance médicale : modèles, preuves et histoire | 6  |
| Partie 3 • Histoire des savoirs et institutions médicales                      | 11 |
| Partie 4 • Déterminants sociaux, inégalités et stigmatisation                  | 17 |
| Partie 5 • Maladies chroniques, autonomie et parcours de vie                   | 21 |

## Partie 1 • Santé, maladie et normalité : distinguer les questions

### Prérequis et objectifs

Ce cours ne suppose pas de connaissances philosophiques préalables. Il demande de distinguer une observation, une interprétation et un jugement de valeur. À son terme, on doit pouvoir analyser une situation de santé sans réduire une personne à son résultat biologique, expliquer les limites d'un intervalle de référence et distinguer guérir, soigner et accompagner. Il constitue un développement de SHS pour la majeure santé ; les textes précis exigés à Paris Cité restent à confronter aux supports de promotion.

### 1. Un mot, plusieurs problèmes

Dire qu'une personne est malade peut désigner une modification biologique, une expérience vécue ou une position sociale. Ces dimensions sont liées, mais une réponse dans un registre ne résout pas automatiquement les autres. Un trouble métabolique peut être détecté avant toute plainte.

Inversement, une douleur peut bouleverser la vie alors que les examens disponibles n'en établissent pas encore le mécanisme. Enfin, la reconnaissance administrative d'une incapacité dépend de critères qui ne se confondent ni avec la souffrance ressentie ni avec un diagnostic.

Les termes anglais *disease*, *illness* et *sickness* servent souvent à repérer respectivement l'atteinte objectivée, l'expérience de la maladie et sa reconnaissance sociale. Ce sont des outils analytiques, non trois maladies différentes ni trois étapes obligatoires. Leur traduction varie selon les auteurs. Dans une copie, mieux vaut expliquer la distinction que réciter les trois mots sans les appliquer.

Prenons une étudiante atteinte de migraines. Les mécanismes neurobiologiques relèvent du premier registre. La difficulté à lire sous une lumière forte, la peur de la prochaine crise et le sentiment de ne

pas être crue relèvent du vécu. L'aménagement d'une épreuve et les attentes de l'entourage relèvent du registre social. Une analyse complète relie les trois : l'environnement peut majorer la limitation, et la reconnaissance sociale peut réduire certains obstacles sans supprimer la maladie.

## 2. La normalité statistique ne suffit pas

### Fréquence, référence et décision

Une valeur fréquente dans une population est statistiquement ordinaire. Elle n'est pas nécessairement souhaitable. Un facteur de risque répandu reste un facteur de risque. À l'inverse, une caractéristique rare n'est pas automatiquement pathologique. La taille, par exemple, varie entre personnes ; la rareté statistique doit être interprétée avec la trajectoire de croissance, le contexte et d'autres observations.

Un intervalle de référence biologique est généralement construit à partir d'une population définie et d'une méthode de mesure. Un intervalle central à 95 % laisse, par construction, environ 5 % des valeurs de cette population à l'extérieur. Il ne constitue donc pas une frontière universelle entre santé et maladie. Un seuil de décision peut être choisi pour une autre raison : risque futur, bénéfice attendu d'une intervention, sensibilité souhaitée d'un dépistage. Confondre ces objets conduit à attribuer à un chiffre une signification qu'il n'a pas.

### Exemple raisonné

Supposons vingt mesures indépendantes, chacune comparée à un intervalle contenant 95 % des valeurs de sa population de référence. La probabilité théorique que toutes soient dans l'intervalle vaut  $0,95^{20}$ , soit environ 0,358. Celle d'obtenir au moins un résultat extérieur vaut donc environ 0,642. Ce calcul ne décrit pas exactement un bilan réel, car les mesures biologiques sont souvent corrélées et les populations différentes. Il montre pourquoi « au moins un résultat signalé » n'équivaut pas mécaniquement à « maladie démontrée ».

L'incertitude analytique ajoute une autre difficulté. Deux valeurs voisines de part et d'autre d'une limite peuvent être pratiquement indiscernables compte tenu de la précision de la méthode. Il faut distinguer variation biologique, erreur de mesure et évolution réelle. La répétition d'un examen ne résout toutefois pas toutes les incertitudes : elle doit répondre à une question précise.

## 3. Fonctionner dans un milieu

La santé peut être étudiée comme capacité d'agir, de s'adapter et de mener des activités qui comptent pour la personne. Cette approche ne nie pas les mécanismes biologiques ; elle examine leurs conséquences dans un environnement. Une limitation locomotrice ne produit pas les mêmes obstacles dans un bâtiment accessible et dans un bâtiment sans ascenseur.

Il faut alors distinguer déficience, limitation d'activité et restriction de participation. Une déficience concerne une fonction ou une structure. Une limitation d'activité concerne l'exécution d'une tâche. Une restriction de participation concerne l'implication dans une situation de vie. La relation entre ces niveaux n'est pas mécanique : aides techniques, accessibilité, organisation du travail et soutien social modifient les possibilités effectives.

Cette distinction évite deux réductions opposées. Tout expliquer par l'organisme ignore les obstacles sociaux. Tout expliquer par la société ignore la douleur, les atteintes fonctionnelles et le besoin de soins. L'enjeu est de décrire les interactions, puis d'identifier les moyens d'action pertinents à chaque



niveau.

### Trois lectures complémentaires d'une situation

Structure et fonction biologiques

Expérience et priorités de la personne

Activités, participation et environnement

Repères complémentaires, sans séquence causale

Le schéma ne présente pas une chaîne causale. Une même observation peut éclairer plusieurs niveaux, et les influences peuvent être réciproques. Il ne permet pas de calculer la part respective de la biologie et du contexte.

## 4. Guérir, soigner et accompagner

Guérir peut désigner la disparition d'une affection ou le rétablissement d'un fonctionnement, selon la maladie et les critères retenus. Soigner comprend aussi prévenir, soulager, soutenir une autonomie ou limiter une complication. Accompagner implique une présence et une continuité, sans prétendre remplacer une intervention technique lorsqu'elle est nécessaire.

Dans une maladie chronique, un objectif pertinent peut être une activité retrouvée ou une diminution des symptômes plutôt qu'un retour à un état antérieur inaccessible. Cela demande de clarifier ce qui compte pour la personne et ce que les moyens disponibles peuvent raisonnablement produire. Un objectif vague tel que « aller mieux » devient plus utile lorsqu'il est précisé : mieux dormir, comprendre son traitement ou pouvoir reprendre un trajet quotidien.

Le soin associe donc plusieurs types de savoir. Une mesure biologique apporte une information standardisée. Le récit du patient apporte une information située, portant notamment sur des expériences auxquelles l'observateur n'a pas directement accès. Ces sources peuvent diverger sans que l'une soit nécessairement mensongère. Il faut chercher ce qu'elles mesurent réellement avant de les déclarer contradictoires.

## 5. Application : analyser sans conclure trop vite

Situation fictive : un étudiant affirme qu'il ne peut plus suivre les cours à cause d'une fatigue persistante. Un bilan initial ne montre pas d'anomalie explicative. Un proche déclare : « Les examens sont normaux, donc tu n'es pas malade. »

Le raisonnement du proche transforme une absence de résultat explicatif en preuve d'absence de problème. Or un examen a un domaine de détection, une sensibilité et une question cible. L'examen négatif peut réduire certaines hypothèses sans supprimer l'expérience de fatigue. Il serait également excessif de déduire immédiatement une cause particulière à partir de la seule plainte. Une analyse rigoureuse reconnaît l'expérience, précise les conséquences fonctionnelles et conserve l'incertitude sur le mécanisme.

Sur le plan social, la difficulté à être reconnu peut ajouter un obstacle. Cependant, expliquer cet obstacle ne permet pas de conclure que l'origine de la fatigue est exclusivement sociale. Dans une réponse de SHS, l'intérêt est de montrer les niveaux de question et les erreurs de passage entre eux.

## 6. Exercices progressifs

1. Une caractéristique présente chez 70 % d'une population est-elle nécessairement saine ? Justifier en deux phrases.
2. Expliquer la différence entre intervalle de référence et seuil de décision avec un exemple inventé.
3. Une personne présentant une déficience visuelle peut lire un document grâce à un lecteur d'écran. Repérer déficience, activité et rôle de l'environnement.
4. Recalculer la probabilité d'au moins une valeur hors intervalle pour dix mesures indépendantes à 95 %. Nommer l'hypothèse la plus fragile dans un bilan biologique réel.
5. Dans la situation de fatigue, proposer une réponse de quatre phrases qui évite à la fois le déni de la plainte et l'affirmation d'un diagnostic non établi.

## 7. Corrections argumentées

1. Non. Une fréquence décrit une distribution ; elle ne démontre ni l'absence de risque ni le caractère souhaitable d'une situation. Un jugement sanitaire exige d'autres critères, notamment les conséquences et le contexte.
2. L'intervalle décrit les valeurs d'un groupe de référence dans des conditions définies. Le seuil aide à décider selon un objectif. On peut imaginer qu'une mesure assez fréquente entraîne néanmoins une action au-delà d'un certain risque : ce seuil ne découle alors pas du seul classement statistique.
3. La déficience concerne la vision. Lire est l'activité. Le document compatible et le lecteur d'écran modifient les possibilités de réaliser cette activité ; ils peuvent faciliter la participation aux études sans supprimer la déficience.
4.  $1 - 0,95^{10} = 0,4013$ , soit environ 40,1 %. L'indépendance est souvent fragile car plusieurs mesures sont physiologiquement liées. La représentativité de la population de référence mérite également examen.
5. Une réponse possible : « La fatigue et ses conséquences doivent être décrites. Le bilan initial n'a pas identifié de mécanisme explicatif dans son champ. Cela ne prouve pas que l'expérience est inexistante, et ne suffit pas non plus à nommer une cause. L'analyse doit distinguer incertitude biologique, vécu et obstacles rencontrés dans les études. » Les quatre phrases remplissent des fonctions différentes ; aucune ne prétend diagnostiquer.

## Mise à l'épreuve : Rare, pathologique et indésirable : trois jugements

**Situation.** Une capacité de mémoire exceptionnelle est rare. Une souffrance durable peut au contraire être fréquente dans une population exposée à des conditions difficiles. Peut-on qualifier la première de maladie et la seconde de santé par leur fréquence ?

**Discussion corrigée.** Non : la rareté décrit une position statistique, sans établir une altération ou un besoin de soin. La fréquence d'une souffrance ne la rend pas souhaitable ni sans conséquence. Il faut préciser les critères fonctionnels, l'expérience de la personne et les normes employées. Cela n'interdit



pas de construire des intervalles de référence ; cela limite la conclusion qu'on en tire. Un seuil biologique est un outil interprété dans un contexte, pas une frontière philosophique autosuffisante. L'exercice vise une distinction conceptuelle ; il n'attribue pas une doctrine à un auteur sans texte étudié.

## Références et prolongements

Les exemples et l'argumentation sont originaux. Pour le cadre conceptuel des interactions entre fonctions, activités et contexte : **OMS, Classification internationale du fonctionnement**. Pour le cadre de formation : **Université Paris Cité, PASS**. Voir 13 pour les probabilités et 21 pour les applications au mouvement. Les auteurs et textes philosophiques imposés par la promotion ne sont pas identifiés par ce cours.

## Partie 2 - Construire une connaissance médicale : modèles, preuves et histoire

Le cours 16-01, partie 3 propose une progression historique autonome, avec repères antiques et transformations des XIXe-XXe siècles ; il complète ici l'analyse des modèles et des preuves.

### Prérequis et objectifs

Savoir distinguer un fait observé d'une explication et reconnaître une proportion. Ce cours apprend à reconstruire une chaîne de preuve, à comparer observation et expérience, à repérer les limites d'un modèle et à lire l'histoire des savoirs sans la réduire à une suite de héros. Les exemples sont pédagogiques et ne sont pas des études cliniques réelles.

### 1. De l'observation à la question

Une observation scientifique est obtenue dans des conditions qui doivent être décrites. L'instrument, la définition de la variable, le moment de la mesure et la sélection des personnes influencent ce qui devient visible. Un thermomètre n'observe pas « la maladie » ; il mesure une grandeur selon une méthode. Une question scientifique relie cette mesure à une hypothèse dont on peut examiner les conséquences.

Imaginons que des cellules se divisent moins après l'ajout d'une molécule. Plusieurs explications restent ouvertes : la molécule peut ralentir le cycle, tuer les cellules, perturber le milieu ou modifier le signal utilisé pour compter. La première étape consiste donc à formuler ce que l'expérience permet réellement d'affirmer. Un effet sur le signal mesuré n'est pas encore une description du mécanisme.

Une hypothèse utile précise un mécanisme ou une relation et rend certaines observations attendues. Si elle ne risque jamais d'être mise en difficulté, elle est peu informative pour l'enquête. Cependant, une observation discordante ne désigne pas à elle seule l'élément fautif : l'hypothèse, la mesure et les hypothèses auxiliaires peuvent être en cause. La discussion scientifique demande des contrôles, des répliques et une comparaison avec des explications concurrentes.

### 2. Observer, comparer, intervenir

#### L'observation comparative

Une étude peut comparer des personnes naturellement exposées et non exposées. Cette comparaison conserve une proximité avec des situations réelles, mais les groupes peuvent différer par d'autres caractéristiques. Si les personnes les plus malades reçoivent plus souvent un traitement, un résultat défavorable chez les personnes traitées ne prouve pas que le traitement est nocif. La gravité initiale peut participer à la différence.

#### L'intervention contrôlée

Une expérience organise une variation pour en étudier les conséquences. Un groupe témoin aide à distinguer l'effet de cette variation de celui du temps, du contexte ou de la procédure. Une allocation aléatoire peut réduire les différences systématiques au départ, mais elle ne garantit pas l'absence de déséquilibre dans chaque petit échantillon. Les pertes de suivi et les écarts au protocole restent à analyser.

L'aveugle vise à réduire l'influence de la connaissance du groupe sur certains comportements ou évaluations. Il ne supprime ni les erreurs de mesure ni toutes les sources de biais. Dans certains domaines, il est difficile ou impossible à maintenir ; il faut alors expliciter les mesures compensatoires et les limites.

### 3. Trois niveaux de pertinence

La validité interne concerne la solidité de l'interprétation dans l'étude menée. La validité externe concerne son transport vers d'autres populations ou contextes. La pertinence concerne l'intérêt de la question et du critère pour les personnes ou la décision envisagée. Une étude peut être techniquement solide tout en portant sur un indicateur peu important pour la vie des patients.

Un résultat cellulaire fournit une information sur un système expérimental. Pour passer à l'organisme, il faut tenir compte de la distribution, de la transformation de la substance, des interactions entre organes et de la durée d'exposition. Pour passer à une décision clinique, il faut encore examiner bénéfices, risques, alternatives et préférences. Ces passages constituent de nouvelles questions, pas de simples formalités.

| Niveau                | Ce qui peut être étudié                  | Limite à garder visible                          |
|-----------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Molécule ou cellule   | Interaction et mécanisme local           | Système simplifié, doses et milieu particuliers  |
| Organisme             | Réponses intégrées                       | Différences entre espèces et contextes           |
| Population clinique   | Effets observés sur des critères définis | Sélection, suivi, comparateur, transportabilité  |
| Décision individuelle | Application à une situation              | Priorités, contraintes et incertitude résiduelle |

### 4. Un modèle n'est pas une miniature complète du réel

Un modèle conserve certains aspects d'un phénomène et en néglige d'autres. Son utilité dépend de la question. Le modèle d'un compartiment bien mélangé peut expliquer une décroissance de concentration sans représenter chaque tissu. Il devient insuffisant lorsque l'on cherche à décrire une distribution rapide entre organes ou une élimination saturable.

Les hypothèses doivent être visibles. Un modèle linéaire suppose une relation particulière entre variables ; son prolongement hors du domaine observé peut produire des valeurs impossibles. La précision numérique d'une sortie ne compense pas une hypothèse inadaptée. Donner six décimales à une estimation fragile ne rend pas la connaissance plus certaine.

Une prédiction correcte renforce l'intérêt d'un modèle mais ne démontre pas que tous ses mécanismes sont littéralement vrais. Plusieurs modèles peuvent produire une même observation. Une expérience discriminante cherche au contraire une situation où leurs prédictions divergent. Cette démarche est plus informative qu'une accumulation d'exemples compatibles avec toutes les hypothèses.



## 5. Lire l'histoire des savoirs

L'histoire de la médecine ne se résume pas au remplacement instantané de l'erreur par la vérité. Les pratiques évoluent avec les instruments, les institutions, les catégories de maladie, les conditions sociales et les méthodes de preuve. Une innovation technique peut rendre mesurable un objet auparavant invisible, mais son interprétation dépend encore d'un cadre conceptuel.

Une lecture rétrospective peut commettre deux erreurs. La première consiste à juger les acteurs anciens comme s'ils avaient accès à toutes les connaissances actuelles. La seconde consiste à excuser toute proposition ancienne en oubliant les débats et alternatives déjà présents à son époque. Une analyse historique examine ce que les acteurs pouvaient savoir, les preuves qu'ils jugeaient recevables et les moyens dont ils disposaient.

L'attribution d'une découverte mérite également précision. Observer un phénomène, proposer son explication, construire un instrument et diffuser une pratique sont des contributions différentes. Leur réunion sous un seul nom peut masquer le caractère collectif du travail. Dans un devoir, les dates doivent servir une explication ; une chronologie sans relations causales ou institutionnelles reste une liste.

## 6. Intégrité et critique organisée

Une connaissance fiable exige de pouvoir examiner la manière dont elle a été produite. Décrire les méthodes, conserver les données pertinentes, annoncer les choix d'analyse et rendre les limites visibles facilitent cette critique. La reproductibilité n'est pas une formule magique : selon le domaine, on peut chercher à refaire un calcul avec les mêmes données ou à retrouver un résultat avec de nouvelles observations.

Une erreur n'est pas automatiquement une fraude. La fraude implique des comportements intentionnels tels que fabriquer ou falsifier des résultats ; l'erreur peut venir d'un défaut de calcul, de mesure ou de raisonnement. Cette distinction n'exonère pas de corriger. Une culture de la recherche utile permet de signaler les problèmes sans confondre désaccord scientifique, négligence et inconduite.

### Enquête scientifique simplifiée



Schéma de principe original • lire les conditions et limites dans le texte

Les retours en arrière sont nombreux : le schéma les omet pour la lisibilité. Une étude ne suit pas toujours un chemin linéaire, et une révision de question doit être distinguée d'une hypothèse

annoncée avant observation.

## 7. Exercices

1. Une mesure est répétée cent fois sur le même échantillon. Obtient-on cent sujets indépendants ?
2. Une molécule diminue un signal fluorescent. Donner trois explications autres qu'un ralentissement du cycle cellulaire.
3. Un essai montre une amélioration d'un marqueur biologique sans mesure des symptômes. Que peut-on conclure sur la pertinence pour le patient ?
4. Deux modèles décrivent les mêmes données. Proposer le principe d'une expérience qui les départage.
5. Un auteur présente comme planifiée une analyse choisie après avoir vu les résultats. Expliquer le problème sans affirmer que toute analyse exploratoire est interdite.

## 8. Corrections

1. Non. Il s'agit de répétitions techniques sur une unité biologique. Elles renseignent notamment sur la variabilité de mesure ; les traiter comme cent individus crée une illusion de précision et ne documente pas la variabilité entre sujets.
2. La molécule peut modifier la fluorescence directement, réduire la survie ou perturber une étape de préparation. Des comptages indépendants, contrôles de viabilité et témoins sans cellules aident à distinguer ces possibilités. Il faut choisir les contrôles selon la méthode exacte.
3. On peut conclure sur le marqueur dans les conditions de l'étude. L'amélioration du vécu, de la fonction ou de la survie n'est pas démontrée par ce seul résultat. Le marqueur peut être pertinent, mais sa relation avec les critères cliniques doit être établie.
4. Identifier un domaine où les modèles prédisent des résultats différents, puis réaliser une mesure assez précise dans ce domaine. Répéter seulement les conditions où ils coïncident ne tranche pas.
5. Le caractère exploratoire n'est pas un défaut en soi : il permet de générer des hypothèses. Le problème est de masquer ce statut, car le lecteur interprète alors à tort le résultat comme la vérification d'une prédiction préalable. La transparence et une confirmation indépendante permettent de mieux évaluer sa portée.

## Mise à l'épreuve : Une prédiction juste n'identifie pas toujours le mécanisme

**Situation.** Deux modèles expliquent les trois mesures disponibles avec la même précision. L'un suppose une sortie constante ; l'autre une sortie proportionnelle à la quantité. Comment choisir une observation supplémentaire ?

**Discussion corrigée.** Il faut chercher une condition où leurs prédictions divergent, par exemple répéter la mesure à une quantité initiale très différente. Une sortie constante prévoit la même pente initiale absolue, alors qu'une sortie proportionnelle la fait varier avec la quantité. L'accord avec les données déjà utilisées pour régler les paramètres ne constitue pas un test indépendant. Le choix d'une nouvelle expérience doit aussi considérer l'incertitude : deux prédictions trop proches pour l'instrument resteront indiscernables. La simplicité peut guider provisoirement, mais ne transforme



pas un ajustement en preuve définitive du mécanisme.

## Références et renvois

Pour les pratiques qui rendent possible une critique et une reproduction des travaux : **Inserm LORIER, atelier sur la reproductibilité**. La présentation ci-dessus et ses exemples sont originaux. Voir les cours 13 et 14 pour les méthodes quantitatives et les biais ; voir 23 pour la lecture d'un graphique. Les exemples historiques précis et lectures imposées nécessitent les supports de promotion.

## Partie 3 · Histoire des savoirs et institutions médicales

### 1. Une question historique plutôt qu'une liste de héros

L'histoire de la médecine étudie comment des personnes ont défini les maladies, recueilli des preuves, soigné et organisé les institutions dans des contextes particuliers. Elle ne consiste pas à ranger le passé selon une marche inévitable vers nos connaissances. Une pratique peut avoir été rationnelle dans un cadre aujourd'hui abandonné ; comprendre ce cadre ne revient pas à valider son efficacité actuelle.

Pour analyser un document, demander qui parle, à qui, avec quels moyens de preuve, dans quelle institution et pour quelle finalité. Une publicité, un manuel, une observation clinique et une statistique administrative ne donnent pas le même accès au passé. Un récit commémoratif peut documenter des repères tout en valorisant l'institution qui le produit. Il faut distinguer ces usages des sources.

Ce chapitre donne des repères antiques puis se concentre sur les transformations des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles. La page publique A2SUP signale explicitement la médecine de ces deux siècles dans un programme partiel. Le découpage présenté ici reste pédagogique : les changements ne surviennent pas simultanément dans tous les territoires et milieux sociaux.

### 2. Médecines antiques : pluralité et modèles du corps

La tradition hippocratique est un ensemble de textes et de pratiques, non un traité unique intégralement rédigé par une seule personne. Certaines explications privilégient des causes naturelles, les milieux, les régimes de vie et les équilibres du corps. Les modèles humoraux associent la santé à un équilibre de qualités et de fluides ; ils ne décrivent pas la physiologie moléculaire moderne.

Les pratiques religieuses, empiriques et savantes peuvent coexister. Opposer une Antiquité entièrement magique à une médecine entièrement rationnelle introduit une frontière trop nette. Il faut aussi éviter de faire du serment antique le code juridique actuel de toutes les professions de santé. Un texte normatif renseigne sur un idéal ou une prescription ; il ne prouve pas que tous les praticiens agissaient conformément à cet idéal.

La [National Library of Medicine, dossier Greek Medicine](#) fournit des repères sur cette diversité. Le point à retenir est méthodologique : identifier le modèle et le type de preuve avant d'évaluer la cohérence interne d'un raisonnement historique.

### 3. Circulation et transformation des savoirs

Les savoirs circulent par les traductions, les manuscrits, l'enseignement, les voyages et les institutions. Une traduction n'est pas nécessairement une copie neutre : vocabulaire, commentaires et usages peuvent transformer ce qui est transmis. Présenter des traditions savantes comme des blocs fermés efface ces échanges.

L'accès à des corps, instruments, collections et lieux de soin conditionne les observations possibles. L'histoire des connaissances doit donc être reliée aux conditions matérielles de leur production. Un dessin anatomique, par exemple, suppose des techniques de préparation, une sélection des structures et un mode de diffusion ; il n'est pas une fenêtre entièrement transparente sur le réel.

On peut analyser cette circulation sans prétendre couvrir toutes les traditions médicales mondiales. Le périmètre de ce chapitre est limité. Les repères européens cités ne constituent pas une histoire universelle du soin ni une hiérarchie entre cultures.

## 4. Le XIXe siècle : clinique, lésions et instruments

Le rapprochement entre signes observés chez les vivants et lésions anatomiques contribue à transformer la classification des maladies. La question ne porte plus seulement sur des symptômes isolés, mais sur leur relation avec un siège et une organisation corporelle. Une corrélation anatomo-clinique ne constitue toutefois pas automatiquement une explication complète du mécanisme causal.

Les instruments modifient les phénomènes accessibles. Un dispositif d'écoute, une mesure de température ou un microscope rendent certains signes comparables et enseignables. Mais un instrument demande un apprentissage : savoir produire un signal et savoir l'interpréter sont deux compétences distinctes. Une mesure peut aussi déplacer l'autorité dans la relation entre récit du malade et observation du professionnel.

L'hôpital peut réunir de nombreux cas et soutenir l'enseignement, tandis que ses patients ne représentent pas nécessairement toute la population. Les personnes qui y viennent, les conditions d'admission et les catégories utilisées influencent les séries observées. Une connaissance construite à partir d'une population hospitalière doit être replacée dans cette sélection.

## 5. Laboratoire et médecine expérimentale

Le laboratoire permet de stabiliser certaines conditions et d'intervenir sur un facteur. Cela facilite la comparaison et l'étude de mécanismes. Son avantage comporte une limite : un système isolé ou un modèle animal ne reproduit pas toutes les conditions de la vie humaine. La validité d'une expérience et son extension à d'autres situations sont deux questions.

Une démarche expérimentale ne se réduit pas à « voir pour croire ». Elle comprend la construction d'une hypothèse, le choix d'un dispositif, des contrôles, une mesure et une discussion des explications alternatives. Un résultat positif peut dépendre d'une préparation, d'un instrument ou d'une sélection. La répétition par d'autres équipes teste aussi la transmissibilité des gestes et des critères.

### Composantes d'une démarche expérimentale

Construction d'une hypothèse

Choix d'un dispositif

Contrôles et mesure

Discussion des explications alternatives

Repères complémentaires, sans séquence causale



Les approches clinique et expérimentale ne se remplacent pas simplement. Elles peuvent s'appuyer l'une sur l'autre, entrer en tension ou répondre à des questions différentes. Une explication mécanistique plausible n'établit pas à elle seule un bénéfice net chez les personnes soignées.

## 6. Microbiologie, prévention et institutions

Les travaux sur les microorganismes transforment l'étude de nombreuses maladies infectieuses et certaines pratiques de prévention. L'Institut Pasteur rappelle la vaccination antirabique de Joseph Meister en 1885 et la création de l'Institut à la fin du XIXe siècle. Ce repère associe recherche, soin, financement et institution ; il ne faut pas attribuer à un seul épisode toute l'histoire de la vaccination.

**Institut Pasteur, histoire.**

Identifier un agent ne fait pas disparaître les conditions sociales de transmission. Logement, travail, eau, alimentation, déplacements et accès aux services peuvent modifier l'exposition et les conséquences. Une explication microbienne et une analyse sociale ne sont pas nécessairement concurrentes : elles peuvent décrire différents maillons de la même chaîne.

Il faut distinguer découverte d'un mécanisme, développement d'une technique, production à grande échelle et diffusion effective. Une intervention peut être techniquement disponible mais peu accessible. Les résultats sanitaires dépendent donc aussi des infrastructures et des relations de confiance.

### De la découverte à la diffusion

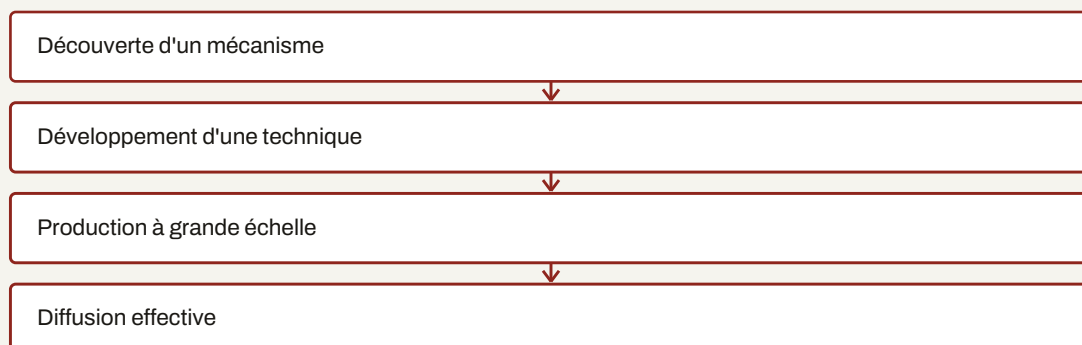


Schéma de principe original • lire les conditions et limites dans le texte

## 7. XXe siècle : organisation de la recherche et preuve comparative

La recherche médicale se structure dans des institutions spécialisées, avec équipes, financement, laboratoires et liens avec les lieux de soins. L'Inserm est créé en 1964 ; sa présentation historique remplace cette création dans l'organisation de la recherche publique française. Ce repère institutionnel ne signifie pas que la recherche médicale commence en 1964. **Inserm, histoire de l'Institut.**

La comparaison organisée de groupes apporte une réponse à la question de l'effet d'une intervention. Une évolution favorable observée après un traitement ne distingue pas spontanément son effet de l'évolution naturelle, de la sélection ou d'autres facteurs. Les essais comparatifs, statistiques et méthodes d'épidémiologie rendent ces questions explicites, avec leurs propres limites.

La standardisation facilite la comparaison mais sélectionne aussi les objets mesurables. Un critère biologique peut être plus simple à mesurer qu'une expérience vécue ; il ne représente pas automatiquement tout ce qui compte pour une personne. L'histoire de la preuve comprend donc aussi celle des indicateurs, de leur légitimité et de leurs usages institutionnels.

## 8. Chronique, droits et voix des malades

L'amélioration de certaines survies, les transformations démographiques et l'évolution des diagnostics contribuent à donner une place importante aux maladies chroniques. Les trajectoires longues demandent d'articuler soins, travail, vie familiale et autonomie. La personne malade ne se réduit plus, dans cette analyse, à un épisode observé à l'hôpital.

Les associations, collectifs et formes de participation des patients peuvent contribuer à définir des priorités, signaler des effets négligés ou discuter les conditions de recherche. Leur rôle ne supprime pas le besoin de méthodes ; il élargit les questions posées et les savoirs considérés. L'expérience vécue et la preuve statistique peuvent être pertinentes pour des aspects différents d'une décision.

Les principes éthiques se transforment également. La Déclaration d'Helsinki, adoptée initialement en 1964 et révisée en 2024, est un repère international de l'éthique de la recherche. Elle doit être distinguée du droit national applicable. Une norme professionnelle internationale n'est pas automatiquement une loi française. [Association médicale mondiale, déclaration.](#)

### Lire une source : observation, prescription ou célébration

Un manuel affirme ce que son auteur veut enseigner ; un règlement définit ce qui devrait se faire ; un dossier de cas décrit une sélection de situations ; une commémoration met en valeur un héritage. Aucun n'est inutile, mais chacun doit être interrogé selon sa fonction. Déduire les pratiques réelles de la seule existence d'un règlement confond prescription et application.

#### Quatre sources, quatre fonctions

Manuel : ce que l'auteur veut enseigner

Règlement : ce qui devrait se faire

Dossier de cas : une sélection de situations

Commémoration : mise en valeur d'un héritage

Repères complémentaires, sans séquence causale

Comparer deux sources permet de repérer des écarts : ce qui est valorisé dans un discours peut être difficile à réaliser faute de ressources ; une innovation décrite comme décisive peut avoir été diffusée lentement. L'enquête historique ne doit ni croire tout récit de réussite ni supposer que toute affirmation institutionnelle est fausse. Elle confronte les objets, dates, acteurs et traces disponibles.

**Question supplémentaire.** Une photographie d'un nouvel appareil suffit-elle à prouver qu'il a amélioré la santé d'une population ? **Réponse.** Elle peut documenter son existence ou sa mise en scène, selon sa provenance. Elle ne donne pas directement sa fréquence d'utilisation, ses performances, son accessibilité ni ses conséquences sanitaires. Ces questions demandent d'autres sources et d'autres méthodes.

La même prudence s'applique à une statistique historique. Il faut connaître la population comptée, les catégories et les pratiques de déclaration. Une hausse enregistrée peut refléter un phénomène réel, une meilleure détection ou une nouvelle définition. Relier histoire des institutions et histoire des chiffres aide ainsi à comprendre comment un problème devient visible et comparable.

## 9. Atelier d'analyse et exercices

Texte original : « Un directeur affirme que son nouvel instrument rend enfin les récits des malades inutiles. Il dispose de cent observations hospitalières, toutes améliorées après une intervention. Il conclut que la technique convient désormais à toute la population. »

1. Identifier trois passages entre une observation et une conclusion insuffisamment justifiée.
2. Pourquoi le nombre cent ne résout-il pas le problème du comparateur ?
3. Donner une question historique et une question d'évaluation actuelle à poser au document.
4. Expliquer pourquoi un modèle humoral peut être étudié comme système cohérent sans être validé médicalement aujourd'hui.
5. Associer les repères 1885 et 1964 à deux transformations distinctes sans raconter une progression automatique.
6. Une découverte est publiée ; peut-on en déduire son accès immédiat pour tous ?
7. Comparer preuve d'une lésion, preuve d'un mécanisme et preuve de bénéfice.
8. Rédiger une objection à « les microbes rendent les facteurs sociaux sans importance ».

## 10. Corrections et modèle de réponse

1. La fiabilité d'un instrument ne rend pas tous les récits inutiles ; une amélioration après intervention n'établit pas son effet propre ; des observations hospitalières ne représentent pas automatiquement toute population. Il faut préciser l'information manquante à chaque passage.
2. Cent observations sans comparateur peuvent toutes partager la même sélection ou évolution naturelle. Augmenter l'effectif réduit certaines fluctuations mais ne corrige pas automatiquement un biais de conception.
3. Question historique : quelle fonction et quelle autorité l'instrument confère-t-il au directeur dans son institution ? Question actuelle : le protocole permet-il d'estimer un bénéfice attribuable ? Mélanger ces questions ferait juger le contexte uniquement par nos critères présents.
4. On peut reconstruire ses prémisses, ses classifications et les conséquences qui en étaient tirées. Cette intelligibilité historique n'est pas une démonstration expérimentale de ses explications ni une recommandation thérapeutique.
5. 1885 repère la vaccination antirabique évoquée ; 1964, entre autres, la création de l'Inserm. Le premier concerne une intervention et son environnement de recherche ; le second une organisation institutionnelle. Les aligner ne suffit pas à expliquer causalement un siècle d'histoire.

6. Non : production, coûts, formation, infrastructures, acceptabilité et politiques de diffusion interviennent. La disponibilité technique et l'accès effectif sont deux résultats.
7. Une lésion décrit une altération ; un mécanisme explique un enchaînement ; un bénéfice exige de comparer des conséquences pertinentes dans une situation d'usage. Les trois niveaux peuvent se renforcer sans être équivalents.
8. Un agent peut être une cause nécessaire dans une infection donnée tandis que logement et travail influencent les contacts et que les ressources influencent les conséquences. Les facteurs sociaux ne concurrencent pas nécessairement l'agent : ils organisent son contexte d'action.

## Références et limites

Sources institutionnelles liées dans les sections 2, 6, 7 et 8, consultées le 2 octobre 2026 ; **A2SUP, repérage partiel des thèmes**. Les textes d'exercice sont originaux, non des citations historiques. Les synthèses ne couvrent pas toutes les traditions ni tous les débats historiographiques. Les sources commémoratives sont identifiées comme telles ; elles servent aux repères vérifiables, pas à certifier un récit unique.

## Partie 4 • Déterminants sociaux, inégalités et stigmatisation

### Prérequis et objectifs

Comprendre les notions de population, proportion et association. Le cours apprend à relier une situation individuelle à des conditions sociales sans effacer la capacité d'action des personnes. Il développe les mécanismes d'exposition, de vulnérabilité, de recours et de conséquences sociales, puis montre comment éviter les explications moralisantes et les inférences abusives.

### 1. Décrire une différence avant de l'expliquer

Une inégalité de santé est une différence observée entre groupes. Elle doit être décrite avec un indicateur, une population, une période et une méthode de mesure. Une différence de mortalité, de symptômes déclarés et d'accès aux soins ne décrit pas exactement le même objet. Une enquête fondée sur les seuls usagers d'un service peut ignorer précisément les personnes qui n'y accèdent pas.

L'équité ajoute une question normative : quelles différences sont injustes et peuvent être réduites ? La description statistique ne tranche pas seule cette question, mais elle évite d'argumenter sur des impressions. Il faut aussi distinguer égalité des moyens et égalité des possibilités effectives. Offrir le même rendez-vous en ligne à chacun ne garantit pas un accès égal lorsque l'équipement, les compétences numériques ou la maîtrise de la langue diffèrent.

Le gradient social désigne une variation de la santé le long de positions sociales ordonnées. Il ne concerne pas seulement un groupe très défavorisé opposé à tous les autres. Une politique limitée à une frontière administrative peut donc manquer des différences distribuées sur l'ensemble de la population. La référence de l'OMS fournit un cadre de compréhension ; les exemples ci-dessous sont fictifs.

### 2. Quatre mécanismes à distinguer

#### Exposition

L'exposition désigne le contact avec une condition susceptible d'influencer la santé. Elle peut concerner un agent matériel, des contraintes d'organisation ou une situation sociale. Les horaires de travail, la qualité du logement et les possibilités de déplacement répartissent les expositions de manière inégale. La même recommandation individuelle ne transforme pas automatiquement ces conditions.

#### Vulnérabilité

À exposition apparemment comparable, les conséquences peuvent varier. L'état antérieur, les ressources de protection et les possibilités de récupération interviennent. Une personne exposée à une chaleur importante dispose-t-elle d'eau, d'un lieu frais et de la possibilité d'interrompre son activité ? Décrire la vulnérabilité ne signifie pas attribuer une faiblesse morale ; cela identifie les circonstances qui modifient l'effet de l'exposition.

## Recours et qualité de la prise en charge

L'accès ne se limite pas à l'existence théorique d'un service. Il comporte la disponibilité, la distance, le coût direct, le temps, l'information et la possibilité de se sentir accueilli. Le renoncement peut résulter d'un arbitrage contraint : perdre une journée de salaire ou trouver une garde d'enfant peut peser davantage que le prix de la consultation.

## Conséquences sociales de la maladie

La maladie peut elle-même modifier les revenus, la scolarité, l'emploi et les relations. On ne peut donc supposer que la position sociale précède toujours le problème de santé. Les deux directions peuvent coexister : des conditions sociales influencent la santé, puis la maladie aggrave les difficultés. Le suivi longitudinal aide à reconstituer la temporalité sans éliminer automatiquement tous les facteurs de confusion.

### Lire un mécanisme social sans raccourci

1. Qui est exposé et à quoi ? • 2. Quelles ressources modifient les effets ? • 3. Quels obstacles au recours ? • 4. Quelles conséquences sur la vie sociale ?

Les cases sont des questions d'analyse. Elles ne signifient pas que chaque situation parcourt quatre étapes dans cet ordre, et elles n'établissent pas une causalité à elles seules.

## 3. Comportement, choix et contraintes

Un comportement peut être modifiable sans être libre de toute contrainte. Pour comprendre une conduite, il faut examiner les options réellement disponibles, les coûts immédiats, les habitudes, les normes et l'information. Expliquer ne signifie pas approuver, et reconnaître une contrainte ne signifie pas supprimer toute responsabilité.

Imaginons un travailleur dont les horaires changent chaque semaine. Une activité collective à heure fixe peut être difficile à maintenir. Si l'on décrit seulement un « manque de motivation », on transforme une difficulté d'organisation en trait individuel. À l'inverse, affirmer qu'aucune action personnelle n'est possible négligerait les ressources existantes. Une analyse utile cherche à la fois les adaptations individuelles et les changements d'environnement.

La culture ne doit pas servir d'explication unique. Un groupe n'a pas une pensée homogène et immuable. Les représentations évoluent, varient selon les générations et interagissent avec les conditions matérielles. Attribuer un refus à « leur culture » peut masquer un défaut d'information, une expérience antérieure négative ou une difficulté pratique.

## 4. Stéréotype, préjugé et discrimination

Un stéréotype associe des caractéristiques simplifiées à un groupe. Un préjugé comporte une appréciation préalable. Une discrimination renvoie à un traitement défavorable fondé sur un critère donné dans un contexte où ce traitement est injustifié ou interdit. Les notions sont liées mais non synonymes : une organisation peut produire un désavantage même sans hostilité consciente de chaque intervenant.

La stigmatisation peut réduire une personne à une caractéristique dévalorisée. Ses effets passent notamment par les interactions, l'anticipation du jugement et l'accès aux ressources. Une personne peut éviter un service si elle s'attend à être humiliée. Cette anticipation peut découler d'expériences antérieures ; elle n'est pas nécessairement une mauvaise compréhension du système.

Le langage compte parce qu'il organise l'attention. Dire « une personne vivant avec une maladie » rappelle que la maladie ne résume pas toute l'identité. Mais une formule respectueuse ne suffit pas si les procédures restent inaccessibles. Il faut examiner les mots, les actes et l'organisation.

## 5. Application chiffrée et pièges d'interprétation

Dans un exemple fictif, 120 personnes sur 600 du quartier A et 45 sur 450 du quartier B déclarent avoir renoncé à un soin. Les proportions sont 20 % et 10 %. La différence absolue est de 10 points de pourcentage ; le rapport vaut 2. Ces deux mesures décrivent la même comparaison sous des angles différents.

Elles ne démontrent pas pourquoi l'écart existe. Il faut connaître la définition du renoncement, le mode de recrutement, l'âge, les besoins de santé, la période et les non-réponses. Si A comprend davantage de personnes ayant besoin de soins, une part de la différence peut refléter des occasions de renoncement plus nombreuses. Cela n'annule pas le problème ; cela modifie la question causale.

Une moyenne de quartier ne décrit pas chaque habitant. Attribuer à une personne la caractéristique moyenne de sa zone constitue une inférence écologique injustifiée. L'autre erreur consiste à n'étudier que les individus et à oublier que l'offre locale, les transports ou les règles institutionnelles sont partagés. Une analyse à plusieurs niveaux permet de poser ces questions distinctement.

## 6. Comparer des réponses possibles

Une action universelle s'adresse à l'ensemble de la population. Une action ciblée concerne un groupe défini. La première peut éviter certaines exclusions, mais bénéficier davantage à ceux qui disposent déjà de ressources pour l'utiliser. La seconde peut atteindre un besoin important, mais manquer les personnes proches du seuil ou créer une stigmatisation. Le choix doit être argumenté selon le mécanisme, les effets attendus et l'évaluation.

Dans l'exemple du rendez-vous numérique, plusieurs réponses sont envisageables : assistance téléphonique, accueil physique, accessibilité du site, horaires adaptés. Aucune ne doit être évaluée seulement par le nombre d'inscriptions. Il faut aussi mesurer qui bénéficie du service, les abandons et la qualité du parcours. Une amélioration moyenne peut coexister avec un écart qui se creuse.

## Mise à l'épreuve : Changer le message sans effacer le mécanisme social

**Situation.** Une note affirme : « Ce groupe ne fait pas d'effort puisqu'il manque plus souvent les rendez-vous. » Réécrire cette proposition et proposer deux observations utiles.

**Discussion corrigée.** « Les rendez-vous non réalisés sont plus fréquents dans ce groupe ; les raisons doivent être étudiées. » Cette formulation conserve l'observation sans attribuer une intention. Il serait utile de comparer les horaires de travail et les possibilités de transport, puis d'interroger les personnes sur les obstacles rencontrés. On pourrait aussi rechercher un délai d'attente ou une procédure d'annulation différente. La correction ne consiste pas à nier toute responsabilité individuelle, mais à

ne pas la déduire d'un indicateur agrégé. Une analyse doit préserver l'hétérogénéité interne du groupe : une moyenne ne décrit pas chaque personne.

## Exercices

1. Distinguer exposition et vulnérabilité dans une situation de travail à la chaleur.
2. Une consultation gratuite garantit-elle l'accès ? Donner trois obstacles indépendants du tarif.
3. Recalculer les deux proportions et expliquer pourquoi « 10 % de plus » est ambigu dans l'exemple des quartiers.
4. Pourquoi un lien entre maladie et revenu ne suffit-il pas à établir le sens de la causalité ?
5. Une campagne augmente le recours moyen de 50 à 60 %, mais celui du groupe le moins favorisé reste à 30 %. Que faut-il examiner avant de conclure à son succès en matière d'équité ?

## Corrections

1. La température et la durée de contact constituent des dimensions d'exposition. L'accès à l'eau, aux pauses et à un lieu frais modifie la vulnérabilité. Ces dimensions interagissent ; elles ne correspondent pas simplement à « extérieur » et « intérieur » à la personne.
2. La distance, l'incompatibilité avec les horaires professionnels et une difficulté linguistique peuvent persister. On peut ajouter la garde d'enfants ou une procédure administrative complexe. Une réponse correcte explique le mécanisme de l'obstacle au lieu d'énumérer des mots.
3.  $120/600 = 0,20$  et  $45/450 = 0,10$ . La différence est de 10 points ; le niveau A est supérieur de 100 % au niveau B, puisque  $(0,20 - 0,10)/0,10 = 1$ . Écrire le dénominateur évite l'ambiguïté.
4. Le revenu peut influencer les conditions de santé, la maladie peut réduire le revenu, et d'autres facteurs peuvent agir sur les deux. Il faut examiner temporalité, mécanismes et plan d'étude.
5. Il faut connaître les évolutions des autres groupes, les effectifs, les besoins et l'accès effectif. Le gain moyen ne démontre pas une réduction des écarts. Une évaluation d'équité doit comparer des distributions et des mécanismes, pas seulement un total.

## Références

OMS, **déterminants sociaux de la santé** fournit le cadre général du gradient et de l'équité. OMS, **concepts clés** distingue différences et iniquités ; ses exemples chiffrés anciens ne sont pas repris comme données actuelles. Les jeux de données de ce cours sont entièrement fictifs. Renvois : 14 pour les plans d'étude et 16-02, partie 4 pour l'analyse argumentée.

## Partie 5 • Maladies chroniques, autonomie et parcours de vie

### 1. La durée change les questions

Une maladie chronique inscrit l'expérience de santé dans le temps. La personne peut devoir articuler surveillance, rendez-vous, traitements, travail, études, famille et projets. Le cours ne définit pas une liste administrative unique de maladies : durée, évolution, retentissement et besoin de suivi sont des dimensions distinctes, et les catégories dépendent des usages.

Chronique ne signifie pas toujours stable, incurable ou constamment symptomatique. Une affection prolongée peut alterner périodes de stabilité et épisodes aigus. Une personne peut se sentir bien malgré un suivi nécessaire, ou vivre une limitation importante que certains indicateurs biologiques reflètent mal. Il faut donc distinguer maladie objectivée, expérience vécue et reconnaissance sociale.

#### Trois dimensions à distinguer

Maladie objectivée

Expérience vécue

Reconnaissance sociale

Repères complémentaires, sans séquence causale

La page A2SUP mentionne les maladies chroniques dans un programme partiel de SHS. Ce chapitre développe cette question sans prétendre restituer un enseignement universitaire complet. Les situations sont originales et n'appellent aucune adaptation thérapeutique individuelle.

### 2. Travail de maladie et charge des soins

La vie avec une maladie peut comporter un travail quotidien : organiser les rendez-vous, comprendre les informations, gérer les documents, prévoir les déplacements, expliquer des absences et coordonner plusieurs interlocuteurs. Ce travail peut rester peu visible dans un dossier centré sur les actes professionnels.

La charge des soins dépend du nombre de tâches mais aussi de leur difficulté, de leur compatibilité et des ressources de la personne. Deux rendez-vous proches sur une carte peuvent représenter une journée entière avec transport, fatigue ou contraintes de garde. Un programme efficace en théorie peut devenir difficile à suivre si les demandes cumulées dépassent les possibilités réelles.

Les ressources comprennent argent, temps, logement, soutien, capacité à comprendre l'information et stabilité des conditions de vie. Elles varient au cours du parcours. Une évaluation attentive demande ce qui compte pour la personne et ce qui empêche concrètement l'action, plutôt que d'attribuer toute difficulté à un manque de motivation.

### 3. Autonomie : décider avec des appuis

L'autonomie ne se réduit pas à tout faire seul. On peut prendre ses décisions avec l'aide d'un professionnel, d'un proche, d'un interprète ou d'un outil adapté. Une personne qui a besoin d'assistance matérielle ne perd pas pour autant sa capacité à exprimer des priorités. Inversement, laisser quelqu'un seul face à une décision complexe n'est pas nécessairement respecter son autonomie.

La décision partagée associe échange d'informations, discussion et choix dans une situation donnée. Les professionnels apportent leurs connaissances ; la personne apporte ses valeurs, son expérience et ses contraintes. La participation souhaitée peut varier. La HAS présente ce cadre sans le réduire à une obligation de décider seul. **HAS, décider ensemble.**

#### Deux apports à la décision partagée



Deux branches distinctes • ce schéma ne relie pas les deux issues entre elles

Un désaccord ne prouve pas automatiquement une incompréhension. Il faut vérifier les faits et la compréhension, puis reconnaître que des priorités différentes peuvent subsister. La qualité de la relation se juge aussi à la possibilité d'exprimer une difficulté sans craindre un reproche.

### 4. Information et temporalité

Une information utile évolue avec la situation. Le jour d'une annonce, une liste exhaustive peut être difficile à intégrer ; plus tard, de nouvelles questions apparaissent à l'occasion d'un travail, d'un déplacement ou d'un changement familial. Informer est donc un processus, pas seulement remettre un document une fois.

Le vocabulaire doit être rendu compréhensible sans supprimer l'incertitude. « Stable » peut vouloir dire un indicateur inchangé, une absence de complication ou une situation fonctionnelle satisfaisante ; préciser le sens évite les malentendus. La reformulation vérifie l'efficacité de l'explication et ne doit pas devenir un examen humiliant.

L'incertitude peut porter sur une évolution, un délai ou l'effet d'une intervention. Dire ce qui est connu, ce qui reste inconnu et comment la situation sera réévaluée permet une discussion plus honnête qu'une assurance excessive. Reconnaître une incertitude ne signifie pas abandonner la personne.

## 5. Éducation thérapeutique et apprentissages

L'éducation thérapeutique vise des compétences permettant de vivre avec une maladie et de faire face à des situations pertinentes. La HAS distingue notamment des compétences d'autosoins et d'adaptation et souligne la nécessité de les maintenir dans le temps. Un programme ne se résume pas à une séance d'information générale ou à une injonction de conformité. **HAS, évaluation de l'ETP.**

Dans un raisonnement pédagogique, on identifie un besoin, un objectif observable, une activité d'apprentissage et un moyen de vérifier l'acquisition. Savoir répéter une définition n'est pas nécessairement savoir l'utiliser dans une situation. Un exercice de transfert peut montrer si la personne reconnaît les conditions dans lesquelles une compétence est utile.

### Raisonnement pédagogique en quatre temps

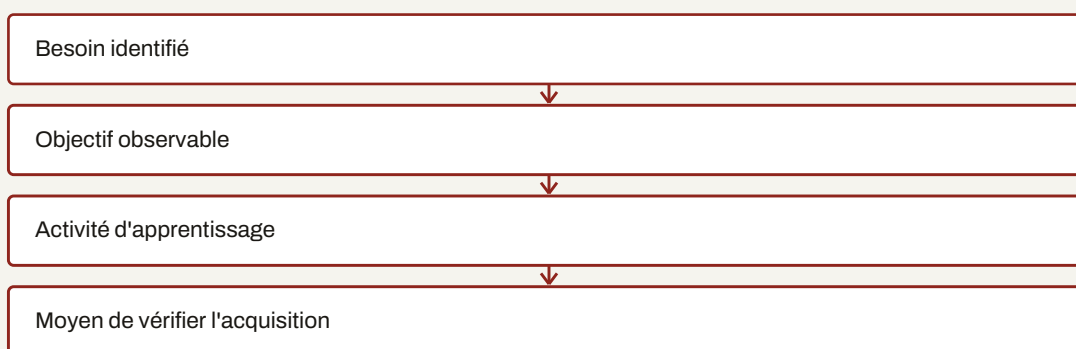


Schéma de principe original • lire les conditions et limites dans le texte

Les contenus réels relèvent des équipes compétentes et du contexte clinique. Ce cours explique la logique éducative ; il ne propose ni protocole d'autosoins ni règle d'ajustement de médicament. L'évaluation d'un programme doit considérer compétences, vécu, accès et résultats pertinents, avec une durée de suivi adaptée.

## 6. Parcours et coordination

Le parcours relie des étapes et des acteurs dans le temps. Une consultation isolée peut être de qualité alors que l'ensemble reste difficile à traverser : informations non transmises, examens répétés, délais, contradictions ou absence d'interlocuteur identifié. La coordination cherche à rendre ces transitions compréhensibles et cohérentes.

Partager des informations ne signifie pas diffuser tout à tous. Il faut une finalité, des destinataires légitimes, des données nécessaires et un cadre approprié. Les droits et la confidentialité restent présents lorsqu'on cherche à améliorer la coordination. Le cours 16-02, partie 2 détaille les distinctions entre minimisation, pseudonymisation et anonymisation.

Un parcours ne se limite pas aux services de santé. Travail, école, logement, protection sociale et entourage peuvent conditionner sa faisabilité. Cela ne signifie pas que chaque professionnel doit résoudre seul toutes les difficultés : il faut identifier les responsabilités, les ressources et les relais pertinents.

## 7. Expérience, identité et stigmatisation

Une maladie peut modifier l'image de soi, les projets et les relations, sans résumer toute l'identité de la personne. Certains symptômes sont visibles ; d'autres restent peu reconnus par l'entourage. La nécessité de justifier des limitations peut devenir une charge supplémentaire.

La stigmatisation associe une caractéristique à des jugements et à des désavantages. Elle peut venir d'interactions ordinaires, de représentations collectives ou de règles institutionnelles. Un vocabulaire réduit à « bon » ou « mauvais patient » masque souvent les contraintes et les priorités qui expliquent les conduites.

L'expérience vécue constitue un savoir situé. Elle ne prouve pas à elle seule une efficacité universelle, mais elle peut révéler un effet, un obstacle ou un critère négligé. La reconnaître ne demande pas d'opposer systématiquement patients et professionnels ; elle peut améliorer la formulation des questions et la pertinence d'une décision.

## 8. Proches, aidants et limites de la substitution

Les proches peuvent apporter une aide pratique, affective ou informationnelle. Cette participation doit tenir compte du souhait de la personne, de la confidentialité et de leurs propres possibilités. Une disponibilité supposée peut déplacer vers eux une charge importante sans qu'elle soit discutée.

Il faut distinguer soutien, consultation et pouvoir juridique de représentation. La famille ne dispose pas d'un pouvoir général de décider pour tout adulte. Les situations d'incapacité à exprimer sa volonté et de protection juridique obéissent à des dispositions spécifiques ; on doit examiner le cadre applicable plutôt que déduire une règle universelle de la seule présence d'un proche. Le cours 16-02, partie 2 et sa référence à L1111-4 donnent le point d'entrée daté.

Soutenir l'autonomie peut donc demander d'aider aussi l'entourage, de clarifier les rôles et de rendre possible un désaccord. Une solution qui semble simple au service peut être intenable au domicile. L'analyse doit inclure ce déplacement de charge.

## Évaluer un parcours sans réduire la personne à un score

Une équipe peut suivre le nombre de rendez-vous honorés, le délai d'accès, une mesure de qualité de vie et la compréhension du plan de suivi. Ces indicateurs ne sont pas interchangeables. Une meilleure présence peut accompagner une amélioration de l'organisation, mais elle peut aussi résulter d'une sélection des personnes les plus disponibles. Il faut donc examiner qui entre dans le programme, qui en sort et pourquoi.

Les priorités peuvent changer dans le temps. Une personne peut d'abord chercher à comprendre une annonce, puis à conserver une activité ou à réduire la charge des démarches. Un programme centré sur un seul indicateur fixe risque de manquer cette évolution. Réévaluer les objectifs n'est pas renoncer à la rigueur : c'est préciser ce que l'on cherche à améliorer et avec quels critères.

**Question supplémentaire.** Un score moyen s'améliore mais un groupe reste exclu par les horaires. Peut-on parler d'un parcours satisfaisant pour tous ? **Réponse.** Non. La moyenne renseigne sur les personnes mesurées ; l'accessibilité et les effets par groupe restent à examiner. Une amélioration globale et une inégalité persistante peuvent coexister.

Pour discuter une proposition, décrire le bénéfice attendu, les tâches supplémentaires qu'elle crée, les personnes qui les réalisent et les possibilités de révision. Cette grille rend visible la charge déplacée vers le domicile ou les proches et permet d'articuler résultat de santé, autonomie et faisabilité quotidienne.

## 9. Cas transversal et exercices

Cas fictif : Nadia travaille à horaires variables. Trois services lui proposent chacun un suivi sans connaître les contraintes des autres. Elle manque deux rendez-vous, reçoit des messages techniques contradictoires et craint que demander de l'aide soit interprété comme un refus de se soigner. Son proche souhaite recevoir toutes les informations à sa place.

1. Identifier quatre obstacles dans le cas sans poser de diagnostic ni juger la personne.
2. Pourquoi compter seulement les rendez-vous manqués serait-il insuffisant pour évaluer le parcours ?
3. Proposer une question ouverte utile pour identifier une priorité de Nadia.
4. Distinguer une information, une compétence et un résultat de santé.
5. Un atelier compte 80 participants sur 400 personnes éligibles ; 60 des participants acquièrent une compétence définie. Calculer participation, réussite parmi participants et proportion totale documentée.
6. Peut-on donner automatiquement toutes les informations au proche qui le demande ?
7. Formuler une réponse à « autonome signifie ne plus avoir besoin de personne ».
8. Proposer un indicateur de coordination et une limite de son interprétation.

## 10. Corrections et discussion

1. Horaires incompatibles, fragmentation des rendez-vous, informations contradictoires, crainte du jugement et pression possible du proche sont des obstacles distincts. Les identifier oriente la recherche de solutions sans attribuer une intention non démontrée.
2. Les absences peuvent refléter l'organisation, le transport, la fatigue ou d'autres contraintes. Il faut examiner la possibilité réelle de participer et la pertinence du suivi proposé, pas seulement un taux de présence.
3. « Parmi les difficultés actuelles, laquelle gêne le plus votre vie et qu'aimeriez-vous pouvoir changer en premier ? » La question ouvre la discussion ; elle ne remplace pas l'examen professionnel des besoins.

4. Une information est un contenu expliqué ; une compétence est une capacité mobilisable dans une tâche ; un résultat de santé est une conséquence pertinente observée. Leur relation doit être évaluée, et l'un ne prouve pas automatiquement l'autre.
5. Participation :  $80/400=20\%$ . Acquisition parmi les participants :  $60/80=75\%$ . Proportion documentée parmi tous les éligibles :  $60/400=15\%$ . Les résultats des non-participants restent inconnus ; on ne peut pas conclure qu'ils échoueraient tous.
6. Non. Vérifier le souhait de la personne, la finalité, les droits et le cadre applicable. Une intention d'aider ne donne pas automatiquement accès à tout ; soutien et substitution doivent être distingués.
7. L'autonomie peut être soutenue par des aides. La question porte sur la possibilité de participer aux décisions et de poursuivre ses priorités, pas sur l'absence absolue de dépendance matérielle.
8. On peut mesurer la proportion de personnes sachant qui contacter lors d'une question organisationnelle, avec un questionnaire défini. Cet indicateur décrit une dimension de coordination ; il ne garantit ni disponibilité effective ni qualité clinique de toute réponse.

## Références et portée

HAS, décision partagée et ETP, liens dans les sections 3 et 5 ; **HAS, structuration de l'ETP ; A2SUP, repérage partiel du thème**, consultés le 2 octobre 2026. Analyse pédagogique de situations fictives. Aucune fréquence nationale d'adhésion ni efficacité universelle d'un programme n'est déduite des exemples ; aucune prise en charge individuelle n'est proposée.