

# Sciences humaines et sociales en médecine

## Bilan et perspectives de 10 ans d'enseignement



### Actes du colloque de Strasbourg 15 - 16 septembre 2004

Sous le parrainage de la conférence des doyens des Facultés de médecine françaises

Faculté de Médecine de Strasbourg  
Bertrand Ludes, Michel Patris, Gilbert Vicente,  
Christian Bonah, Anne Rasmussen

Actes édités sous la direction de Christian Bonah et Anne Rasmussen  
2005



Par l'arrêté du 18 mars 1992, les ministères de l'Éducation nationale et de la Santé ont introduit un enseignement obligatoire de culture générale en première année de la formation médicale en France. L'année suivante, le 19 octobre 1993, un deuxième arrêté concernant les orientations thématiques des enseignements du premier cycle donnait à cette formation son nom définitif, en l'état actuel, et les grandes orientations de son contenu. Nous disposons désormais de dix ans d'expérience de ces enseignements sous leur forme obligatoire en PCEM 1. Il nous a semblé que le moment était propice à établir un état des lieux de ce champ disciplinaire et à confronter nos expériences pédagogiques depuis lors. Dans la continuité des journées d'étude tenues à Strasbourg, à Lyon, à Tours, à Paris, à Toulouse, à Rennes et à Montpellier, la rencontre des 15 et 16 septembre 2004 fut l'occasion de relire ensemble le chemin parcouru et d'en tirer des perspectives pour le PCEM 1 et au-delà.

# Le sceau presque quadricentenaire de notre Faculté de Médecine

Créé il y a près de quatre siècles, le sceau de notre Faculté se compose de divers éléments :

- **En périphérie:** SIGILLVM FACVLTATIS MEDICAE ACADEMIAE ARGENTINENSIS (sceau de la Faculté médicale de l'Académie strasbourgeoise). Parfois, le mot « argentinensis » est remplacé par celui de « argentoratensis ». Le nom gau-lois de la ville était Argentoratum, le nom latin était Argentina.
- **Devant la colonne de gauche:** ΛΟΓΟΣ la logique, le raisonnement, la raison.
- **Devant la colonne de droite:** ΠΕΙΡΑ l'expérience, la pratique.
- **Sous la roue:** ΚΑΙΡΟΣ l'occasion, le moment opportun.
- **En haut:** les armes de la ville de Strasbourg (l'Académie, plus tard Université, était strasbourgeoise), surmontées d'une fleur stylisée (qui n'est pas le lys royal de France)
- **Au centre:** une femme nue (la Vérité ?), peut-être enceinte (féconde ?), aux pieds ailés marchant sur une roue, est entre les deux colonnes du raisonnement et de l'expérience. Tandis que sa main gauche tient (?) l'un de ses cheveux, elle brandit dans sa main une serpe. Elle s'apprête à cueillir les fruits des branches vivaces poussant sur les colonnes.

## Sa date

Le fait qu'avec tous les autres sceaux de l'Université luthérienne notre sceau porte

ACADEMIAE et non UNIVERSITATIS semble montrer qu'il est antérieur à 1621 (année de fondation de l'Université). En réalité, puisque l'existence officielle de la Faculté de médecine de Strasbourg ne date que de 1621, la mise en service de ce sceau n'a pu être antérieure.

## Son auteur

L'auteur du sceau n'est connu, a écrit en 1872 August Stricker, secrétaire du Sénat de l'Université allemande, que par ses initiales : J.F.

## Sa symbolique

La symbolique de ce sceau est discutée.

Selon Wieger, il semble illustrer le premier aphorisme d'Hippocrate (et cela malgré le fait que ΧΡΙΣΙΣ, « jugement », y soit remplacé par ΛΟΓΟΣ) : « La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile » (traduction de Littré).

L'une des interprétations est celle-ci : dans sa recherche libre mais instable de la Vérité, l'enseignement de la Faculté prend en compte la théorie (le raisonnement) et la pratique (l'expérience), utilisées conjointement au moment opportun.

Une autre a été proposée : en faisant tourner la roue du Temps (Kairos), la figure allégorique centrale cueille tour à tour les fruits de l'arbre de la Raison (Logos) et ceux de l'arbre de l'Expérience (Peira).

---

### Légende de l'image de la couverture :

Vitrail réalisé par l'atelier d'art Philippe Simonin, 67 Hindisheim, 1995; diamètre : 1,50m



# Sciences humaines et sociales en médecine

## Bilan et perspectives de 10 ans d'enseignement

# Sommaire

<b>Avertissement au lecteur</b>	5
<b>Dix ans d'enseignement des sciences humaines et sociales en médecine. Bilan et perspectives</b> Bertrand Ludes	6
Première partie <b>L'enseignement des sciences humaines et sociales en médecine : bilans, enjeux, objectifs</b>	8
<b>I. Témoignages et bilans</b>	
Bobigny : 25 ans d'expérience en sciences humaines et sociales Dominique Neuman	9
Enseigner les sciences humaines et sociales : bilan de dix années Michel Patris	11
L'enseignement des sciences humaines et sociales sur le plan national : bilan de dix années Gilbert Vicente	13
Comment les enseignements de sciences humaines et sociales sont-ils perçus par les étudiants ? Charlotte Sauder, Jean-Christophe Roth, Zaher Lakkis, Julien Alembik, Anne-Laure Le Maho, Thibault Mutel	15
<b>II. Remises en question et crises : les réponses des sciences humaines et sociales en médecine</b>	
L'enseignant en médecine, initiateur et témoin Philippe Bagros	18
La médecine en crise : nouveautés et récurrences Christian Bonah	21
Les sciences humaines et sociales enseignées en médecine : une réponse à la crise ? Jacques Gonzalès	27
<b>III. Programmes, objectifs et docimologie : le PCEM 1 et au-delà</b>	
Les raisons d'un programme commun Louis Arbus, Yves Lazorthes, Daniel Rougé	30
Quels objectifs pour l'enseignement des sciences sociales en PCEM 1 ? Claudie Haxaire	33
Au-delà du PCEM 1 : finalité de l'enseignement et diversification des apports Catherine Draperi	38
L'impact des sciences humaines et sociales dans la sélection des futurs médecins Laurent Visier	41
Réflexions suscitées par la correction d'une épreuve d'histoire de la médecine au concours de PCEM 1 A. Caubet, H. Mesbah, J. Segalen, F. Legall, F. Paysant	47

## Deuxième partie

### Enseigner les humanités médicales

<b>I. Au miroir d'expériences nationales</b>	48
Les sciences humaines et sociales dans l'enseignement de la médecine en Suisse Vincent Barras	49
Construire un enseignement de sciences humaines et sociales en médecine. Tel Aviv : 1999-2004 Étienne Lepicard	52
Éthique médicale ou histoire de la médecine ? Le nouveau contexte allemand de l'enseignement des sciences humaines et sociales en médecine Christian Hick	56
L'expérience du Royaume-Uni dans le domaine des sciences humaines et sociales : le cas de la sociologie de la santé Catherine Déchamp-Le Roux	59
<b>II. Qu'enseigner et comment ?</b>	
Du vivant au patient, une proposition d'enseignement d'histoire des sciences et de philosophie de la médecine en PCEM 1 Céline Lefève	61
Sciences humaines et éthique médicale à l'Université Paris 5 : perspectives dans le cadre de l'enseignement du PCEM 1 et du cursus clinique et de recherche des étudiants en médecine Grégoire Moutel, Christian Hervé	66
L'évolution critique de la relation médecin/malade Jean-Christophe Weber	70
L'évolution des relations médecin/usager : un enseignement de sociologie de la santé souvent absent Michèle Baumann	74
Le médecin et la mort Jérôme Goffette	75
De la difficulté de soigner dans un centre de rétention administrative Murielle Rondeau-Lutz	77
L'analyse de pratiques médicales, entre assurance qualité et éthique André Clavert	80
<b>III. Image et médecine : expériences et propositions pédagogiques</b>	
Propositions pour une utilisation du septième art pour enseigner les relations entre science, médecine et société Christian Bonah	81
La culture médicale au miroir du cinéma. Un atelier de <i>medical humanities</i> pour les années cliniques Étienne Lepicard	85
Le multimédia au service de l'enseignement des sciences humaines et sociales Christelle Rabier	88
En revenir aux sources : l'usage des images dans la formation médicale Anne Rasmussen	90



# Avertissement au lecteur

Christian Bonah, Anne Rasmussen

Par l'arrêté du 18 mars 1992, les ministères de l'Éducation nationale et de la Santé ont introduit un enseignement obligatoire de culture générale en première année de la formation médicale en France. L'année suivante, le 19 octobre 1993, un deuxième arrêté concernant les orientations thématiques des enseignements du premier cycle donnait à cette formation son nom définitif, en l'état actuel, et les grandes orientations de son contenu. Nous disposons désormais de dix ans d'expérience de ces enseignements sous leur forme obligatoire en PCEM 1. Il nous a semblé que le moment était propice à établir un état des lieux de ce champ disciplinaire et à confronter nos expériences pédagogiques depuis lors. Dans la continuité des journées d'étude tenues à Strasbourg, à Lyon, à Tours, à Paris, à Toulouse, à Rennes et à Montpellier, la rencontre des 15 et 16 septembre 2004 fut l'occasion de relire ensemble le chemin parcouru et d'en tirer des perspectives pour le PCEM 1 et au-delà.

En partant de ce constat, la rencontre de Strasbourg a fait appel à tous les coordonnateurs et aux enseignants des modules de sciences humaines et sociales des facultés de médecine françaises pour contribuer par leur intervention à cette réflexion commune. L'invitation fut suivie par une soixantaine de participants dont nous avons rassemblé ici la presque totalité des présentations afin d'établir une trace écrite qui, nous le souhaitons, permettra à chacun de relire ce bilan et qui nous aidera à construire nos réflexions communes à venir sur l'organisation et le contenu de cet enseignement.

Le programme des trois demi-journées était organisé autour de trois grands axes : le premier reprenait l'idée d'un bilan des enseignements de sciences humaines et sociales en PCEM 1 depuis leur création sous forme obligatoire. Il s'agissait de s'interroger sur les enjeux et les objectifs de ces enseignements, sur le vécu des enseignants et des étudiants ainsi que sur les modalités de leur évaluation dans le cadre du concours de la première année de médecine. Par extension, nous avons imaginé de consacrer quelques contributions à la crise de la médecine actuelle et à ses rapports avec l'enseignement des sciences humaines et sociales. Le deuxième axe

proposait de relire la situation française au miroir des expériences étrangères. Cette proposition se nourrissait à la fois de l'idée de s'enrichir d'autres pratiques nationales, ce qui n'avait pas encore été tenté lors des réunions antérieures, et de situer la formation en sciences humaines et sociales dans l'espace de plus en plus reconnu de l'enseignement supérieur en Europe. Enfin, le troisième axe de notre programme avait pour objet de passer en revue des expériences pédagogiques précises. Il s'agissait pour nous de poser ainsi de manière collégiale les questions : enseigner quoi – comment – et à quel moment de la formation médicale ? Par son orientation, ce troisième axe consistait en même temps en une interrogation sur la poursuite des enseignements de sciences humaines et sociales au-delà du PCEM 1.

Bien que les trois axes aient été abordés, lors de notre rencontre, sous forme de sessions plénières et d'ateliers de travail en plus petits groupes, nous avons fait le choix d'organiser les actes sous forme exclusivement thématique <sup>1</sup>. À nos yeux, cette réorganisation a l'avantage de permettre une lecture plus cohérente en même temps qu'elle dépend de l'élaboration des textes qui nous sont effectivement parvenus. Elle tient compte de ce fait du déroulement réel de la rencontre plutôt que du programme initialement constitué et annoncé, forcément tributaire de la très forte dispersion des acteurs et de la difficulté de transmettre à chacun les informations utiles en temps opportun. Nous espérons que la rencontre de Strasbourg et la publication de ces actes permettra de réduire la dispersion de tous ceux et toutes celles qui œuvrent dans le domaine de l'enseignement des sciences humaines et sociales en médecine et d'inscrire dans la continuité, peut-être à Lyon en 2006, notre engagement pour les « humanités médicales » au service de nos étudiants, de nos futurs médecins et de notre société dans son ensemble.

Nous saisissons cette occasion pour remercier tous ceux et celles qui nous ont permis d'organiser matériellement cette rencontre et à chacun d'entre vous pour y avoir répondu et participé.

---

**1.** À titre d'information nous reproduisons en annexe le programme de la rencontre telle qu'elle s'est tenue.



# Dix ans d'enseignement des sciences humaines et sociales en médecine. Bilan et perspectives

Bertrand Ludes  
Doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg

La réunion des collègues intervenant dans le module des sciences humaines et sociales en première année des études médicales sera riche et importante, car elle constitue le seul espace d'échanges pour les enseignants entre eux et pour les étudiants et leurs professeurs sur les objectifs et le contenu de cet enseignement.

L'importance de l'apport de cet enseignement est actuellement largement admise et appréciée et la part de 20 % représentée par cette épreuve au concours de PCEM 1 souligne la volonté politique de privilégier le module des sciences humaines et sociales. Toutefois, le contexte particulier de la première année de médecine, avec un concours très sélectif, ne permet pas de donner toute sa plénitude aux matières abordées et il se dégage une volonté de poursuivre cet enseignement en PCEM 2, voire dans les années du deuxième ou du troisième cycle des études médicales. Cela permettrait ainsi le développement d'une approche d'éthique médicale et il me semble que nous devons militer pour la création de véritables départements des sciences humaines et sociales au sein de nos facultés. En effet, cet enseignement peut être considéré comme une première sensibilisation à la relation médecin/malade au cours de la première année d'études, sensibilisation qui doit ensuite être poursuivie au cours des études médicales pour se développer par une réflexion éthique sur cette relation qui ouvrira ensuite la voie à une approche déontologique et plus réglementaire.

Les matières envisagées sont partagées par les différentes filières dont le recrutement passe par le concours de la première année de médecine (médecine, odontologie, sage-femme, masso-kinésithérapie) et elles seront assurément pérennisées si le périmètre des spécialités médicales devait encore s'élargir. Il s'agit là également d'un enseignement qui peut faciliter le passage d'étudiants dans d'autres filières universitaires par la création ou l'existence de passerelles. Ce module de sciences humaines et sociales pourra également donner lieu à des crédits d'enseignements contribuant à l'obtention d'une licence dans le cadre de la réforme LMD. Cet enseignement permet l'intervention de collègues d'autres horizons que ceux venant strictement du domaine médical traduisant la nécessaire ouverture de nos formations aux évolutions de notre société et de la place du médecin dans le monde actuel.

La réflexion qui se tiendra pendant ce colloque permettra de préciser les objectifs de ces enseignements et de réaffirmer l'implication forte des disciplines regroupées sous l'égide des sciences humaines et sociales. Le vécu des étudiants destinataires de cet enseignement sera particulièrement important et certainement apprécié par les participants et permettra de valider les axes de réflexion de ces journées. La poursuite et l'orientation de cet enseignement vers une part plus large de la philosophie, de l'histoire, de l'éthique, doivent s'imprégner des expériences internationales conduites dans

d'autres facultés et nous apprécierons les expériences relatées par des collègues étrangers. Cet aspect souligne encore, s'il en était besoin, la nécessité d'ouvrir cet espace de réflexion au cours des différentes années de médecine. Le projet pédagogique de ce module doit pouvoir faire appel en tant que de besoin à des « spécialistes » pour enseigner la formation médicale au sein de disciplines telles que l'histoire des sciences, la philosophie, la psychologie et la sociologie, avec les efforts nécessaires pour ces collègues de s'adresser au public particulier des étudiants en première année de médecine qui subissent une pression importante quant à la finalité certainement réductrice de cette année d'études à la seule réussite au concours. Il semble également souhaitable qu'une recherche dans le domaine des sciences humaines et sociales puisse être initiée, voire poursuivie, en partenariat avec les équipes des différentes disciplines représentées au sein de cet enseignement et là encore, le soutien de la faculté à cette recherche pourrait être d'autant plus fort et clairement identifié que se mettrait en place une structuration en département.

Je souhaite encore remercier très vivement les organisateurs de ce colloque, à savoir le Dr Christian Bonah et Anne Rasmussen, Gilbert Vicente et le Pr Michel Patris.



# Première partie

## **L'enseignement des sciences humaines et sociales en médecine : bilans, enjeux, objectifs**

### **I. Témoignages et bilans**

### **II. Remises en question et crises : les réponses des sciences humaines et sociales en médecine**

### **III. Programmes, objectifs et docimologie : le PCEM 1 et au-delà**

# Bobigny : 25 ans d'expérience en sciences humaines et sociales

Dominique Neuman

Université Paris 13, UFR SMBH, CHU de Bobigny

Mon intervention d'aujourd'hui s'est imposée à moi à la lecture de la première annonce de cette rencontre : « Dix ans de sciences humaines et sociales en médecine ». Cela fait trente ans que je suis à Bobigny (Université Paris 13), d'abord comme étudiante puis comme enseignante, et je tiens à rendre un hommage d'abord à Pierre Cornillot qui a fondé cette UFR expérimentale en 1968, mais surtout à mon maître Serge Lebovici qui a rejoint l'équipe de Bobigny en 1978 et qui ne l'a pas quittée jusqu'à sa mort en 2000. Tous deux ont beaucoup fait pour que les sciences humaines et sociales aient leur place dans l'enseignement médical et contribuent à donner une ouverture sur d'autres approches de la santé.

C'est en 1976, avant l'arrivée de Serge Lebovici, à l'initiative de Pierre Cornillot et avec l'appui des enseignants biologistes, que s'est mis en place pour les étudiants du premier cycle et particulièrement du PCEM 1 un module intitulé : « l'homme et son environnement ». Ce module visait à préparer les futurs médecins à connaître non seulement le développement de l'homme et le fonctionnement de l'organisme humain à travers les disciplines dites « fondamentales », mais à le situer dans son environnement économique, social, culturel et psychologique. Par ailleurs, tous les étudiants étaient (et sont toujours) tenus de s'inscrire dans une des filières extramédicales de l'université qui les introduisait selon leur choix dans la première année d'un DEUG d'études de psychologie ou de sciences de la nature et de la vie ou d'administration économique et sociale ou encore de soins. Cette tradition initiée par S. Lebovici, véritable figure de pionnier, est actuellement poursuivie par Marie-Rose Moro.

Le brassage des étudiants qui en résultait avait des avantages indéniables et évitait une orientation trop précoce et définitive vers des études médicales ; ceux qui ne réussissaient pas les épreuves du concours de médecine pouvaient continuer

leurs études dans la filière qu'ils avaient commencée. Au cours de l'année 1983-1984, une nouvelle organisation des enseignements a conduit à offrir aux étudiants en médecine une ouverture encore plus large vers les professions de santé en sollicitant la contribution de spécialités susceptibles de participer à cette ouverture ; c'est Serge Lebovici qui a été à l'origine de ce projet. Il insistait sur la nécessité d'une approche pluridisciplinaire et pensait que les étudiants devaient être confrontés à la discussion et à la controverse. Pendant quelque temps les cours furent assurés par un trio : psychanalyste, anthropologue et sociologue, présents à tous les cours. Cela permettait de nombreuses et riches interactions avec l'auditoire. Sur le thème « l'homme sain et l'homme malade », il a donc réuni des anthropologues tel Matarasso, des sociologues telle Catherine Leroux et des psychologues et des psychiatres parmi ses collaborateurs, chacun avec leur perspective ; l'objectif étant d'assurer ensemble un enseignement destiné aux étudiants en médecine dans une perspective transdisciplinaire.

**I. En ce qui concerne la psychologie médicale,** Freud avait déjà signalé dans un ouvrage intitulé : *L'Enseignement de la psychanalyse à l'université*, 1919, que seuls les spécialistes comme les psychanalystes pourraient apprendre aux médecins l'art de la psychologie qui leur était nécessaire dans leur pratique quotidienne. La psychanalyse a précisément éclairé le sens de la relation entre le médecin et le malade par la description du transfert et du contre-transfert. Par ailleurs, les médecins savent depuis longtemps qu'ils doivent faire face dans leur pratique quotidienne à de nombreux consultants qui souffrent de troubles dits « fonctionnels ».

Dès le premier cycle, les étudiants sont donc mis en présence d'un programme qui insiste constamment sur les aspects relationnels de la pratique médicale.

Ce programme comporte plusieurs parties :

- la naissance de la vie psychique,
- les cognitions,
- la dimension du fonctionnement de l'inconscient,
- le système familial,
- la sexualité et ses troubles,
- la maladie et la mort.

Cet enseignement est assuré par des spécialistes psychiatres et/ou psychologues pour lesquels il est tout à fait clair que l'acte médical, même technique, s'insère dans l'environnement socio-culturel du patient.

**II. «Nous sommes tous des ethnologues»,** rappelait le professeur Lebovici en 1983. La culture médicale englobe de nouveaux modes de vie (ceux des toxicomanes par exemple); les populations, transplantées ou immigrées, ont changé de registre. Comment les aborder? L'importance du taux de population migrante dans notre pays a rendu nécessaires pour les professionnels de santé les connaissances des différentes cultures auxquelles ces sujets appartiennent. D'où la nécessité d'un enseignement d'anthropologie et d'ethnologie en médecine, complémentaire de l'enseignement de psychologie. Ce programme comporte trois points :

- l'homme et la culture,
- les structures de la parenté,
- l'anthropologie médicale.

**III. La dimension culturelle** doit faire l'objet d'une approche spécifique particulièrement en psychiatrie. Depuis 1979, Tobie Nathan avait développé dans le service de Serge Lebovici une consultation d'ethno-psychiatrie qui a été reprise par le professeur Marie-Rose Moro qui en fait à présent un enseignement de première année. La dimension culturelle de tout acte de soins et de

toute relation est un point clé développé dans l'enseignement actuel.

**IV. L'enseignement de sociologie** fut d'abord intégré à l'écologie puis au module de sciences humaines et sociales. Les thèmes choisis sont l'enfant et sa famille, les transformations de la famille, le cycle de vie et les rapports entre générations, la maladie, la sexualité et la mort en Occident et quelques problèmes sociaux contemporains telles les transgressions, les inégalités sociales et l'évolution du travail humain. Parler de tout cela répond à une préoccupation des étudiants qui comprennent que ces données sociologiques leur seront utiles dans leur pratique quotidienne. On peut aller jusqu'à dire que la sociologie de la famille est une discipline aussi fondamentale que les disciplines dites « scientifiques » pour un futur médecin. C'était en 1983, il y a plus de vingt ans. L'idée de Bobigny a fait son chemin, relayée par l'arrêté de 1992. À Bobigny aussi les choses ont évolué : sont venus s'ajouter aux enseignements décrits un enseignement de santé publique, un enseignement de médecine générale, ainsi qu'un enseignement d'histoire des sciences.

Ces enseignements depuis leur origine ont fait partie intégrante des épreuves du concours de médecine pour environ 20 % de la note. Ils ont été globalement approuvés par les collègues fondamentalistes et/ou cliniciens et par les étudiants et, je crois pouvoir dire, sans qu'une réelle étude ait eu lieu à ce sujet, qu'ils ont ouvert la médecine à des populations qui n'y auraient peut-être pas accédé sans eux.

Une médecine humaine, au service des êtres humains et située dans son contexte, telle est l'ambition du mariage nécessaire et heureux entre la médecine et les sciences humaines.

# Enseigner les sciences humaines et sociales : bilan de dix années

Michel Patris

Faculté de médecine de Strasbourg

Si nous devons faire le bilan de dix années d'enseignement des sciences humaines et sociales, nous devrions pouvoir mesurer les effets de cet enseignement sur les étudiants qui l'ont écouté. Ceux qui en ont bénéficié il y a dix ans arrivent au terme de leur formation médicale. Il est difficile de dire aujourd'hui si cet enseignement a laissé des traces et quel est son impact sur les pratiques et les mentalités médicales.

Il serait peut-être plus simple et plus modeste de nous demander quels effets nous en attendions. Nous devrions en d'autres termes nous poser la question des objectifs que nous nous étions fixés ou qui nous avaient été fixés au départ. Mais je pense honnêtement et sans aucun regret, je tiens à le souligner, que nous nous sommes engagés dans cette affaire sans avoir une conscience claire des buts de notre entreprise. Nous sommes tous d'une certaine manière tombés amoureux des sciences humaines et sociales parce que nous y projetions un certain nombre d'idéaux éthiques, philosophiques, esthétiques...

Les sciences humaines et sociales ne sont cependant pas nées du hasard des sempiternelles réformes des études médicales. Elles ne sont pas non plus le seul symptôme de quelques enseignants épris de culture. Un des objectifs manifestes était de compenser par « autre chose », une autre forme d'enseignement, le poids écrasant des sciences fondamentales dans le programme du premier cycle des études médicales. On espérait ainsi décaler les critères de sélection des futurs médecins en fin de première année de médecine du côté littéraire, philosophique et, de manière plus ou moins avouée, humaniste. On espérait, pour dire les choses autrement, atteindre un meilleur équilibre entre une « culture générale » (sans trop d'ailleurs se poser de questions sur son sens et son contenu) et ce que certains, non sans humour et perfidie, ont désigné comme « sciences inhumaines », en faisant allusion aux sciences fondamentales.

Soyons directs : toutes les sciences sont humaines dans le sens où la connaissance, la recherche de la vérité, l'intelligence des lois de la nature, répondent à un désir fondamental de notre esprit. Toutes les sciences confondues nous permettent de construire notre rapport au monde auquel appartiennent notre corps, les autres humains et le reste de l'univers. Et ce rapport au monde ne peut que s'enrichir de la diversité des discours autour du corps, autour des liens entre les hommes, autour de notre maîtrise des lois de la nature.

Tout ceci est bel et bien... peut-être trop beau pour être vrai ! Mais qu'en est-il du monde dans lequel s'enseignent les sciences dites « humaines » et sociales ? Il est devenu aujourd'hui un truisme de dire que l'humanité, la société est en crise. Nous ne pouvons cependant éviter de faire le constat que cette crise s'accélère ; que l'homme est plus que jamais le pire danger pour l'homme, que notre mère nature, que l'on a tant idéalisée, subit plus que jamais les blessures du progrès technologique... Que notre corps est plus que jamais le support des angoisses, des frustrations, des pressions que nous subissons de toute part.

Michel Roos, professeur de cette Faculté récemment disparu, me dit un jour : « ce qu'il faut, c'est avoir une vue, une vision de la médecine ». Il entendait par là avoir un regard capable d'embrasser les racines, les fondements, les connexions présentes et le devenir de notre profession. Il n'est plus question ici de modestie mais d'une véritable et authentique ambition, d'une volonté de transmission et d'anticipation, transmission et anticipation étant indissociables dans les rapports pédagogiques, les rapports de maître à élève. Qu'on ne s'y trompe pas, la médecine porte le poids d'une chose sacrée et, si elle devait devenir profane, elle serait à terme condamnée au pragmatisme d'une marchandise parmi d'autres.

Les sciences humaines et sociales peuvent répondre à cet enlisement dans la matérialité crasse

et l'égoïsme des sociétés assiégées par leur propre violence. Mais ce que la médecine nous a enseigné, je veux parler ici de ce que nous avons appris à l'écoute de la souffrance des autres, comment donc l'enseigner au-delà d'une scolastique dont la médecine se drape depuis des siècles? Comment lui restituer ou simplement réanimer ces liens fondamentaux avec l'art, le religieux et le sexuel, liens dont elle est née?

Il y a dix ans, le doyen Pierre Gerlinger m'a fait suffisamment confiance pour m'embarquer dans la coordination de ce module. J'avoue qu'en matière de coordination le résultat ne peut être que modeste. Disons que j'ai entretenu, favorisé le dialogue entre des positions différentes, des conceptions parfois contradictoires, des idées opposées sur le sens même de cet enseignement. De cet éclatement, on m'a fait souvent le reproche. Certains auraient souhaité que ce module se concentre sur des acquis de savoir, ce que l'on entend ordinairement par culture générale. D'autres voulaient porter leurs efforts vers la philosophie de la médecine au sens d'un questionnement éthique. D'autres encore auraient voulu que cet enseignement se limite à quelques thèmes, alors que certains tenaient au contraire à ce qu'il s'ouvre vers la diversité du discours sur l'homme.

Parmi tant de divergences, encore une autre, certains voudraient aujourd'hui que cet enseignement

s'inscrive dans une volonté plus politique, pragmatique, plutôt que dans une perspective critique, voire subversive. Ici à Strasbourg comme ailleurs, les sciences humaines et sociales restent un compromis instable entre toutes ces tendances dogmatiques, conformistes, académiques ou au contraire novatrices, originales, critiques.

Et en fait, qui sommes-nous, nous les enseignants des sciences humaines et sociales? Si j'étais un primatologue, je dirais que nous formons un groupe particulièrement sociable au sens où nous aimons nous rencontrer, nous épouiller réciproquement et échanger quelques grimaces... Plus sérieusement, je dirais que notre communauté a ceci de sympathique qu'elle aime l'échange d'idées, la réflexion, les différences. Les enseignants que j'ai pu contacter à travers l'hexagone sont en général enthousiastes; ils aiment enseigner, ils aiment se retrouver face aux étudiants et éprouver le frisson de l'arène, se risquer au cha-hut, aux rires, aux avions en papier et parfois quand même à quelques gratifications.

Ce qui nous distingue de nos collègues fondamentalistes c'est que nous nous mettons d'une certaine manière à découvert, nous sommes moins protégés par l'infailibilité de notre science. Il nous est donné la chance et parfois le plaisir de redécouvrir ce que signifie enseigner à l'université, de redécouvrir cet équilibre fragile entre une exigence de rigueur et une liberté d'expression et de pensée.

# L'enseignement des sciences humaines et sociales sur le plan national : bilan de dix années

Gilbert Vicente  
Faculté de médecine de Strasbourg

Tout d'abord je tiens à remercier le comité d'organisation strasbourgeois d'avoir confié au président de l'AUFEMO<sup>1</sup> que je suis, le privilège d'ouvrir en compagnie du professeur Michel Patris ce colloque sur les sciences humaines et sociales. Cela nous honore et m'honore d'autant plus que l'AUFEMO a toujours souhaité contribuer à l'essor des sciences humaines et sociales. Ainsi, dès la mise en place de la réforme de 1992, notre association a accompagné tant sur le plan administratif que sur le plan logistique la concrétisation de cet enseignement dans chacune des facultés de médecine françaises.

Lors du quatrième séminaire national des sciences humaines et sociales organisé à Lyon le 16 mars 1996, notre collègue lyonnaise Joëlle Dufour avait, après enquête menée auprès des responsables administratifs, présenté une communication portant sur :

- les modalités d'enseignement,
- le contrôle des connaissances,
- le programme de ce module enseigné dans les facultés.

Pour poursuivre l'aide documentaire que l'AUFEMO souhaite apporter aux facultés de médecine, nous avons publié le 1<sup>er</sup> avril 1996 un supplément à notre *Chronique* mensuelle. Ce supplément de 100 pages, préfacé par le père de cette réforme, le conseiller Jean Rey, dresse la situation en 1996.

Nous en tenons quelques exemplaires à la disposition des collègues, car ce supplément sera précieux pour vous aider à dresser ce bilan de dix ans d'existence. C'est le titre de notre intervention à Michel Patris et à moi-même. Mais nous ne déflorerons pas le sujet. Les nombreuses interventions et différents ateliers qui suivront durant un jour et demi sont là justement pour apporter l'éclairage 2004 sur cet enseignement obligatoire. Il sera bon de le comparer à la situation de 1996. Ce travail

pourrait être confié à un thésard et nous pourrions ainsi connaître le chemin parcouru depuis la publication de l'arrêté du 18 mars 1992 qui, dans ses articles 8, 11, 12 et 14, imposait en première année de médecine un module à part entière, l'un des six modules de PCEM 1, d'une durée de 60 à 90 heures, celui de « culture générale » portant, je cite, « sur les techniques d'expression et de communication, sur la philosophie et l'histoire des sciences ». Deux années plus tard, un arrêté du 21 avril 1994 transformait le module de culture générale en un « module de sciences humaines et sociales » portant au minimum sur 20 % de la somme des coefficients du PCEM 1 (auparavant la note du module de culture générale ne pouvait être inférieure au dixième de la somme des coefficients), ce qui doublait le poids de ce module au concours de PCEM 1.

Enfin un arrêté du 2 mai 1995 entièrement dédié aux sciences humaines et sociales fixait globalement le programme de ce module qui devait permettre aux étudiants :

« 1° d'acquérir les outils de base de la sociologie, de la psychologie sociale, de la démographie, du droit national, européen et international, de l'économie, de la communication et de l'information ; 2° d'aborder les grandes questions d'éthique dans la société.

Les UFR de médecine peuvent de plus proposer [...], des thèmes à étudier pendant l'année, notamment dans le domaine de l'anthropologie et de l'économie des systèmes de santé [...].

Ces enseignements ont pour but de développer chez les étudiants une approche pluridisciplinaire

---

**1.** L'AUFEMO ou administration universitaire francophone et européenne en médecine et odontologie, née en 1982, regroupe les responsables et directeurs administratifs des facultés de médecine et d'odontologie de la francophonie.



des problèmes de la société et de susciter leur réflexion sur la base de leur future pratique dans un contexte élargi ».

Les orientations thématiques des enseignements du PCEM avaient été fixées auparavant par l'annexe de l'arrêté du 19 octobre 1993, suite aux propositions de la Commission pédagogique nationale des études médicales mise en place par le doyen Jean Rey. Six groupes de travail avaient été constitués dès le 14 octobre 1992. La section vi intitulée « Sciences humaines et sociales de la santé » avait été confiée à la coordination du docteur Patrick Brezac et de M. Duprey. Avaient participé aux six réunions de travail : M. Tremolière, le doyen Philippe Lodter, Hervé Le Taillandier de Gabory et Mireille Chapelle. Il sera utile de vérifier comment les facultés ont organisé leur programme par rapport à ces orientations.

Les problèmes rencontrés dans la mise en place de ce module, mais aussi dans le renouvellement annuel de cet enseignement et de ses enseignants, ont essentiellement porté sur les quatre aspects suivants :

- **la définition du contenu et de sa pédagogie** : faut-il ou non enseigner tous les thèmes tels que définis dans la section viii de l'annexe pédagogique ministérielle ? Quelle pédagogie faut-il mettre en place pour un enseignement de masse ?
- **les ressources humaines** : une fois définis les thèmes du programme, par qui les faire enseigner ? Très rapidement le vivier des PU-PH s'est avéré insuffisant pour couvrir tous les champs disciplinaires. Il fallait donc s'élargir à d'autres UFR, à d'autres disciplines, et faire appel à d'autres collègues,
- **les moyens financiers** : comment rémunérer les intervenants non hospitalo-universitaires ? Ce point semble avoir été réglé au fil du temps, avec des solutions très différentes d'un établissement à l'autre. Mais il ne faut pas le cacher, il demeure un frein essentiel au développement de ce module et à son élargissement à d'autres disciplines. Ils ont été en partie réglés par le redéploiement de postes mono-appartenants de MCF et de PU vers les UFR de santé ou par la nomination de PRAG ou de professeurs associés.

Il serait utile de recenser le nombre d'enseignants « titulaires » de cette qualité dont disposent aujourd'hui les facultés,

- **la docimologie** : l'arrêté du 2 mai 1995 imposait une évaluation du module « par des épreuves rédactionnelles » entraînant immédiatement de sérieuses difficultés de correction. L'arrêté du 30 septembre 1997 ajoutait une difficulté supplémentaire, mais certainement incontournable sur le plan docimologique et celui de l'équité, en imposant « une double correction ». L'augmentation ininterrompue des effectifs étudiants en PCEM 1 rend cette disposition de plus en plus difficilement applicable. De plus elle est source de recours juridiques comme on l'a vu avec l'annulation du concours de Brest en 1998 pour défaut caractérisé de seconde correction.

Cette exigence associée au volume des copies à corriger a amené de-ci de-là la démission de quelques enseignants, mais surtout des solutions « technico-docimo-pédagogiques » permettant de conserver l'esprit de l'évaluation des sciences humaines et sociales malgré les contingences administrativo-juridiques. L'atelier qui se déroulera cet après-midi sur le thème « une docimologie nouvelle à créer » permettra de mieux connaître et donc de diffuser les expériences mises en place par les docimologues. L'an dernier, à la demande de Mme Kohler de Nancy, l'AUFEMO avait enquêté auprès des facultés pour connaître l'utilisation de « petites » ou de « grandes questions » d'examen. Peut-être pourra-t-elle nous faire part de l'exploitation et de ses conclusions ?

À la demande du professeur Michel Patris, l'AUFEMO a relayé auprès des facultés l'enquête qu'il souhaitait mener pour animer ce colloque. Il lui a semblé intéressant de confronter ces résultats aux pratiques existantes dans d'autres pays. La table ronde de demain matin dirigée par Daniel Orban de Nice nous apportera cet éclairage indispensable.

Le colloque 2004 est ouvert. L'administration et l'AUFEMO vous apporteront tout leur appui et leur assistance.

# Comment les enseignements de sciences humaines et sociales sont-ils perçus par les étudiants ?

Charlotte Sauder, Jean-Christophe Roth, Zaher Lakkis,  
Julien Alembik, Anne-Laure Le Maho, Thibault Mutel  
Étudiants à la Faculté de médecine de Strasbourg

Les sciences humaines et sociales sont le seul enseignement qui traite véritablement de l'être humain en tant que sujet pensant. L'homme est au centre de la médecine. Étudier la médecine revient à étudier l'homme. Lors des études de médecine, il s'agit d'abord d'étudier l'être humain dans sa nature et ses fonctionnalités normales avant d'aborder les différentes pathologies. L'enseignement fondamental, qui débute dès le PCEM 1, consiste en l'étude détaillée de toutes les structures du corps humain. Ces approches sont indispensables à notre future profession; elles sont à la base des futurs diagnostics que nous serons amenés à poser plus tard. Ces matières scientifiques nous font apparaître le corps humain comme une entité morcelée; et, bien souvent, ce morcellement nous fait vite perdre de vue que l'objet des études de médecine est l'être humain, tant il est analysé organe par organe, système par système. Lorsque l'on nous enseigne les différents constituants d'une cellule, très vite la notion d'être humain s'efface pour laisser place à celle de système biologique. Par opposition à cela, les sciences humaines et sociales sont le seul enseignement qui pose l'être humain en tant que sujet pensant et qui va ainsi au-delà de la conception de l'homme comme être biologique. Dans cet enseignement, l'homme est étudié sous tous les registres; il s'agit bien sûr d'un être biologique, c'est aussi tantôt un être qui souffre, tantôt un être qui soigne; c'est un être qui fait des recherches scientifiques; c'est un être à qui il est arrivé de faire des expérimentations sur d'autres êtres humains, de torturer d'autres humains. L'homme est aussi une entité sociale, c'est une entité qui s'est transformée au cours des siècles, c'est un être qui pense, qui parle, et un être qui ressent. Cet enseignement nous fait apparaître pour la première fois l'homme comme une entité composée, composée par son

histoire, par son futur, par ses relations avec les autres. On entrevoit de temps à autre une dimension philosophique et psychologique dans cet enseignement, et cet aspect nous semble essentiel dans la mesure où notre futur métier nous placera face à d'autres êtres humains et, de plus, face à des êtres humains qui souffrent, qui expriment une plainte et sont dans l'attente d'une réponse.

## Un investissement personnel au niveau des actes et de la réflexion

Pour la première fois dans les études de médecine, en comparaison aux autres enseignements, les sciences humaines et sociales font des étudiants des acteurs de leur apprentissage. Certains cours de sciences humaines et sociales ne sont pas perçus de manière passive par les étudiants car de nombreux sujets traités par cet enseignement engagent inévitablement notre réflexion; c'est surtout le cas avec les cours d'éthique médicale. Cet enseignement offre aux étudiants un cadre conceptuel dans lequel ils peuvent évoluer en fonction de leur singularité, de leurs convictions. Il ne nous apparaît pas comme un mode d'emploi mais plutôt comme un large éventail d'influences qui nous permettra de mieux nous situer dans la pratique du métier de médecin. Cet enseignement soulève des questions qui ne se seraient peut-être pas posées à notre initiative personnelle. Autant de questions (notamment sur la relation médecin/malade) dont nous prenons conscience souvent au cours de notre premier stage en milieu hospitalier. Car c'est face à des situations concrètes en milieu hospitalier que l'on prend conscience de l'importance de ces questions. Il n'est pas certain que cette prise de conscience eût été aussi rapide sans cet enseignement. Par exemple, le cours de sciences humaines et sociales traite de la difficulté de nous positionner dans la relation

soignant/patient; on y apprend qu'il nous faut être suffisamment proche du patient pour mieux comprendre ce qui lui arrive, mais qu'il faut savoir se protéger et maintenir une certaine distance pour ne pas ajouter notre angoisse à la sienne. La complexité de cette relation intersubjective entre médecin et patient, nous la ressentons tous dès notre premier stage hospitalier en deuxième année. Cependant, nous n'avions pas forcément dans l'esprit qu'une telle complexité pouvait avoir lieu en arrivant dans les amphithéâtres de la faculté de médecine, quand bien même nous avions conscience de l'importance de la relation médecin/malade dans la pratique médicale. En mettant en lumière le déséquilibre de la relation médecin/malade, les sciences humaines et sociales nous donnent des clés pour la réhumanisation de cette relation. Réhumanisation de la pratique médicale en évoquant les limites, les abus qui ont eu lieu. Cet enseignement fait prendre conscience à l'étudiant que son métier le confrontera à des êtres humains singuliers, différents, mais aussi et surtout à sa propre singularité, chose qui n'est pas si évidente à concevoir au début.

Les sciences humaines et sociales en PCEM 1 sont ainsi souvent vécues difficilement et c'est une fois ce fameux concours passé que l'on se rend compte de l'impact qu'aura eu sur nous cet enseignement. En effet, il suscite auprès des étudiants un vif intérêt et une réelle attention. Son contenu et les thèmes abordés dans ce module se différencient des autres et interpellent davantage les étudiants. Ainsi les pauses entre deux cours de sciences humaines et sociales donnent lieu à des débats à chaud entre les étudiants, ce qui illustre bien que les sciences humaines et sociales marquent les esprits car il s'agit du seul enseignement qui touche notre réflexion personnelle. Chacun donne son avis sur le thème abordé dans le cours précédent. Des sujets tels que l'avortement font l'objet de vifs échanges car ils font appel aux positions de chacun. Malheureusement, une fois retombés dans l'optique du concours, ces débats n'ont plus leur place dans l'apprentissage de la matière.

En tant que nouvel étudiant en médecine, ce module nous interpelle car il fait directement référence à notre futur métier. On retrouve ainsi le pourquoi de la motivation première de nos études

de médecine. Les sciences humaines et sociales sont, avec l'anatomie, les deux modules qui marquent les esprits et font que les étudiants se sentent plus proches des réalités du milieu médical bien que n'ayant alors encore aucun rapport direct ou pratique avec le métier de médecin. Et c'est en abordant des thèmes tels que le suicide, la relation médecin/malade, la douleur, qu'en tant qu'étudiant de PCEM 1, l'on se sent impliqué par rapport à notre futur métier.

Cet enseignement est le seul en première année qui, à notre sens, nous fait faire un pas vers la profession médicale. En arrivant en PCEM 1, on ne sait pas forcément dans quoi on s'engage. Ainsi il paraît indispensable d'aborder l'histoire de l'institution médicale dès l'arrivée des nouveaux étudiants. Le module de sciences humaines et sociales nous semble donc très important car il parle de l'histoire de la médecine, de son évolution, de son présent et nous offre ainsi différentes perspectives qui concernent son futur. On prend alors conscience de l'importance de l'institution dans laquelle on s'engage et cela nous donne les bases pour savoir d'où elle vient et aussi des pistes de réflexion pour nous interroger sur le futur de cette institution. Ainsi en connaissant le passé de la profession, nous intégrerons peut-être mieux son présent, et nous saurons être acteur de son futur.

Il est important de souligner dans ce cadre-là les erreurs ou abus commis dans le passé pour ne pas les répéter et ce module est le seul moment d'évocation de l'institution médicale. Par les différents thèmes abordés, on prend conscience de la responsabilité du médecin et de son action sur la vie des êtres humains. Lorsque l'on regarde la profession médicale de l'extérieur, ce point de vue nous échappe et les sciences humaines et sociales sont là pour souligner l'aspect moral du métier de médecin. En tant qu'étudiant, on se sent alors investi d'une responsabilité future qui n'est pas évidente à endosser. La médecine agit sur des hommes et c'est en ce sens qu'il ne faut en aucun cas occulter le savoir-être du médecin et on se rend compte de l'énorme responsabilité qui lui incombe. Les sciences humaines et sociales nous montrent ainsi plusieurs aspects de notre futur métier. On est alors amené à se poser

des questions et à réfléchir sur des thèmes qui seront omniprésents dans l'exercice de la profession. Nous ne disons pas que cet enseignement nous apporte des réponses toutes faites, mais il suscite des questionnements et donne des pistes de réflexion. Les sciences humaines et sociales n'ont pas la prétention de nous apporter un mode d'emploi de l'exercice du métier de médecin. Au contraire, ce module nous fait comprendre qu'en médecine rien n'est jamais tout noir ou tout blanc – ce qui contraste avec l'enseignement des sciences fondamentales dispensé en PCEM 1. En tant qu'étudiants, nous avons ressenti cet enseignement comme un guide qui nous donne un cadre d'évolution de notre future pratique de l'acte médical. Il nous fait prendre conscience que la médecine traite des humains et qu'en ce sens le savoir-être est primordial mais non exhaustif. Enfin ce module nous fait voir que les contrastes et les paradoxes sont omniprésents dans l'exercice de la profession et que, si l'on ne les accepte pas ou si l'on ne les comprend pas, on va à l'encontre de ce que représente l'homme.

## Conclusion et perspectives

Dix ans après l'instauration d'un enseignement de sciences humaines et sociales en première année des études de médecine, les étudiants sont en droit de se demander si le but a été atteint.

Il est dans un premier temps évident que l'apport pour nous, étudiants, est immense comme ceci a été souligné précédemment. Le médecin moderne ne doit en effet pas se contenter d'être une encyclopédie de réponses aux diverses pathologies, mais il doit évidemment être une personne cultivée, capable d'avoir une réflexion critique sur le monde qui l'entoure – et c'est ce que sont censées nous apporter les sciences humaines et sociales. Elles sont à ce titre un atout indispensable à la formation du futur médecin.

Cependant les modalités d'examen et de correction sont en totale opposition avec l'esprit dans lequel ont été mises en place les sciences humaines et sociales et ce véritable paradoxe explique les grandes différences d'appréciation quand on interroge les étudiants. L'année dernière à Strasbourg,

l'enseignement des sciences humaines et sociales a été évalué. Certes l'évaluation a été biaisée puisque les étudiants interrogés étaient ceux de deuxième année, mais il ressortait tout de même des questionnaires qu'une part des étudiants regrettait que cet enseignement se cantonne à la première année. On peut alors souhaiter voir se développer dans les années supérieures divers enseignements optionnels inspirés de celui de première année, abordant d'autres sujets tant le domaine est vaste, voire illimité, ou bien approfondissant certains sujets évoqués en première année.

Deux avantages incontestables ressortent de cette proposition :

- tout d'abord le volume horaire en PCEM 1 est déjà si dense qu'il est impossible de le voir augmenter ; le recours à diverses options dans la suite des études permettrait de se libérer de la contrainte « temps »,
- le grand inconvénient de l'enseignement des sciences humaines et sociales en PCEM 1 réside, comme nous l'avons évoqué, dans les modalités d'examen et de correction. Un enseignement optionnel dans les années supérieures ne s'inscrit plus dans la logique d'un concours et on peut alors penser à la rédaction d'un mémoire (comme cela se fait déjà à Strasbourg) à la place d'un examen traditionnel pour juger le travail de l'étudiant. En effet, la rédaction d'un mémoire permet, bien plus que des questions traditionnelles, de juger de l'investissement personnel d'un étudiant. Ces enseignements optionnels pourraient aussi comporter une partie beaucoup plus pratique qu'actuellement, avec par exemple une initiation à l'accompagnement de personnes malades, situation à laquelle l'étudiant hospitalier est inéluctablement confronté et de manière brutale, sans y avoir été préparé.

Ces quelques pistes de réflexion montrent bien, dix ans après la mise en place de l'enseignement des sciences humaines et sociales en première année de médecine, à quel point le champ de travail est encore vaste et varié et que la marge de progression concerne surtout les années d'étude après le PCEM 1.

# L'enseignant en médecine, initiateur et témoin

Philippe Bagros

Faculté de médecine de Tours

Faire réfléchir sur ce qu'est un médecin s'il n'est pas qu'un technicien, un enseignant, s'il se sent responsable de ses élèves, est la vocation profonde de l'enseignement intitulé « Sciences humaines en médecine ». Cette ambition fait qu'on ne peut le réduire à un programme qui comporterait des sciences humaines, de l'éthique, de la philosophie, ni même à une tentative d'amélioration de la culture générale.

## Qu'est ce qu'un enseignant en médecine ?

Quand un enseignant dit devant 600 jeunes de 18 ans : « seuls parmi vous m'intéressent ceux qui vont réussir le concours », il signifie clairement que son métier est de produire des médecins. Mais cette phrase a un effet destructeur car elle est ressentie comme une exclusion, à un âge de construction identitaire fragile. Si l'on admet la définition que l'OMS donne de la santé, qui ne se réduit pas à l'absence de maladie, ce comportement est contraire à la santé. Il est symptomatique d'une attitude médicale qui certainement se manifeste aussi à l'hôpital, devant d'autres étudiants. C'est évidemment contre cette attitude que va l'enseignement « sciences humaines en médecine ».

L'accueil systématique individuel de chaque nouvel inscrit en médecine, juste après les résultats du baccalauréat, est devenu la règle à Tours depuis plusieurs années. La plupart saisissent cette occasion offerte de passer vingt minutes avec un enseignant et un médecin généraliste ou une surveillante, qui sont là pour simplement leur manifester qu'ils existent à nos yeux en tant que personne, et ceci dès le premier jour. Le fait que les accueillants fonctionnent ainsi par paires leur permet en outre de constituer d'année en année une culture commune à la faculté. Ils sont 80 médecins et quelques surveillantes à donner chaque année une ou plusieurs demi-journées .

## Les études médicales sont initiatives

L'anatomie n'est pas les mathématiques ou la chimie. On peut faire en chimie un enseignement neutre. Mais l'abord du corps ne peut pas être neutre; c'est pourquoi l'anatomie a une fonction initiatique incontournable.

Le corps est philosophique parce qu'il est existentiel :

- son altération fait surgir l'image de la mort,
- il est aussi notre prise sur le monde, ce par quoi nous en jouissons,
- l'énergie, la force, ou leur contraire, la fatigue, la faiblesse, naissent mystérieusement de l'intérieur du corps,
- enfin tous nos projets commencent par s'esquisser dans une représentation des gestes et des efforts que le corps devra faire car il faut bien à un moment « passer aux mains ».

L'imaginaire des étudiants accompagne sur ces thèmes de mort, de sexe, de force, tout ce que l'enseignant dit et montre du corps.

Toute philosophie porte en elle une conception du corps, car le corps n'est pas donné : il est conçu. Mais une pratique portant sur le corps, la médecine, appelle une philosophie qui améliore un confort intellectuel souvent compromis. Ainsi les médecins sont portés vers une philosophie mécaniste bricolée à partir de celle de Descartes, qui s'étend à une conception du monde. Mais cela se fait sans le savoir, comme une évidence, acquise pendant les études puis confortée par la doxa, qui n'est pas seulement celle des CHU mais de la société occidentale. Ainsi se propage une pensée unique qu'aucune culture ne tempère jusqu'au moment où l'âge améliore l'esprit, ce qui n'est pas la règle.

L'initiation a la caractéristique fondamentale de produire un changement ontologique : on n'est plus le même après. On est médecin, et pas

seulement un individu qui a la profession de médecin. Nous, les initiateurs, présidons à cette mutation ontologique.

Aussi il est souhaitable d'organiser des groupes de parole autour des travaux dirigés d'anatomie. Mais dès le premier stage commence un abord du corps souffrant, tout aussi initiatique que l'anatomie, et qui en continue l'esprit : le corps objectivé. Le corps objet des chansons de salle de garde, à moins d'être une improbable manifestation d'humour, n'est pas plus gai que celui des « filles de joie ».

### **Enseigner, c'est susciter une création chez l'étudiant**

À la question « si les lions parlaient, que nous diraient-ils ? », Wittgenstein répondait : « nous ne comprendrions pas ». Quand nous, adultes et médecins, prononçons des mots au contenu fort, que comprennent les étudiants ? Nous ne pouvons prétendre émettre notre pensée d'enseignants comme un fax qui irait s'imprimer, avec plus ou moins de déperdition, dans 600 cerveaux. Chacun fait une création personnelle suscitée par l'enseignant, si celui-ci a la vertu artistique d'éveiller les esprits. Tout écrivain sait que chaque lecteur « refait » son livre, et qu'ainsi il échappe à son auteur.

Éveiller, c'est faire apparaître ce qui était déjà présent chez l'auditeur, à l'état de germe inconscient. C'est de la maïeutique. Nous aidons nos étudiants à accoucher de leur désir, sans quoi rien ne se fait. C'est surtout induire un mouvement qui va continuer à se développer, comme un récit intérieur de formation. Une histoire de vie qui va vers un projet et prend ainsi du sens. Il y a une herméneutique de l'évolution formative vers l'identité médicale adulte : l'être médecin à sa manière propre, élaborée sous les yeux d'enseignants élus comme témoins. C'est la suite de la fragile construction identitaire de la postadolescence, que nous espérons ne pas briser.

Ainsi nous devrions allumer des feux dans les esprits. Mais que deviennent des feux qu'on laisse sans cadre, et qu'on n'alimente pas ? Il faut faire ici l'éloge du savoir et de la discipline, mais qui ne seraient rien sans le feu.

Nous tentons chaque année à Tours de donner aux étudiants l'habitude d'écrire au jour le jour, pendant le mois de stage infirmier, un journal de formation, dont ils discutent le dernier jour du stage avec une paire de formateurs, comme lors de l'accueil du début des études. Il faudrait que ceci se poursuive au-delà, peut-être dans le cadre d'un tutorat.

### **Si nous formons des médecins, qu'est-ce qu'être médecin ?**

Le corps fait peur quand un accident rend son aspect inhumain, ou quand une agonie fait se demander comment la personne peut disparaître pour un problème de tuyaux, ou encore quand la douleur intolérable continue de croître. Mais il nous interroge aussi lors d'un accouchement, quand un nouvel être humain apparaît dans des conditions aussi prosaïques, entre sang et excréments. Ce sont des scènes existentielles. Souvent on n'y peut pas grand chose, même avec beaucoup de science, mais le médecin est présent, au premier plan de ces scènes, et lui n'a pas peur. Même s'il ne peut rien faire, il est investi, comme si le savoir médical s'assortissait d'un savoir existentiel.

Quand Céline, dans son *Voyage au bout de la nuit*, ne décrit que la part d'ombre des hommes (mais au bout de la nuit, qu'y a-t-il ?), il brise les dénis qui accompagnent la guerre, le colonialisme, le capitalisme... et la médecine. Il va jusqu'au bout de ce que chacun dissimule sous le mensonge ou au mieux l'euphémisme, à savoir qu'à côté de la lumière que cherchent à projeter la civilisation et la science, il y a l'ombre qui ressurgit toujours, et fait peur. Le médecin vit quotidiennement aux confins de l'ombre et de la lumière dans une situation perpétuellement paradoxale. Et pourtant les études donnent l'illusion que, grâce à la science et à la raison, on va tout porter au jour et rendre les comportements raisonnables. Quelle préparation y a-t-il à l'exercice quotidien du paradoxe ? Cela ne se théorise pas. C'est une initiation, et un accompagnement.

Tolérer les drames existentiels, et le paradoxe de l'ombre et de la lumière inévitablement associés,

c'est le fruit d'une évolution de la personnalité de profane vers une personnalité médicale lentement formée. Cette herméneutique ne doit pas rester inaccessible aux enseignants.

L'une des aides possibles est la constitution de groupes de parole autour de la lecture de grands romans, qui sont souvent le fait d'écrivains qui ont voulu voir et faire voir ce qu'est vraiment la société, avec sa part d'ombre. Mais c'est surtout l'hôpital qui devrait former, si précisément il n'avait pas surtout pour effet d'aggraver la déformation dont menacent les études, car à l'hôpital, le plus souvent, on reste dans la pensée unique.

## **Conclusion**

Personne n'a le temps. Alors, d'abord ne pas nuire. Cela ne prend qu'un instant de détruire. Dans l'enseignement, ne pas nuire c'est ne pas empêcher de vivre. Encore faut-il que suffisamment d'enseignants et de médecins ne voient pas toute vie et toute création comme une menace, à cause de l'ombre. L'enseignement médical paraît encore dresser les forces de la lumière contre les forces du mal, hélas contenues dans tout malade... et tout médecin. Cela prend une vie d'être autrement, mais cela agit sans consommer plus de temps qu'un regard. Il reste à encadrer et à alimenter.

# La médecine en crise : nouveautés et récurrences

Christian Bonah  
Faculté de médecine de Strasbourg

« Depuis quelques années, médecins et clients font entendre des plaintes plus ou moins justifiées au sujet des conditions dans lesquelles la médecine s'exerce actuellement. Il est certain que la profession médicale subit une évolution qui a créé une véritable crise. »

Paul Brouardel <sup>1</sup>

Contrairement aux apparences de son actualité, cette citation, au lieu de clore, inaugure le xx<sup>e</sup> siècle. Il s'agit d'un constat de 1903 fait par le doyen de la Faculté de médecine de Paris, Paul Brouardel, tiré de son ouvrage *La Profession médicale au commencement du xx<sup>e</sup> siècle*. La crise serait-elle récurrente ? Voire permanente ? Au fond, s'agit-il d'une crise ou de plusieurs crises ? Et lesquelles alors ?

Partant de ces questions, le double but de cette contribution consiste à situer les crises actuelles de la médecine dans une perspective de plus longue durée et à montrer le rôle qu'une analyse et une réflexion historiques peuvent jouer dans le cadre des remises en question actuelles. Pour parler avec Jürgen Habermas, il me semble que « l'histoire peut éclairer la matrice culturelle et cognitive d'un héritage qui conditionne profondément notre existence ». Ainsi peut-on, peut-être, affirmer face à la tendance de chaque profession à idéaliser son passé par des « mythes fondateurs » que l'histoire possède aussi une utilité publique en ce qu'elle fournit des éléments pour qu'un débat éclairé puisse avoir lieu.

Pour ce faire, mon intervention s'oriente d'abord vers le couple « progrès et crise », avant de s'interroger sur quelques paradoxes de l'évolution de la profession dans ses rapports avec la société, sur les rapports entre les crises et la professionnalisation en médecine et puis pour finir sur le caractère cyclique et récurrent des crises en médecine.

## Progrès et crise : la crise comme *alter ego* du progrès

Dans le sentiment des contemporains, la notion de crise comporte généralement l'idée de l'inédit, de la rupture et de la dégradation des conditions

préalables. Elle fait irruption dans le déroulement habituel du monde et disloque les acquis antérieurs. En médecine, comme en politique ou en économie, la crise s'inscrit en porte-à-faux par rapport à une société qui conçoit son évolution naturelle comme celle d'un progrès.

Passage difficile, manque de quelque chose sur une vaste échelle ou rupture d'un équilibre, elle caractérise en général un moment intermédiaire de passage d'un état à un autre. Parmi les outils intellectuels utilisés pour aider à penser l'historicité des sciences biomédicales – la révolution scientifique, la découverte, le tournant, l'accélération... –, le paradigme du progrès est sans doute celui, toujours d'actualité, qui a le plus continûment irrigué les manières occidentales de figurer l'activité scientifique. Ce paradigme connaît bien des représentations : croissance de l'activité scientifique quantifiée et mesurable ; avancement des savoirs au sein des disciplines inscrivant chaque époque dans une perspective cognitive méliorative par rapport à la précédente, etc. Surtout, dans le sillage d'un Condorcet, d'un Saint-Simon ou d'un Auguste Comte, s'affirme la correspondance entre le progrès scientifique et le progrès général de l'humanité et de la civilisation qui en est – ou en serait – issu.

Permettez-moi ici de résumer cette évolution sous forme de deux citations :

Charles Richet (1850-1935), physiologiste français et prix Nobel en 1902 pour la découverte du phénomène de l'anaphylaxie, affirme en 1919 : « Le progrès est désirable. Par progrès, on entend une somme plus grande de bonheur, une moindre

---

1. P. Brouardel, *La Profession médicale au commencement du XX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Baillière, 1903, p. 9.



somme de souffrance. Or le vrai progrès, le seul progrès général et puissant, ce sera la création d'une race humaine, plus saine, plus vigoureuse, plus intelligente surtout. Car l'intelligence crée les sciences, et c'est par les sciences seules que peuvent s'atténuer les misères humaines.<sup>2</sup> »

Quinze ans plus tard, Paul Blum, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Strasbourg soutient : « Deux mille cinq cents années d'efforts et de recherches ininterrompues ont amené la thérapeutique à un point où toutes les espérances sont permises. Nous connaissons le corps humain et la physiologie de ces grands appareils avec une précision qui s'accroît tout les jours davantage ; la chimie et la physique ont fait de tels progrès que nous pouvons créer à notre gré des médicaments nouveaux dont il nous est facile de prévoir les propriétés ; nous avons domestiqué toutes les forces de la nature pour les amener à notre secours ; nous inventons ou nous trouvons chaque jour d'autres modalités de l'énergie qui viennent enrichir notre arsenal thérapeutique.<sup>3</sup> »

Désirable, puissant, unique ressource, le progrès reste à travers l'ensemble du <sup>xx</sup> siècle une représentation clé et un mobile d'action dans le domaine de la médecine comme plus généralement dans l'ensemble de nos sociétés occidentales. Filles de « toutes les espérances permises » et baignées dans une atmosphère positiviste qui célèbre le progrès comme valeur suprême, nos sociétés contemporaines affichent le bien-être et le mieux-être comme des revendications essentielles, voire comme un droit. Alors, tout ce qui résiste et tout retard sur un progrès annoncé sont autant de motifs qui alimentent potentiellement un sentiment de crise. Ainsi, il convient de reconnaître qu'en bonne partie les crises naissent du progrès, elles sont sa face cachée et son *alter ego* indissociable. Tant que la médecine est un « art conjectural »

et son succès thérapeutique est plus qu'aléatoire, l'attente et l'espoir ne peuvent pas se transformer en déception et crise. Lorsque la médecine intègre et revendique massivement le paradigme du progrès scientifique, la crise apparaît comme la fille du progrès annoncé : naturelle et inévitable.

### Paradoxes de l'évolution de la profession dans ses rapports avec la société

Une autre manière de poser la question de la nouveauté et de la récurrence du thème de la crise consiste à s'intéresser à l'auteur qui articule le constat. Une crise pour qui ? Pour la profession médicale ? Plus précisément, pour les médecins hospitaliers, pour les médecins libéraux, pour les diverses spécialités médicales ? Pour les « usagers », pour l'État ou pour les organismes de la protection sociale ? Dans la perspective d'une histoire de plus longue durée de la relation médecin/malade, Edward Shorter propose le constat d'un important décalage entre la perception de la société et celle du corps médical des acquis de la médecine moderne et des critiques qu'on peut formuler à son égard<sup>4</sup>. Le paradoxe de ce décalage peut être résumé comme suit : lorsque la pratique médicale accède par l'anatomie pathologique et le renouveau de la clinique à partir du début du <sup>xix</sup> siècle au statut, et par conséquent au prestige, des sciences expérimentales modernes, cette mutation profonde s'accompagne d'une adhésion et d'une confiance grandissantes de la part des malades. Cette transformation s'opère toutefois sans être accompagnée d'acquis thérapeutiques équivalents. En revanche, à partir du moment où la pratique médicale devient véritablement efficace, notamment avec les révolutions thérapeutiques d'après la Seconde Guerre mondiale, dont l'exemple le plus emblématique est la mise au point des antibiotiques, la confiance et l'adhésion du public sont progressivement remises en question.

Croyance et consultations en médecine parallèle et procès médicaux sont autant de critères dont l'augmentation constante permet d'apercevoir et de mesurer un certain désenchantement de la

2. C. Richey, *La Sélection humaine*, Paris, Alcan, 1919, pp. 224-225.

3. P. Blum, *Précis de thérapeutique pratique*, Paris, Baillière, 1935, p. 96.

4. E. Shorter, « The history of the doctor-patient relationship », in W.F. Bynum, R. Porter, *Companion encyclopedia of the history of medicine*, Londres, Routledge, 1993, pp. 783-800.

	Période ancienne - 1800	Période moderne 1800-1945	Période postmoderne 1945 - 2005
Histoire du malade/de la maladie	+++ malade	+++ maladie	+/-
Examen physique du malade	accessoire	+++	technique ++ corporel --
Diagnostic et pronostic	peu développé	oui	oui
Thérapie	peu développé	peu développé	oui efficace
Attitude du malade	une certaine méfiance	confiance du malade	remise en question de la confiance

population dans son ensemble pour une médecine de haute technicité et scientifique. Ainsi, le paradoxe principal est qu'au moment où la médecine occidentale devient pour la première fois véritablement efficace, l'adhésion et la confiance des malades semblent fragilisées. Dans cette histoire de plus longue durée, l'âge d'or de la confiance publique envers la médecine est porté par le positivisme florissant et les promesses de l'innovation thérapeutique des trois premières décennies du xx<sup>e</sup> siècle. Depuis, il y a comme un problème de communication du point de vue des médecins : on fait de plus en plus et de mieux en mieux techniquement, mais on n'arrive plus comme auparavant à le faire savoir. Au cœur de ce malentendu se situe un progrès anticipé par la société et annoncé par le corps médical sans que les réalisations soient toujours au rendez-vous. Cependant, il est clair aussi qu'une longue liste d'autres facteurs participe à cette évolution. Sans pouvoir les détailler ici, il nous reste l'interrogation : une crise pour qui ? De quoi ?

## Crise et professionnalisation

Le xix<sup>e</sup> siècle voit apparaître deux néologismes de la langue française qui nous importent dans le contexte de cette présentation : la déontologie et la dicéologie, les devoirs et les droits du médecin. Dans les premières décennies du xx<sup>e</sup> siècle, les précis et les manuels de déontologie se multiplient<sup>5</sup>. Quasiment l'ensemble de ces manuels est traversé par un malaise qui témoigne d'une profonde crise de la médecine moderne vers 1900 en France. Le

malaise est d'ordre économique et professionnel<sup>6</sup>. Les causes du malaise identifiées par les médecins sont d'ordres différents :

- « un encombrement de la profession »<sup>7</sup> :
  - une augmentation importante du nombre des médecins en France,
  - « l'invasion de médecins étrangers »<sup>8</sup>,
  - « la diminution des malades par l'hygiène et la prophylaxie »<sup>9</sup> ;

**5.** Voir par exemple : A. Dechambre, *Le Médecin : devoirs privés et publics : leurs rapports avec la jurisprudence et l'organisation médicale*, Paris, Masson, 1883 ; P. Brouardel, *La Responsabilité médicale*, Paris, Baillière, 1898 ; J. Grasset, *Principes fondamentaux de la déontologie médicale*, Paris, Masson, 1900 ; G. Morache, *La Profession médicale, ses droits, ses devoirs*, Paris, 1901 ; É. Martin, *Précis de déontologie et de médecine professionnelle*, Paris, Masson, 1914. La deuxième édition de ce précis totalement remanié à la suite du vote des lois sociales paraît en 1923.

**6.** Voir pour le contexte de cette crise entre autres : P. Darmon, *La Vie quotidienne du médecin parisien en 1900*, Paris, Hachette, 1988 ; R.A. Nye, « Honor codes and medical ethics in modern France », *Bulletin of the History of Medicine*, t. 69, 1995, pp. 91-111.

**7.** Voir pour le constat des contemporains par exemple : P. Brouardel, *La Profession médicale au commencement du XX<sup>e</sup> siècle*, op. cit., pp. 9-11 ; É. Martin, *Précis de déontologie*, op. cit., p. 270. Cependant la plainte émanant du corps médical d'une pléthore de médecins n'est pas nouvelle au début du XX<sup>e</sup> siècle, bien au contraire elle traverse déjà tout le XIX<sup>e</sup> siècle. Voir pour ces débats au moment de la multiplication des facultés de médecine en France en 1872 : C. Bonah, *Instruire, guérir, servir*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 2000, pp. 355-407.

**8.** É. Martin, *Précis de déontologie*, op. cit., p. 270.

**9.** *Ibid.*, p. 270. É. Martin ajoute que cette diminution des malades constitue « le seul empiètement sur l'intérêt des médecins, qu'ils ne doivent cependant pas combattre ; puisque d'un intérêt supérieur au leur, celui de l'humanité toute entière ».

- les nouvelles formes d'organisation de l'exercice de la médecine :
  - l'assistance médicale gratuite,
  - les sociétés de secours mutuel et les compagnies d'assurances,
  - l'obligation de la déclaration des maladies épidémiques,
  - la fonction de médecin expert auprès des tribunaux,
  - les règlements d'hygiène de plus en plus nombreux<sup>10</sup>,
  - « le salariat et le fonctionnarisme »<sup>11</sup>;
- les devoirs imposés aux médecins engagent de plus en plus leur responsabilité.

Contrairement à ce que l'observateur d'aujourd'hui peut s'imaginer, les procès en responsabilité, au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle exceptionnels, deviennent de plus en plus fréquents vers 1900. Ils engagent non seulement moralement le médecin, mais les actions en justice, qui sont avant tout des actions civiles en dommages-intérêts, le mettent en accusation directement. Pour garantir le médecin contre les risques inhérents à l'exercice de sa profession apparaissent des sociétés civiles comme le Sou Médical qui assistent les médecins dans leur défense en justice et les assurent contre les accidents occasionnés dans leur exercice professionnel. Étienne Martin, professeur de médecine légale à Lyon, remarque en 1914 dans son *Précis de déontologie* à ce propos : « Plus la médecine deviendra scientifique, plus les règles de l'art seront précises et nombreuses, plus les procès en responsabilité augmenteront. Il faut tenir compte aussi de l'éducation du public qui, autrefois, considérait la médecine comme une science purement conjecturale,

de la concurrence médicale et de l'habileté des gens d'affaires qui engagent des procès. Devant cet état des choses, les médecins doivent se défendre avec énergie.<sup>12</sup> »

La crise en appelle à une défense. L'œuvre de défense économique et professionnelle par excellence passe par le syndicat. Interdits mais tolérés, les premiers syndicats médicaux apparaissent au début des années 1880. La déontologie devient dans ce cadre un autre moyen de défense professionnelle visant ouvertement à améliorer la situation des médecins en luttant contre l'abaissement de la conscience et de la dignité de la profession. Étienne Martin dans son précis publié deux mois avant le début de la Grande Guerre affirme qu'il s'agit « de faire du corps médical une institution d'une honnêteté inattaquable qui donnera à la clientèle plus de confiance et à l'État la sécurité nécessaire pour l'application des lois sociales »<sup>13</sup>.

D'une certaine manière, la question de la responsabilité médicale semble opposer l'intérêt de la société et celui de la profession médicale. Mais cette opposition est toute relative. D'une part, la profession médicale elle-même ne peut pas souscrire véritablement à la conception d'une irresponsabilité absolue, puisque dans ce cas aucun contrôle ne pourrait s'exercer sur des pratiques médicales déviantes, marginales ou franchement non fondées. En revanche, une interprétation étroite de la responsabilité médicale aurait pour conséquence de « faire descendre la médecine dans une arène continuelle de procès criminels ou civils »<sup>14</sup>. Elle rendrait tout exercice libre et consciencieux de l'art de guérir impossible, soutiennent les médecins. Plus personne n'oserait pratiquer certains gestes et la santé, voire l'humanité dans son ensemble, se trouverait en péril. L'action médicale serait paralysée par la crainte de se compromettre.

Face à une méfiance et une exigence publiques grandissantes et une jurisprudence inquiétante, les médecins tendent à consolider l'honorabilité de la profession en redécouvrant le serment d'Hippocrate. Comme l'affirme É. Martin, « la crise médicale actuelle met en honneur ces vieux principes<sup>15</sup> ». Un deuxième pas consiste en l'articulation de codes d'éthique professionnels fixés de

**10.** Voir pour l'histoire de l'hygiène publique en France : P. Bourdelais (dir.), *Les Hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Belin, 2001 ; L. Murard, P. Zylberman, *L'Hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée 1870-1918*, Paris, Fayard, 1996 ; M.L. Hildreth, *Doctors, Bureaucrats and Public Health in France, 1888-1902*, New York, Garland, 1987.

**11.** É. Martin, *Précis de déontologie*, op. cit., p. 275.

**12.** É. Martin, *Précis de déontologie*, op. cit., p. 255.

**13.** É. Martin, *Précis de déontologie*, op. cit., « Préface », p. 7.

**14.** G. Tourdes, « Responsabilité médicale », in A. Dechambre, *Dictionnaire des sciences médicales*, 3<sup>e</sup> série, t. 3, Paris, Asselin et Masson, 1876, pp. 645-688, ici p. 646.

**15.** É. Martin, *Précis de déontologie*, op. cit., p. 5.

manière explicite et écrite. Les syndicats médicaux régionaux mettent en place pour leurs membres des règlements de déontologie médicale<sup>16</sup>, le syndicat de la capitale organise même un premier Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale<sup>17</sup>.

Enfin apparaît l'idée d'un contrat écrit entre médecin et malade qui fixerait les informations données, attesterait le consentement du malade et prémunirait le praticien contre d'éventuels recours en justice. Ici encore le *Précis de déontologie* d'É. Martin affirme : « Ce serait légèreté et imprudence de la part du médecin de pratiquer l'anesthésie sans le consentement du malade [...], de pratiquer sans consentement l'exploration électrique ou la radiographie (tribunal de Narbonne, 28 mai 1903) ou d'inoculer un virus quelconque pour l'expérimentation et sous prétexte de traitement (Lyon, 1859), sans le consentement du malade.<sup>18</sup> »

Alors, sommes-nous face à une crise de la profession ? Le rôle social grandissant que le médecin est amené à jouer au début du xx<sup>e</sup> siècle (la loi de 1892, etc.) est-il ressenti comme une situation où l'État « cherche à exploiter le médecin » et lui impose des devoirs nouveaux<sup>19</sup> ? Certainement.

Et cette crise est ressentie d'autant plus durement que la profession ne parvient pas au début du siècle à obtenir une représentation officielle, l'ordre des médecins tant convoité. Une crise de la professionnalisation alors ? Oui, aussi.

Mais en même temps, ce qui précède montre qu'une certaine forme de professionnalisation est aussi une stratégie de réponse à une crise préexistante. Il existe une dialectique complexe entre crise et professionnalisation. Et en pratique ? Le professeur de médecine légale de Lyon Étienne Martin conclut sèchement son chapitre consacré à la responsabilité médicale : « l'assurance de responsabilité est une garantie à conseiller ».

## Récurrence des crises ?

Procès, codes éthiques et consentement déjà débattus il y a cent ans montrent que le phénomène de la crise dans sa forme actuelle ne semble pas être totalement nouveau. Loin de là. Mais pour

l'historien, des crises de subsistance aux crises politiques, le phénomène a souvent été décrit comme cyclique et récurrent. Quelles seraient alors les récurrences de ces crises en médecine ?

Si l'on prend le phénomène à l'envers et si l'on suit les analyses des historiens de la médecine en France qui se sont intéressés à la naissance de la bioéthique en France, trois périodes apparaissent plus clairement. Tous ces auteurs considèrent que la naissance de l'éthique médicale en France est intimement liée à un état de crise de la profession médicale.

L'historien américain Robert Nye<sup>20</sup> identifie la crise des années 1900 comme le point de départ pour l'élaboration des premiers codes d'éthique écrits en France. L'augmentation du nombre de médecins et d'étudiants en médecine, l'afflux de praticiens étrangers, l'accès à la profession des femmes, l'absence d'une tarification claire et établie<sup>21</sup>, la multiplication des tâches administratives dans le cadre de la santé publique naissante<sup>22</sup> et enfin la multiplication des sociétés d'entraide mutuelle<sup>23</sup>, sont autant de facteurs qui concourent à cette crise de la profession déjà évoquée menant en 1900 à la tenue du premier Congrès

16. Voir pour l'Alsace par exemple : Fédération des syndicats médicaux d'Alsace, Règlement de déontologie médicale, 3 avril 1921.

17. L. Lereboullet, P. Descouts, P. Grasset, *Compte rendu de la première session du congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale*, Paris, Masson, 1900.

18. É. Martin, *Précis de déontologie*, op. cit., p. 254.

19. *Ibid.*, p. 270.

20. R.A. Nye, « Honor codes and medical ethics in modern France », op. cit.

21. À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la rémunération des médecins reste un acte individuel qui dépend de la richesse du patient et de sa reconnaissance. Pour beaucoup de médecins, une tarification unique et affichée ressemble trop à des pratiques de commerçants. Pour la question des honoraires voir : Vicomte d'Avenel, « Les riches depuis sept cents ans. Honoraires des professions libérales : médecins et chirurgiens », *Revue des deux mondes*, t. 37, 1907, pp. 117-148.

22. La loi du 15 juillet 1893 concernant « l'assistance médicale gratuite pour les indigènes » est un exemple de ces tâches. Pour une liste complète voir : É. Martin, *Précis de déontologie*, op. cit., pp. 3-25.

23. Pour ces sociétés : J. Léonard, « Le corps médical au début de la Troisième République, ou l'heureux dénouement d'un malaise professionnel », in J. Poirier, J.-L. Poirier, *Médecine et philosophie à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Institut de recherche universitaire d'histoire de la connaissance des idées et des mentalités, 1977, pp. 11-21.

international de médecine professionnelle et de déontologie médicale<sup>24</sup>.

George Weisz situe « les origines de l'éthique médicale en France » dans la décennie d'après la Seconde Guerre mondiale<sup>25</sup>, notamment avec le premier Congrès international de morale médicale organisé à Paris en 1955 par l'Ordre des médecins<sup>26</sup>. Pour lui, le développement scientifique et technique et l'augmentation exponentielle des coûts des techniques médicales forment l'arrière-plan général de la crise. L'Ordre des médecins créé en 1940 souffre des connotations politiques associées à sa naissance sous le régime de Vichy, l'expérimentation humaine se heurte à une prise de conscience des abus du corps médical allemand pendant la période National-Socialiste et surtout, les années d'après-guerre correspondent à la phase critique de la mise au point du projet, échafaudé depuis les années 1920, d'un système d'assurance maladie national et obligatoire<sup>27</sup>.

**24.** L. Lereboullet, P. Descouts, P. Grasset, *Compte rendu de la première session du congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale*, op. cit.

**25.** G. Weisz, « The origins of medical ethics in France. The international congress of Morale Médicale of 1955 », in *Id.*, *Social science perspectives on medical ethics*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1991, pp. 145-161.

**26.** *Premier Congrès international de morale médicale*, Paris, Masson, 1955, 2 vol. Tome 1 : Rapports, 263 p. Tome 2 : Compte rendu et communications, 355 p. Le congrès est organisé par l'Ordre national des médecins.

**27.** G. Weisz, « The origins of medical ethics in France », op. cit., p. 145. Au sujet de l'assurance maladie et des discussions après guerre voir : H. Hatzfeld, *Le Grand Tourant de la médecine libérale*, Paris, Les Éditions Ouvrières, 1963; H. Jamous, *Sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, CNRS, 1966; H. Jamous, B. Peloille, « Change in the French University and Hospital System », in J.A. Jackson, (éd.), *Professions and Professionalization*, Cambridge, Cambridge University Press, 1970, pp. 111-152; P. Hassenteufel, *Les Médecins face à l'État*, Paris, Presses de Science Po, 1997.

**28.** E. Eyries, *Les Idées médicales dans le théâtre contemporain*, Thèse de médecine n° 39, Faculté de médecine de Montpellier, 1904, pp. 10-11.

**29.** Présentations médicales et scandales publics autour de la radiothérapie par exemple alimentent la rage des détracteurs d'une « médecine expérimentale inhumaine ». C. Soller, L. Gastine, *Défends ta peau contre ton médecin*, Paris, J. Rocques, 1907. Voir aussi : M. Hildreth, « Doctors and families in France, 1880-1930 : The cultural reconstruction of medicine », in A. LaBerge, M. Feingold (eds.), *French medical culture in the nineteenth century*, Amsterdam - Atlanta, Rodopi, Clio Medica, t. 25, 1994, pp. 189-209, ici pp. 193-194.

Enfin Anne-Marie Moulin identifie le sommet de la crise de la profession associant développement des biotechnologies, médicalisation et défense d'une vision individualiste de la médecine, au début des années 1960. Sans chercher ici une quelconque exhaustivité de cette liste, il apparaît clairement que les crises sont multiples et récurrentes et qu'elles possèdent des structures communes mais aussi chacune des particularités. Il s'oppose ainsi une vision de plus longue durée qui atteste d'une part un renforcement du prestige de la profession entre 1800 et 1945 et une fragilisation progressive de l'image de la profession après la Seconde Guerre mondiale, et d'autre part une vision plus ponctuelle qui retrace une suite cyclique de crises dépassées au xx<sup>e</sup> siècle.

## Conclusion

Eugène Eyries dans une thèse en 1904 affirme que « devenu l'allié du malade dans sa lutte contre un ennemi insaisissable venu d'un monde microscopique, le médecin détient désormais un peu de l'inconnu du destin. Dans le crépuscule des dieux où le prêtre perd son prestige, le médecin, pionnier de la science humaine, grandit peu à peu chaque jour<sup>28</sup> ». Face à cette irrésistible ascension de notre profession, la crise et la critique peuvent paraître naturelles et même nécessaires. En revanche, il arrive aussi comme au début du xx<sup>e</sup> siècle qu'une critique souhaitable et constructive se transforme en mouvements et littérature féroce ment antimédicaux (Léon Daudet, Charles Soller, Louis Gastine, etc.)<sup>29</sup>. Une crise peut être aussi instrumentalisée.

Permettez-moi de conclure cette présentation avec une citation de l'historien strasbourgeois Marc Bloch : « L'approche historique, par nature, est une mise à distance et une mise en perspective du présent. Pour pouvoir s'interroger sur le passé, il faut être ancré dans le présent. »

Il me semble en effet que le rôle qu'un enseignement d'histoire médicale peut jouer dans le cadre de la formation médicale actuelle ne consiste pas tellement en un apport de connaissances pour elles-mêmes. Il peut, et il devrait, aider modestement à une mise en perspective du présent pour ceux qui intègrent progressivement le monde de plus en plus complexe de la santé et des soins de santé dans notre société.

# Les sciences humaines et sociales enseignées en médecine : une réponse à la crise ?

Jacques Gonzalès

Faculté de médecine, Université Paris 6, Pitié-Salpêtrière

Je ne vais pas prétendre qu'à la Pitié-Salpêtrière, nous avons trouvé le bon programme, le bon dosage entre les disciplines, les bons messages. Chaque faculté s'organise en fonction des moyens dont elle dispose et nombreuses sont celles qui comme la nôtre ne consacrent aucun moyen ciblé vers les sciences humaines et sociales ; il n'y a pas non plus de département des sciences humaines et sociales identifié.

Je défendrai la place de l'enseignement de l'histoire de la médecine pour les étudiants de première année sous la forme d'une histoire critique de la pensée médicale parce qu'il m'apparaît plus important de faire passer une évolution des idées et des états d'esprit à travers les siècles et ces dernières décennies que de se focaliser sur la discussion d'un programme idéal.

Nous sommes invités ici, à Strasbourg, à faire le bilan de dix ans d'enseignement des sciences humaines et sociales ; il y a cinq ans, nous étions à Tours pour faire « un bilan d'étape ».

Peut-on dire qu'il y a eu des progrès en cinq ans ? Ils existent mais ils sont minces. Le programme de PCEM 1 est mieux défini, un peu plus homogène d'une faculté à une autre, mais les initiatives au-delà du PCEM 1, par exemple, sont encore peu développées au plan national, de sorte qu'il ressort une certaine confusion dans les objectifs. À mon sens, l'année du PCEM 1 devrait être une étape de sensibilisation aux sciences humaines et sociales pour des étudiants à vocation plutôt scientifique, les années suivantes, vraiment médicales, devraient apporter, elles, une véritable formation spécifique en sciences humaines et sociales pour de futurs médecins. Dans ces conditions, l'enseignement des sciences humaines et sociales en première année servirait à faire passer des messages généraux à un maximum d'étudiants y compris à ceux qui les aident dans leurs

révisions, et ils sont nombreux pour ces disciplines, les parents et plus généralement la famille et les amis. D'après ce que nous avons entendu à cette tribune de la part des enseignants comme des étudiants, cet enseignement est apprécié. C'est là un objectif atteint et souvenons-nous qu'il avait été retenu comme une priorité à notre réunion de Rennes, en novembre 2002.

Quel impact peut avoir cet enseignement face à la crise, une crise qui va bien au-delà de la médecine ? De quoi parlait-on à l'époque du congrès de Tours, en 1999 ?

L'actualité était dominée par le bogue de l'an 2000 : tous les ordinateurs de la planète risquaient de chavirer dans la nuit du 31 décembre, les vols aériens devaient être annulés. Il n'y a pas eu de bogue mais il y a eu un double bing le 11 septembre 2001 : toutes les certitudes ont alors chancelé, l'incompréhensible et/ou la fiction sont devenus réalité aux yeux du monde réveillant des pensées stérilisées par les idéologies, des consciences en perte de valeurs et de repères. Le climat de crainte s'est encore exacerbé vis-à-vis des sciences avec le risque du bioterrorisme qui passe par les laboratoires de recherche, les cultures de virus, les substances radioactives, les gaz, ou encore avec celui des nanosciences dont les fictions s'emparent pour mettre en scène des particules, des robots qui vont prendre le pouvoir sur l'homme, ou bien encore avec la génétique et ses dérivés, les OGM, les clonages qui mettent en péril l'avenir de notre espèce, ou bien avec l'industrialisation outrancière qui fait réchauffer la planète détruisant massivement des espèces animales, déclenchant des folies climatiques... Tout devient potentiellement toxique pour l'homme et le principe de précaution s'érige en dogme, peu en importe le coût, car la biotechnologie va nous dévorer. L'homme est face à une nouvelle guerre mondiale beaucoup plus

complexe que les précédentes car l'ennemi est partout, y compris fictif. Dans cette apocalypse, coïncidant avec le changement de millénaire, les médias se régalaient à coup d'audimat, l'industrie pharmaceutique augmente ses ventes de médicaments contre l'angoisse, le mal de dos, les migraines, la fatigue, les médecines parallèles prolifèrent à coup de recettes pour mieux paraître à défaut de mieux être.

Voilà dans quel état sont les cerveaux des étudiants qui forment les auditoires de nos amphithéâtres en PCEM 1 ! Les problèmes contemporains sont devenus planétaires ; à nous de démontrer à ces étudiants qu'ils n'ont en rien l'originalité, la gravité et la nouveauté qu'on nous laisse entendre.

Le but des sciences humaines et sociales est de les faire réfléchir mais il y a un gros écueil. Bien sûr, il est fréquent que l'enseignant de sciences humaines et sociales subjugue, du moins peut-il le croire, son auditoire, qu'il lui communique sa sérénité et le fruit de ses pensées mais, à la fin du cours, une brutale réalité éclate. Les étudiants encerclent l'enseignant en lui demandant : « Qu'est-ce qu'il faut retenir pour le concours ? » Pour cet enseignement de première année, il faudrait donc limiter nos ambitions à une sensibilisation aux regards des sciences humaines sur la santé au sens large, avec trois objectifs :

- diffuser de la bonne information,
- rectifier des informations mal fondées et pourtant largement diffusées,
- donner des clés de lecture à toutes les nouvelles, les innovations ou supposées telles qui nous sont assénées, chaque jour, comme des pubs.

Il est vrai qu'en cinq ans la médecine a fait des avancées importantes dans le domaine de l'imagerie, bénéficiant aussi des techniques de communication à haut débit – et c'est ainsi qu'il a été possible de réaliser une exérèse de la vésicule biliaire à Strasbourg par un robot commandé depuis New York –, la téléchirurgie, la télémédecine, le téléenseignement sont à notre portée ; le génome humain, les biopuces à ADN, la pharmacogénétique, la thérapie génique et cellulaire offrent d'autres espoirs.

L'allongement de la vie est encore une réalité insuffisamment prise en compte avec une médecine

ne préventive et aussi prédictive qui doit prendre une place croissante. Je ne m'étendrai pas sur d'autres victoires sur la vie offertes par les nouvelles techniques d'assistance médicale à la procréation ou les progrès de l'imagerie interventionnelle qui permettent d'opérer des cœurs à thorax fermé... Ces réalités sont assombries par un scepticisme ambiant pesant.

Le public est désespéré de découvrir que le risque infectieux demeure : la crise antibiotique a pointé, la frénésie de l'asepsie nous coûte très cher.

Faire passer aux étudiants de PCEM 1 l'idée que les germes représentent aussi la vie est un message essentiel. L'homme ne détruira jamais un monde plus vivant encore que le sien, celui des germes dont on connaît la plasticité. Ce message peut donner aux étudiants un autre regard sur les maladies nosocomiales que celui d'un scandale hospitalier subintrant, et peut leur permettre de relativiser un peu lorsqu'ils apprennent que ce sont des patients en survie, immunodéprimés, qui en sont les principales victimes certes innocentes. Faut-il se vacciner contre tous les risques ? Le charbon, la variole, le bioterrorisme ont trop hanté les esprits au lieu de faire l'objet d'études sérieuses.

La sécurité sanitaire pose des problèmes difficiles et mondiaux, en particulier la qualité de l'eau et de l'air qui retentit sur la santé de l'ensemble des populations.

Tels sont des exemples de messages qui peuvent contribuer à stimuler la réflexion des étudiants les plus jeunes. Il faut aussi leur faire ressortir combien l'exercice médical est devenu actuellement difficile en Occident, complexe, en raison de patients ou d'un entourage qui appartient à une société mal informée voire désinformée : le patient résiste souvent aux conseils et même à l'avis médical puisqu'il « sait tout » par la télévision et Internet.

Libérer les gens des addictions ! Voilà encore un défi pour les enseignants de PCEM 1 face à des étudiants si stressés qu'ils fument de plus en plus, mangent dans les fast-foods et cherchent à se doper ou à boire de l'alcool au moindre prétexte ! À quoi servent alors nos cours ? Il est probable qu'ils font parvenir les bons messages à un cercle

de proches qui, eux, risquent d'en tenir compte dans leurs comportements quotidiens... des messages qui, espérons-le, seront aussi pris en compte par ces étudiants eux-mêmes quand ils auront quitté le PCEM 1... même s'ils ont échoué, ce qui est le cas le plus fréquent comme on le sait.

Notre action pédagogique n'est donc pas forcément directement mesurable en première année. Pour les étudiants qui vont vraiment faire un cursus médical, les sciences humaines et sociales peuvent les éclairer pour comprendre combien la médecine est difficile, et particulièrement de nos jours. Le patient est devenu souvent arrogant. La défiance tend à remplacer le climat de confiance envers le médecin d'antan. Quand j'ai entendu hier des étudiants dire qu'ils étaient satisfaits de leurs cours de sciences humaines et sociales, qu'ils ont compris le sens de cet enseignement quand, quelques années plus tard, ils sont allés à l'hôpital, j'émetts des réserves: est-ce que les messages lancés en PCEM 1 ne visent que les personnes hospitalisées? L'hospitalisé n'est-il pas un patient dans une condition particulière? À ce stade des études, l'étudiant aurait besoin d'une formation adaptée où l'apport des sciences humaines et sociales serait plus spécialisé.

En première année, il faut faire simple. La relation médecin/malade débute au cabinet dans un colloque singulier. Ce contact peut être soit bienfaisant, presque protecteur, soit distant, aseptisé avec un examen clinique fait devant témoin, les mains gantées stérilement. La question a été posée par Didier Sicard (*Le Monde*, janvier 2004): « Faut-il protéger les malades ou s'en protéger? » La place de l'examen clinique, clé de voûte de notre enseignement traditionnel, s'écroule de plus en plus au profit de l'imagerie; perçu par beaucoup

de patients comme vieillot voire malsain avec un risque de «judiciarisation» pour le praticien, le recul de cette pratique conduit à une inflation des coûts: une jeune femme enceinte de cinq mois m'a dit, il y a quelques jours, qu'elle avait fait trois échographies pelviennes avant d'avoir son premier examen gynécologique. Dans ces conditions, la médecine coûte cher, et de plus en plus, surtout que la durée de vie s'allonge. La médecine à plusieurs vitesses est une réalité qui n'est pas nouvelle. Il suffit de voyager un peu hors de nos frontières pour voir que des privilégiés bénéficient de transferts de technologies ou sortent de leurs frontières pour se faire soigner.

La perte de la culture philosophique et philanthropique, le recul de la spiritualité au profit d'extrémismes religieux ou de sectes, la puissance des égoïsmes ont fait émerger paradoxalement, dans ces dernières années, un intérêt pour l'éthique, comme s'il s'agissait d'un nouveau concept en médecine. Les informations partielles, partiales, la désinformation agitent des esprits sans repères.

Dans le cadre de nos cours en sciences humaines et sociales, notre pédagogie tournée vers l'éducation à la santé physique et psychique doit être porteuse de messages destinés à un grand nombre. C'est dire qu'intervenir dès le PCEM 1 est important: nous devons transmettre des signaux éclairants dans les sciences de la vie. Aujourd'hui la peur de l'incertain a pris le pas sur l'attrait de l'inconnu et de la découverte. Il faut par nos réflexions infléchir cette tendance qui détournent les étudiants français des disciplines scientifiques dans nos universités. Je crois qu'ainsi l'enseignement des sciences humaines et sociales par son apport à l'éducation des étudiants et, par eux, de leur entourage, peut aider à faire reculer la crise actuelle.



# Les raisons d'un programme commun

Louis Arbus, Yves Lazorthes, Daniel Rougé  
Faculté de médecine de Toulouse-Rangueil

L'arrivée des sciences humaines et sociales dans l'année préparatoire aux études de médecine a suivi une lente évolution depuis 1950.

**Avant 1950**, la formation littéraire dominait.

**À partir de 1950**, le matérialisme biologique s'est installé en médecine. Ce fut un tournant scientifique. La recherche biologique devenue forte avait besoin d'un langage mathématique fait de rigueur et de précision. Le médecin qui jusqu'ici était un « artiste », autant qu'un scientifique, devait se transformer en un savant à part entière. Ce fut l'ère des QCM et de l'arrivée massive en PCEM 1 des élèves venant des séries mathématiques ou apparentées, ce qui n'a pas changé.

Mais peu à peu la notion de « l'humain » prit de l'importance. La médecine des statistiques fut remplacée par la « médecine de l'homme », la santé n'était plus « l'absence de maladie », mais on comprit qu'elle correspondait à un état de « bien-être », physique autant que mental, mental autant que social. Ce « bien-être » étant dû à la **qualité de vie associée à l'absence de maladie**.

**Dès 1990**, il fut évident que les études médicales devaient aboutir à la formation d'un scientifique mais aussi d'un homme capable de comprendre son semblable et la société : ainsi « être utile à l'homme et à la société ». On allait rétablir une parité, depuis quelques années oubliée, entre la personne humaine et l'organisme qui la contient.

**Ce retour à la personne** fut marqué par les premières directives du ministère de l'Éducation nationale (Jean Rey, conseiller), prises à l'initiative de quelques enseignants dans quelques facultés. Vous gardez tous le souvenir de ces débuts où l'on nous définissait de façon un peu vague avec, il est vrai, un programme comprenant des propositions de thèmes, de sujets qui appartenaient aux différentes facettes des sciences humaines, mais qui s'appelaient, par humilité, ou par indécision, « culture générale », ce qui ne voulait pas dire grand-chose.

C'était on ne peut plus flou. Les facultés de médecine chargées de l'enseignement de la première année (PCEM 1) furent alors confrontées à de nombreux obstacles entre autres :

- l'inquiétude des fondamentalistes devant l'apparition d'un tel « ensemble culture » dont ils redoutaient l'invasion ;
- les difficultés des doyens confrontés à l'absence de spécialistes de « culture générale » dans leur faculté et de moyens d'accompagnement.

Il fallait pourtant faire face et trois directions furent suivies :

- dans quelques cas, les disciplines les plus proches de la culture générale ou, au moins, les plus diversifiées furent choisies ;
- dans d'autres, des volontaires intéressés par cet aspect culturel furent accueillis avec gratitude par les doyens ;
- dans d'autres enfin, des spécialistes venus d'ailleurs furent sollicités.

Trois orientations excellentes à condition qu'elles soient associées, et non pas isolées. Ce fut souvent le dernier cas qui domina. On vit alors se développer un enseignement polymorphe selon l'établissement et le choix du doyen.

**En 1996**, l'AUFEMO fit une première évaluation. J'ai repris ce rapport très brièvement.

Près de 40 facultés avaient répondu. La fréquence de l'enseignement des matières de culture générale recommandées par l'arrêté du ministre se répartissait ainsi (cf. tableau 1).

**En 1999**, nous avons entrepris la même démarche et nous nous mîmes en quête de savoir quels étaient les programmes de nos collègues :

- 19 facultés sur 43 sollicitées répondirent. La première conclusion fut que nous n'étions pas très fédérateurs ;
- la diversité parmi les 19 était étonnante.

Pourtant on devait remarquer par exemple la constance et l'activité de Tours, avec de Toffol et Bagros, et l'intérêt de plus en plus grand de

**Tableau 1**  
**Modalités d'enseignement et volume horaire**

Faculté	Volume horaire global	C.M.	E.D.T.P.	Autres	Faculté	Volume horaire global	C.M.	E.D.T.P.	Autres
Amiens	70 h	70 h			Paris Bichat	60 h	60 h		
Angers	60 h	60 h			Paris Bobigny	80 h	80 h		
Besançon	56 h	56 h			Paris Broussais	60 h	60 h		
Bordeaux	62 h	62 h			Paris Créteil	62 h	52 h	10 h	
Brest	60 h	45 h	15 h		Paris Kremlin-Bicêtre	61 h	43 h	15 h	T.P. 3h
Caen	60 h	40 h	20 h		Paris Lariboisière	90 h	90 h		
Clermont-Ferrand	74 h	71 h	3 h		Cochin	60 h	60 h		
Dijon	92 h	66 h	26 h		Necker	60 h	60 h		
Grenoble	76 h	54 h	22 h		Paris Ouest	60 h	60 h		
Lille libre	60 h	50 h	10 h		Paris Pitié-Salpêtrière	68 h	68 h		
Lille	78 h	63 h			Paris Saint-Antoine	60 h	60 h		
Limoges	60 h	60 h		Lecture ouvrage (15 h)	Poitiers	80 h	72 h	2 h	
Lyon G.B.	60 h	40 h	3 h		Reims	60 h	40 h	20 h	
Lyon Laennec	66 h	40 h	6 h	Visite musée (2 h)	Rennes	89 h	53 h	36 h	
				Lecture ouvrages (15 h)					
Lyon Nord	60 h	20 h	40 h	Tutorat (20 h)	Rouen	88 h	61 h	9 h	Lectures dirigées (18 h)
Lyon Sud	60 h				Saint-Etienne	72 h	56 h	16 h	
Marseille	60 h	60 h		Lecture ouvrages	Strasbourg	90 h	90 h		
Montpellier	76 h	76 h			Toulouse Purpan	90 h	90 h		
Nancy	83 h	83 h			Toulouse Rangueil	90 h	82 h	8 h	
Nantes	80 h	64 h	16 h		Tours	90 h	90 h		
Nice	70 h	70 h							

collègues de plus en plus nombreux pour ce qui était devenu les « sciences humaines et sociales ». Aussi au cours de quelques réunions, il fut décidé de créer un club (ce qui n'engageait à rien) et une réflexion sur l'opportunité d'un programme commun fut initiée.

J'ajoute que j'ai parcouru un certain nombre de programmes actuels, et qu'il suffirait d'harmoniser leur terminologie et leur importance pour arriver à un consensus, tellement ils sont déjà ressemblants. Je fais par exemple allusion au programme de Strasbourg très proche du nôtre.

Un exemple de programme commun avait été concrétisé à Toulouse par M. le doyen Guy Lazorthes qui écrivit son livre sur les sciences humaines et sociales en 1992. Il représentait un équilibre entre les divers thèmes des sciences humaines et sociales et fut suivi par de nombreux étudiants et sans doute enseignants puisqu'il donna lieu à sept éditions successives.

L'évolution nous montre maintenant qu'on doit réfléchir à un programme commun qui doit être très proche de l'actualité scientifique et humaine.

## Pourquoi un programme commun ?

- On ne peut, ni ne doit, pour une discipline aussi impliquée dans les résultats du concours, rester dans un flou tel que chaque faculté soit à la base d'un programme particulier spécifique et différent et souvent d'une modalité de concours qui lui est propre.
- Il est indispensable de nous harmoniser sur les connaissances que nous trouvons indispensables pour les jeunes étudiants qui vont se spécialiser dans les sciences de la vie.

À ma connaissance, ils ne les ont pas :

- parce qu'elles ne font pas partie des programmes antérieurs ou n'ont pas été suffisamment orientées,
- parce qu'elles n'ont pas retenu leur attention dans les programmes du secondaire où leur intérêt était relatif.

Donc, en première intention, donner un socle de connaissances nécessaires pour établir une formation professionnelle spécifique aux sciences de la vie et favoriser au maximum leur réussite professionnelle ultérieure.

- Structurer ainsi vis-à-vis de nos collègues et étudiants notre enseignement des sciences humaines qui dans quelques facultés ne peut être défini et le voir devenir plus crédible s'il en est besoin.
- En faire une « matière » au sens propre du terme et donner un contenu concret à un ensemble dont on ne peut pour l'instant que retenir la variabilité.
- Donner une base pour une possible continuité. Cette proposition annoncée nous permettrait de mieux définir ce dont nous avons besoin, par exemple en matière :
  - de crédits de fonctionnement, de postes,
  - d'aide étrangère : ainsi deviendrait-il possible en fonction d'un programme de justifier la nécessité de nous adjoindre des assistants venus d'autres disciplines et ainsi nous permettre de le faire admettre à nos doyens et aux collègues des conseils de faculté.

### **Les précautions**

Ce programme commun devrait ménager certes les susceptibilités de chacun, mais aussi la personnalité et la spécificité de chaque faculté.

Nous savons bien que dans l'urgence des exigences nouvelles auxquelles ils furent brusquement soumis en 1992, les doyens ont fait appel à leurs enseignants disponibles. Il faudrait leur laisser l'opportunité de maintenir leur choix et leur individualité.

Ainsi ce programme commun ne correspondrait qu'à une partie des matières, à définir (50 ou 60 % par exemple). Le reste étant laissé à l'appréciation du doyen qui pourrait ainsi poursuivre le développement de la spécificité de sa faculté.

C'est dans cet esprit que le « club informel » de réflexion en sciences humaines et sociales a décidé d'éditer avec l'aide des éditions Masson un ouvrage collégial dans la collection « Abrégés ». Seront abordés huit thèmes essentiels et consensuels qui pourraient être considérés comme le « noyau dur » de l'enseignement. Cet ouvrage actuellement en cours de rédaction devrait être disponible pour la rentrée universitaire 2005-2006.

### **Le contenu**

Je ne vais pas ici vous dicter un programme.

Nous avons proposé à ceux qui avaient répondu à nos diverses interrogations un ensemble de textes communs, en recherchant avant tout la participation d'un maximum de collègues en fonction de leurs intérêts d'enseignement. Certains n'ont pas été contactés parce que n'en ayant pas manifesté le désir. D'autres ont refusé parce que leur participation était ailleurs. Ce fut le cas de M. Bagros, Mme Le Faou. Je dois dire que l'abécédaire que j'ai reçu pourrait tout à fait s'intégrer dans un programme commun sous la forme d'une série de termes dont la connaissance est indispensable.

Quoi qu'il en soit, ce contenu devrait faire une part aussi grande à l'information qu'à la formation. Être d'ailleurs plus « sensibilisateur » que « formateur ». Être surtout le résultat d'un consensus.

### **Les erreurs possibles**

Il me paraît indispensable de ne pas transformer ce programme en une année de propédeutique préalable aux études de médecine. Nous sommes chargés d'un enseignement préparatoire à divers métiers de la santé. Certaines conditions sont à respecter :

- les titres : « Relations médecin/malade » par exemple doit se transformer en « relation interpersonnelle » ou autre ;
- éviter la responsabilité médicale, mais ne pas méconnaître le droit des patients, le droit des enfants, par exemple.

De multiples exemples pourraient être cités.

Ce PCEM 1 est destiné à devenir un concours probatoire pour les sciences de la vie. Nous ne devons pas en faire une première année de médecine. Les 70 % d'étudiants qui échouent ne nous pardonneraient pas de leur avoir pendant deux ans imposé des notions dont ils n'auront jamais l'utilité. Enfin cette démarche, dans le sens d'un programme commun, ne peut être qu'un consensus. Nous avons à Toulouse multiplié les sollicitations et les interrogations afin de connaître les avis de chacun pour qu'il en soit ainsi.

Je crois qu'il est important que la recherche de ce consensus soit le facteur dominant si certains pensent que cette démarche est judicieuse et qu'ainsi l'effort que nous avons entrepris soit poursuivi.

# Quels objectifs pour l'enseignement des sciences sociales en PCEM 1 ?

Claudie Haxaire

Faculté de médecine de Brest (UBO) et CESAMES (UMR 8136 – CNRS – Paris V, INSERM U 611)

Avant toutes considérations, il me semble utile (et instructif) de situer le contexte dans lequel l'enseignement de sciences sociales que j'ai construit en PCEM 1 prend place à la Faculté de médecine de Brest (UBO).

À Brest, en sus des enseignements de français portant sur la communication, l'enseignement des sciences sociales et humaines en PCEM 1 comprend trois unités de dix heures de cours magistraux : le cours d'éthique, celui d'histoire de la médecine, celui intitulé « santé et environnement ». Les enseignements d'éthique et d'histoire de la médecine, dont J.-J. Kress, professeur de psychiatrie, était responsable, sont assurés par une pléiade de professeurs de médecine, chacun traitant pour une ou deux heures de ce qui concerne sa spécialité en histoire ou en éthique. J'interviens pour 5 heures dans le cours d'histoire de la médecine. Dans le cours « santé et environnement », dont J.-D. Dewitte, professeur de médecine du travail, est responsable, les interactions santé et environnement sont entendues du point de vue de la santé publique (J.-D. Dewitte), de celui de la santé au travail (D. Leboul, psychodynamicienne du travail), du point de vue social. Et c'est à ce propos qu'il m'est donné de présenter la socio-anthropologie et d'apporter le point de vue de ma discipline sur les sujets traités par mes collègues (en 4 heures).

L'enseignement des sciences sociales (C. Haxaire), tout comme de l'éthique (D. Leboul), de la psychologie médicale et de la psychologie (M. Walter), de l'épistémologie (A. Cenac), de l'anglais (M. Riou), du français (G. Commault), se poursuit en P 2. Pour ce qui me concerne, il s'agit d'un module optionnel d'anthropologie de la santé de 24 heures, dont les épistémologies sont présentées. Puis les étudiants apprennent à utiliser et à critiquer un certain nombre de concepts et

d'outils d'analyse successivement élaborés par cette discipline (système de soin de santé, itinéraires thérapeutiques, causalité de la maladie, rituel thérapeutique, modèles explicatifs de la maladie, réseau sémantique de la maladie, récits...). J'utilise des exemples d'entretiens, de vidéo, de cas, d'observations, qui leur font prendre conscience des logiques à l'œuvre dans le secteur profane auquel leurs futurs patients appartiendront. Il leur est ensuite présenté des études de cas plus complexes qui mobilisent l'ensemble de ces outils sur des grands problèmes de santé publique (sida, violence structurelle).

Il est possible en D 1 de suivre une MSBM en éthique (D. Leboul) ou en anthropologie, ethnologie et sociologie de la santé (C. Haxaire). Des méthodologies de recherches sont alors proposées et des cours plus spécialisés délivrés (professions et institutions de santé, regards croisés anthropologie psychiatrie, méthodologies de recherche qualitative pour la MSBM de socio-anthropologie). D'autres modules optionnels sont accessibles en D 2, D 3. Je propose pour ma part cette année avec C. Leroyer (professeur de pneumologie co-responsable du DU « De l'information à l'alliance thérapeutique : l'éducation du patient ») et J.-P. Nicolas (Jardins du monde, université de Lille) un module « Anthropologie du remède et du médicament : outils pour l'éducation à la santé ». En PCEM 1, j'enseigne donc 9 ou 10 heures selon les années dans deux modules différents. Ayant été recrutée par la faculté de médecine sur un poste destiné à la maîtrise de sciences sanitaires et sociales, il m'a été confié quelques cours destinés aux étudiants en médecine sans qu'il soit envisagé de me laisser l'organisation d'un module en entier. Cependant, le doyen J.-M. Boles souhaitait que je construisse mon enseignement de façon cohérente

et que j'établisse des liens entre l'histoire et la santé publique. J'ai donc proposé une lecture anthropologique de l'histoire, tout comme de dégager l'ancrage historique du savoir profane.

Ce sont les objectifs de cet enseignement, à cheval donc sur deux modules, que je vais présenter ci-après, en précisant les expériences qui m'ont amenée à élaborer de tels objectifs.

En effet, lorsqu'on me demande ce que je fais dans la vie, je dis que je suis ethnologue, spécialisée en anthropologie de la santé, et que j'enseigne en faculté de médecine. Bien sûr on me demande ce que cela enseigne, un ethnologue en faculté de médecine. Pour les non-spécialistes, ce n'est pas évident. Je réponds alors que j'essaie d'apprendre aux futurs médecins à écouter leurs malades. La réaction est unanimement un cri du cœur : « eh bien ce n'est pas trop tôt, vous avez du travail, bon courage ».

La question à laquelle j'ai tenté de répondre, réponse que je voudrais soumettre ici à la discussion, est donc comment, en PCEM 1, l'année du concours, ouvrir à l'écoute des malades, des étudiants qui ne savent pas encore s'ils embrasseront une profession médicale, mais qui sont encore vifs de l'ouverture d'esprit de la philosophie en terminale.

Je connais l'objection de certains d'entre vous qui se préoccupent d'élaborer une formation utile à tous, qu'ils deviennent ou non médecins. Cette interrogation se combine alors à la question suivante : comment ouvrir tout citoyen à une réflexion sur le devenir de la médecine et les choix de société que les innovations technologiques impliquent ? Nous avons tous à nous construire une opinion sur l'autorisation ou non du clonage humain, l'euthanasie, nous avons tous à nous interroger sur les inégalités en matière de santé, sur l'explosion de la pandémie de sida dans les pays du Sud et la réticence des laboratoires pharmaceutiques à autoriser la fabrication de génériques, sur l'exploitation de la découverte du génome, etc. Il s'agit pour partie de choix de société, de choix politiques aussi, pour lesquels tout citoyen doit pouvoir se construire une opinion informée.

Le cours devrait donner à l'étudiant-citoyen envie de s'informer.

Sur toutes les questions que je viens d'évoquer, les chercheurs en sciences humaines et en sciences sociales réfléchissent, nous disposons d'un corpus de publications abondant et de recherches en cours. En attestent les communications au congrès de l'Association européenne de sociologie des sciences, qui vient de se tenir, accueilli cette année par le laboratoire de sociologie de l'innovation de l'École des mines. Je ne parlerai ici que des recherches en sciences sociales.

Les sciences sociales qui prennent pour objet les questions qui nous intéressent en sont à se subdiviser en sous-champs qui, juste en guise d'aperçu, vont de la socio et anthropologie de la santé, des professions médicales, de la médecine en tant qu'institution et organisation, à la socio et anthropologie politique de la santé, à la socio et anthropologie des médicaments et des remèdes, des sciences, de l'innovation, etc. Ce ne sont pas les matériaux qui manquent donc, nous n'avons que l'embarras du choix pour trouver des exemples à traiter en fonction des objectifs posés.

Car, de mon point de vue, ce corpus abondant doit être pris pour ce qu'il est, c'est-à-dire la trace du cheminement de chercheurs qui interrogent la médecine en tant que fait social, à ne surtout pas prendre comme une somme de savoirs qui ne ferait que s'ajouter à celui que les étudiants doivent acquérir dans les autres disciplines au programme. Les sciences sociales en médecine, je vais tenter de le développer plus loin, doivent, me semble-t-il, ouvrir les étudiants à un questionnement sur la médecine, à l'instar de celui qui guide les chercheurs dont je viens de parler.

Les sciences sociales, sociologie, ethnologie, ont pour objet le fait social. Et s'attacher à mettre en évidence cette dimension sociale de la médecine et de la maladie, c'est opérer un décentrement, et déjà interroger le paradigme positiviste dans lequel les étudiants baignent, car nous avons tous été élevés ainsi. Et ce n'est déjà pas facile, même pour leurs aînés.

Les médecins en effet admettent volontiers maintenant que la maladie a une dimension sociale, que le malade peut avoir un point de vue culturellement et socialement construit sur ce qui lui arrive,

mais il leur est plus difficile d'admettre qu'il peut y avoir du social dans la nosologie même, que certaines catégories au moins du DSM sont des syndromes culturellement construits (cf. les travaux d'A. Young sur le PTSD, syndrome post-traumatique, et maintenant sur les tentatives de coordonner les catégories du DSMV aux données de la psychiatrie générique qui se concentre sur le seul génome).

Il a fallu l'épidémie de sida pour que le public et les médecins prennent massivement conscience des limites de la biomédecine, mais ces limites étaient déjà apparues dans les échecs de nombre de campagnes sanitaires (vaccination, stérilisation, prévention de maladies infectieuses et parasitaires) lancées par l'OMS par exemple, échecs que Paul, cité par R. Massé, analyse très justement dans les années 1955 déjà.

Il est important, pour le futur médecin comme pour le futur citoyen, d'opérer le décentrement qui lui permette de comprendre que nombre d'échecs sont dus précisément à la surdité aux préoccupations du malade ou des populations que les campagnes de santé publique cherchent à atteindre.

Mon objectif, je viens de le dire, est de rendre les futurs médecins ouverts à l'écoute de leurs malades. Vous allez me dire qu'ils l'ont toujours été. Alors pourquoi, si souvent, les malades ne se sentent-ils pas écoutés ? Peut-être cette question a-t-elle à voir précisément avec la reconnaissance, l'acceptation, par le médecin, des limites de son art, et de la légitimité d'approche autre, d'autres points de vue. Le point de vue du malade cessant d'être considéré comme une erreur qu'il suffit de corriger, une « croyance » sous-entendue « fausse » que les lumières de la science dissipent, le médecin pourra accorder plus qu'une oreille distraite à ses dires.

Rivers (1924), médecin psychiatre et ethnologue, que l'on tient pour le père de l'anthropologie médicale, avait, en son temps, constaté que, loin de constituer un ramassis informe d'erreurs, le savoir des peuples qu'il avait rencontrés était au contraire structuré selon une logique, certes différente de la sienne, mais cohérente. Cette recon-

naissance minimum me semble indispensable... Considérer, comme je l'ai entendu d'étudiants en cinquième année, que tels types de patients ne peuvent devenir observants parce qu'ils sont « mal cortiqués » laisse mal augurer d'une quelconque communication médecin/patient. Or la conduite de ces malades obéit simplement à d'autres motifs, d'autres préoccupations, d'autres échelles de valeur que ceux que ces jeunes médecins auraient souhaités.

J'ai parlé de Rivers, médecin et ethnologue. L'ethnologie, plus que la sociologie, s'est construite comme discipline qui cherche à rendre compte de « l'autre », et elle s'est donné les outils pour ce faire. Mais il ne s'agit pas de méthodologies, de protocoles que l'on pourrait appliquer. Depuis Malinowski, la méthode de l'ethnologie est l'observation participante. C'est peu, peu scientifique, non-reproductible direz-vous... et c'est beaucoup. Je suis ethnologue. Je voudrais ici insister sur ce point et proposer la transposition que je m'efforce d'en faire, en cours magistral et en PCEM 1. Comme Sophie Caratini, dans un ouvrage récent, le décrit fort justement, c'est cette participation observante, cette plongée dans un univers étranger étrange, cette distance où l'on s'aventure, qui produit le choc permettant, dans le meilleur des cas, cette ouverture à l'autre. Le bouleversement dû au contact de l'inconnu se résout dans la nécessité de trouver l'ordre, la logique inattendue, qui sont le raisonnement et la logique de l'autre<sup>1</sup>, car nous ne pouvons vivre sans assigner du sens à ce que nous vivons.

Selon Foucault, l'anthropologie partage avec la psychanalyse cette formation particulière qui confronte à l'inconnu, qui fait que l'apprenant ne sort pas indemne de sa rencontre avec l'autre, en ethnologie, ou avec l'autre lui-même, en psychanalyse. Ce choc peut être destructeur, on le sait. Il peut, *a minima*, produire un repliement sur son

---

1. L'autre dans notre cas est le malade pour le médecin qui découvre, selon Leriche, que la maladie « du malade » (*illness*) est parfois très loin de la maladie du médecin (*disease*).

Pour moi, ethnologue, l'autre peut être le médecin dans sa pratique, décalée de la théorie (si je raisonne en ethnologue des sciences).

propre savoir, et une fermeture à l'autre, qu'on ne peut plus entendre.

Lorsque l'apprenti ethnologue abandonne cette voie, parfois après avoir vainement essayé de rédiger sa thèse, car faute d'avoir pu entendre les autres parmi lesquels il vivait, il se retrouve face à trop peu de matériaux et renonce, il quitte son terrain et ne fait de tort qu'à lui-même.

Transposées à l'apprenti médecin face à son malade, les conséquences d'un tel choc non accompagné peuvent être préjudiciables aux malades. Le médecin peut, et il ne s'en prive pas, abandonner la clinique pour la recherche, ou l'édition, le marketing, etc. Mais parfois, et c'est bien ce qui a été à l'origine de l'enseignement des sciences humaines en médecine selon P. Bagros, le praticien se replie sur une pratique technique, ou ne voit plus que les honoraires dans la consultation, il fait du chiffre au détriment du soin.

Mieux vaut ne pas affronter l'inconnu sans références théoriques préalables. On se souvient de l'expérience rapportée par Devereux : comment un public de psychiatres et un public d'ethnologues ont pu, séparément, en se référant chacun à leur formation respective, visionner jusqu'au bout un film sur la subincision, insoutenable pour un public non préparé. Notre question deviendra alors quelles références théoriques peuvent aider l'étudiant en médecine à ne pas se refermer lors des expériences qu'il fera inévitablement dès qu'il abordera la clinique. Mais ceci se fera dans la suite des études.

Si l'on accepte que les sciences sociales sont issues de l'expérience de ceux qui les pratiquent, expérience acquise au cours d'une formation qui inclut nécessairement une expérience de « terrain », que peuvent apporter les sciences sociales en PCEM 1 ? Il s'agit de retransmettre le vif de l'étonnement de ces chercheurs, de leurs découvertes, pour susciter un étonnement homologue chez les étudiants, et le goût de l'aventure en quelque sorte.

Les étapes que j'ai tenté de mettre en place dans mes cours sont les suivantes : il s'agit d'abord de mettre l'étudiant devant des exemples qui, le surprenant, lui fassent, de façon marquante, reconnaître qu'il y a une différence entre la maladie

du médecin et la maladie du malade par exemple. Les grands cliniciens comme Leriche le savaient bien, l'anthropologie médicale qui parle de *disease*, *illness*, *sickness*, le formalise.

Puis de lui faire réaliser que ne pas reconnaître ces différences peut aboutir à des échecs cuisants – les exemples d'échecs de campagnes de prévention qui n'ont pas atteint leur but faute d'avoir négligé le savoir préalable des populations visées abondent. Une fois admise la différence, il convient de reconnaître sa propre spécificité, savoir sur quoi elle se fonde. Et c'est là que l'histoire de la médecine est nécessaire en tant qu'elle propose une lecture et une contextualisation des ruptures épistémologiques qui ont abouti à la médecine occidentale. Bien sûr, je n'apprends rien par là aux historiens de profession. La première rupture étant bien sûr celle qu'a opérée la tradition hippocratique entre médecine et religion.

Mais dans la perspective où il s'agit d'entendre son patient, il me semble qu'il est important aussi de relier cette histoire à l'anthropologie, au sens où il a bien été montré que le savoir profane résulte d'une assimilation, d'une réinterprétation sélective des savoirs savants anciens. Nous en gardons certaines traces, qu'il faut savoir restituer.

Ce sont ces traces qu'il faut savoir mettre au jour et présenter aux étudiants pour qu'ils en soient surpris et que cela les marque. J'utilise par exemple *Astérix* et ces premières pages du *Bouclier arverne* où le chef souffre de crise de foie, pour leur faire prendre conscience de l'origine hippocratique de cette expression qui est restée dans notre langue métaphore pour certains mais « réalité » pour d'autres. Pour montrer les difficultés qu'ont les malades avec le dualisme cartésien, je reprends l'analyse qu'ont pu faire tant E. Gillan, ethnologue, que P. Cathébras, professeur de médecine interne et ethnologue, sur la prégnance de la spasmophilie dans notre société (maladie qui n'existe pas plus que la crise de foie). La médecine des espèces selon Dagognet, puis la naissance de l'anatomopathologie sont l'occasion de réfléchir sur les fondements des nosologies profanes.

Enfin, certains de mes cours répondent à ceux de mes collègues de l'enseignement « santé et

environnement » faisant réfléchir les étudiants sur le risque à partir de la socio-anthropologie du risque, en écho aux cours de Jean-Dominique Dewitte, ou sur les déterminants sociaux de la consommation des médicaments psychotropes en France, en écho au cours sur la souffrance au travail donné par Danièle Le Boul, à partir des travaux de P. Le Moigne et de mes propres travaux sur la socio-anthropologie du médicament psychotrope... Il me semble qu'au niveau PCEM 1, ce ne sont pas les outils conceptuels de la sociologie ou de l'ethnologie qu'il s'agit de présenter, ni les grands thèmes qu'il s'agit de développer, les cours de P 2, de D 1 ou de la MSBM sont là pour cela. Il s'agit au contraire, je me répète, d'ouvrir, de décaler l'étudiant de ses certitudes, de déjà lui faire toucher du doigt les limites de la médecine, pour le préparer à réfléchir ensuite aux conséquences de ces limites dans sa pratique.

En PCEM 1, les étudiants ont encore cette curiosité, et cette plasticité. Peut-être que plus tard, l'angoisse de l'erreur possible les refermera sur la technique et ne permettra qu'à certains seulement de prendre la distance de la réflexion.

Cette angoisse, qui fait se refermer sur son être soi, est-elle la raison pour laquelle les médecins ont si peu ouvert cet enseignement aux professionnels des sciences humaines en général ?

#### Références citées

- S. Caratini, *Les Non-dits de l'anthropologie*, Paris, PUF, coll Libelles, 2004.
- P. Cathebras, « Neurasthenia, spasmophilia and chronic fatigue syndromes in France », *Transcultural Psychiatric Research*, 31, 1994, pp. 259-270.
- F. Dagognet, *Le Catalogue de la vie*, Paris, PUF, 1970.
- G. Devereux, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion, 1980.
- M. Foucault, *Les Mots et les choses, une archéologie des sciences humaines*, Paris, Gallimard, 1996.
- E. Gillan, « Construction culturelle de la spasmophilie à l'intersection du discours médical et du discours profane », maîtrise d'ethnologie, université Paris X-Nanterre, sous la direction de M.-C. Pouchelle, 1998.
- R. Gosciny, A. Uderzo, *Le Bouclier arverne*, Paris, Hachette, 1968.
- C. Haxaire, « "Calmer les nerfs", automédication, observance et dépendance aux médicaments psychotropes », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, 1, 2002, pp. 63-88.
- P. Le Moigne, *Anxiolytiques, hypnotiques : les facteurs sociaux de la consommation*, documents du GDR Psychotropes, Politique et Société, Paris, CESAMES, 1999.
- R. Leriche, *Encyclopédie française*, 1936, t. VI.
- B. Malinowski, *Les Argonautes du pacifique occidental*, Paris, Gallimard, 1963 (trad. fr. de l'ouvrage anglais de 1922).
- R. Massé, *Culture et santé publique*, Montréal, Paris, Gaëtan Morin, 1995.
- B.D. Paul, *Health, Culture and Community*, New-York, Russel Sage Fondation, 1955.
- W.H.R. Rivers, *Medicine, Magic and Religion*, Londres, Kegan Paul, 1924.
- A. Young, *The harmony of illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press, 1995.



# Au-delà du PCEM 1 : finalité de l'enseignement et diversification des apports

Catherine Draperi  
Faculté de médecine d'Amiens

S'engager dans un cursus universitaire, c'est, pour chaque étudiant, entrer dans un horizon culturel dont l'orientation forgera ses représentations du monde, du savoir qu'il contribuera à élaborer, du jeu social au sein duquel il inscrira ses projets. Lorsque cet enseignement a commencé en médecine, de nombreux observateurs pensaient qu'il aurait dû intervenir plus tard dans le cursus, lorsque les étudiants commenceraient à être confrontés à la pratique. Nous pensons au contraire qu'il est primordial de l'introduire dès le début de la formation initiale, où il permet de construire une démarche de questionnement qui accompagnera l'ensemble de la formation, mais aussi de rester ouvert à une multiplicité de logiques disciplinaires. Dans cette optique, si l'enseignement dispensé en PCEM 1 vise à « ouvrir l'esprit », il doit aussi jeter de solides fondements pour aborder les logiques disciplinaires en jeu dans les sciences humaines, et permettre de développer des acquis spécifiques dans la suite du cursus.

## La première année : forger une démarche de questionnement, initier à un corps de disciplines

Il nous semble difficile d'exposer les expériences et les perspectives d'enseignement en sciences humaines au-delà du PCEM 1, sans évoquer ce qui se joue au cours de cette première année : d'une part, parce que les particularités locales ont tracé, dans chaque faculté, des chemins différents ; d'autre part, parce que la poursuite de l'enseigne-

ment est bien entendu conditionnée par la façon dont il a été initialement engagé <sup>1</sup>.

L'enseignement dispensé en PCEM 1 a été conçu à Amiens sous la forme d'une initiation dense et rigoureuse à l'ensemble des sciences humaines (80 heures de cours magistral), visant à problématiser, contextualiser et interroger le savoir médical et l'activité soignante. Il s'agissait de :

- problématiser d'une part les pratiques :
  - en interrogeant les représentations de la santé et de la maladie, les démarches soignantes,
  - en les replaçant dans les horizons culturels, existentiels, sociaux, économiques, politiques et idéologiques,
  - en abordant leurs soubassements philosophiques, anthropologiques et psychologiques,
  - en suscitant un questionnement éthique ;
- favoriser l'acquisition d'un regard critique sur la construction des savoirs fondamentaux d'autre part :
  - en les interrogeant d'un point de vue épistémologique,
  - en les replaçant dans le système au sein duquel ils trouvent leur validité,
  - en les contextualisant dans un cadre historique et culturel,
  - en les confrontant à d'autres types de savoir.

Empruntant son mode de questionnement à la philosophie, et sa matière à l'histoire de la médecine, à l'histoire sociale et à l'histoire des sciences, le cours en appelait aux différents champs de l'anthropologie, de la sociologie, de l'ethnologie, de la psychologie, de l'épistémologie et introduisait également à la déontologie et au questionnement éthique.

En termes d'acquisition, l'objectif était de doter les étudiants de notions dans chacun de ces champs disciplinaires, en vue de les familiariser à différentes approches du même objet ; la finalité était

---

1. Les discussions qui ont animé cet atelier ont révélé par exemple une grande proximité, tant dans les contenus que dans la démarche pédagogique et les réalisations au-delà du PCEM 1, entre la perspective ici présentée et l'enseignement que mène Jean-Marc Mouillie à la Faculté d'Angers ; mais les heures d'enseignement dispensées en PCEM 1 à Amiens sont étalées à Angers sur les trois premières années.

leur appropriation d'outils rigoureux, dont ils pourraient user dans l'interrogation réflexive de leurs acquisitions, de leur pratique et de leur situation. Dans cette optique, le maintien de travaux dirigés (20 heures/étudiant), malgré la croissance de l'effectif, a paru revêtir la plus grande nécessité, pour que cette culture se construise dans une confrontation aux différentes logiques disciplinaires rencontrées (à travers un travail mené sur les textes théoriques), et puisse aussi être véritablement mise en œuvre dans la confrontation à l'activité médicale (à travers un travail mené sur des textes de praticiens, interrogés à partir des notions acquises).

Dans cette perspective, l'épreuve proposée au concours réside dans un travail sur un texte de praticien, sur lequel sont proposées trois questions : une analyse des notions impliquées dans ce texte, un travail d'explication de phrase nécessitant l'éclairage de connaissances acquises au cours de l'année, et une question de synthèse consistant à dégager le problème auquel se confronte l'auteur.

Malgré le travail important demandé aux étudiants (correspondant d'ailleurs à l'importance du coefficient au concours), cette expérience s'est avérée féconde et stimulante, si l'on en juge par l'intérêt témoigné par ces derniers lors des séances de travaux dirigés, par la qualité des copies en fin d'année, enfin par la poursuite informelle des discussions avec l'enseignante au-delà de la première année du cursus, lorsque les étudiants avaient pris contact avec la réalité hospitalière. C'est ce qui nous a encouragés à concevoir une suite à cet enseignement.

### **Le P 2 et le D 1 : accompagner l'entrée dans le monde médical**

Nous avons défini la finalité de la première année à travers un double objectif : forger une démarche de questionnement et initier à un corps de disciplines nouvelles. Ces deux objectifs demeurent en deuxième année, mais il importe aussi de réaliser l'articulation des apports à une pratique.

À la Faculté d'Amiens, il existait déjà en deuxième année un certificat de psycho-socio-démo dans

lequel l'approfondissement d'un certain nombre de notions fondamentales acquises en PCEM 1 est réalisé. L'intérêt porté par les étudiants à un enseignement s'accompagnant d'une problématisation de l'activité médicale nous a conduits à créer un certificat optionnel concernant les deuxième et troisième années : celui-ci a pour vocation à la fois d'approfondir le travail d'initiation entrepris lors de la première année, et de l'articuler plus fortement à l'apprentissage des disciplines médicales. Il nous a paru important d'en faire une introduction à un regard plus pointu, autour d'un axe thématique spécifique, et de favoriser l'initiation à la recherche au quotidien qu'implique l'activité médicale. Intitulé certificat de « sciences humaines et médecine », il propose aux étudiants un fil directeur thématique assumé par l'enseignante responsable (intégrité, médecine et idéologie, neurosciences et éthique, âges de la vie, récits sur la maladie et la santé, consultation) autour duquel se déclinent des interventions émanant d'enseignants en sciences humaines (histoire, anthropologie, psychologie, sociologie, littérature), d'enseignants en sciences médicales et de médecins, parfois dans des séances à deux voix. Les étudiants sont également invités à participer aux journées d'étude interdisciplinaires organisées chaque année autour de la responsabilité considérée d'un point de vue éthique en médecine.

Dans le cadre de ce certificat, les étudiants réalisent un travail personnel, encadré par l'enseignante ; ce travail compte pour l'examen pour 40 % de la note finale, l'autre partie de l'examen consistant en deux questions d'analyse portant sur un texte. Ce certificat attire maintenant, après trois années d'ancienneté, plus de la moitié de la promotion. Les étudiants de l'optionnel étaient demandeurs d'une suite ; les maîtrises étant en voie de disparition avec l'introduction des mastères, nous n'avons pas choisi cette voie, et avons diversifié les formes d'enseignement à partir du D 2.

### **À partir du D 2 : diversification des cursus**

Dans le second cycle, les objectifs se diversifient, et les sciences humaines peuvent s'inscrire de diverses manières dans la formation.

En premier lieu, elles peuvent et doivent contribuer à la formation professionnelle que constituent les études médicales à proprement parler : à ce titre, elles vont s'inscrire, aux côtés des autres apports disciplinaires, au sein des modules transversaux pour aborder un certain nombre de questions qui nécessitent une approche psychologique, sociologique, anthropologique, philosophique ou encore un questionnement éthique.

Notons, au passage, que les écoles de sage-femme et de kiné, aujourd'hui confrontées à un public étudiant qui a reçu une formation en sciences humaines en PCEM 1, demandent également une contribution à la suite de leur cursus.

En deuxième lieu, elles peuvent constituer un apport supplémentaire pour les étudiants qui souhaitent approfondir leur questionnement sur la pratique : nous proposons à partir de cette année un certificat optionnel d'éthique en deuxième cycle, en collaboration avec l'espace éthique hospitalier ; consistant à suivre deux modules du DU également réalisé en collaboration avec l'espace éthique, ce certificat permet aux étudiants de travailler avec des praticiens ou des soignants inscrits au DU d'éthique et santé ; il leur permet également d'obtenir deux modules de ce DU qu'ils pourront terminer ensuite s'ils le souhaitent.

En troisième lieu, les sciences humaines sont également impliquées dans le cursus davantage orienté vers la recherche ; cette contribution s'est d'abord faite de façon informelle, à l'initiative des étudiants eux-mêmes.

En effet, certains étudiants réalisant une maîtrise en physiologie dans un service d'exploration fonctionnelle avaient été spécialement intéressés par un cours à deux voix articulant le regard du neurophysiologiste et celui du philosophe anthropologue autour d'un entretien en situation d'exploration fonctionnelle dispensé en certificat optionnel du premier cycle. Ils ont souhaité réaliser leur mémoire de maîtrise de physiologie, qui s'effectue en binôme, en faisant, l'un un travail d'interprétation herméneutique des entretiens, l'autre une approche systémique, apportant respectivement un apport complémentaire à l'analyse fondée sur les moyens de visualisation.

Aujourd'hui, les mastères se mettent en place, et la spécialité concernant l'exploration fonctionnelle, les systèmes intégrés, physiologie et physiopathologie, comporte un module de sciences humaines et sociales, intitulé : « Éléments d'épistémologie et d'anthropologie », de 50 heures. Par ailleurs, contribuant déjà au module d'éthique du DESS de droit de la santé depuis trois ans, elles contribueront également au mastère.

Enfin, les sciences humaines doivent pouvoir continuer à être accessibles aux professionnels désireux de continuer à se former : dans le cadre d'une coopération entre la faculté et l'espace éthique hospitalier, à travers la proposition de journées d'étude interdisciplinaires à la faculté de médecine, à travers la participation aux réunions de travail de l'espace éthique, et la proposition de formations courtes sur des points spécifiques, lorsque la demande en est formulée par les professionnels.

# L'impact des sciences humaines et sociales dans la sélection des futurs médecins

Laurent Visier  
Faculté de médecine de Montpellier

## Préalable

À quelques individus près, la population qui est reçue au concours de PCEM 1 est celle qui exercera la médecine une décennie plus tard. S'intéresser aux résultats du concours de fin de première année, c'est donc produire des informations sur la manière dont une société sélectionne, choisit les individus qui vont être médecins dans les décennies à venir.

Ce choix peut être considéré à la fois comme national (textes de lois, décrets d'application et arrêtés ministériels) et local (les textes réglementaires ne ferment pas complètement la définition des programmes et laissent de plus une grande part d'appréciation quant à leur application). Comme l'ont montré les premières investigations comparatives sur les contenus des cours et les modes de validation du module de sciences humaines et sociales en PCEM 1, les sciences humaines et sociales montrent – peut-être plus encore que les autres matières enseignées mais ce serait à vérifier – une diversité locale importante.

Les résultats présentés ici sont des résultats partiels d'une étude en voie de réalisation qui s'appuie sur les résultats du concours 2004 à la Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes. Les hypothèses que cette première enquête permet de formuler pourraient être testées sur une échelle plus large à la fois temporelle (concours sur plusieurs années) et spatiale (autres facultés de médecine).

## L'introduction de l'enseignement des sciences humaines et sociales dans le cursus des études médicales

C'est avec l'arrêté du 18 mars 1992 qu'apparaît pour la première fois au niveau national l'obligation d'un enseignement de « culture générale » en PCEM 1 qui doit représenter 10 % des points du

concours. L'aspect novateur de cette introduction ne tient pas seulement dans le contenu d'enseignement proposé (sont mentionnées « les techniques d'expression et de communication, la philosophie et l'histoire des sciences ») mais plus encore dans le fait que des enseignements de matières ne ressortissant pas des sciences de la vie et de la matière participent à l'épreuve qui va sélectionner parmi les candidats ceux qui deviendront effectivement médecins.

Jusqu'alors, d'autres enseignements ne relevant pas des « sciences dures » étaient prodigués au cours des études médicales (diverses composantes de la santé publique, économie de la santé, psychologie médicale, droit dans le cadre de la médecine légale), mais depuis la mise en place du concours vingt ans plus tôt, la sélection s'était toujours effectuée uniquement à partir des « matières scientifiques ».

Cette apparition de nouveaux contenus s'inscrit dans un contexte plus large qui ne touche pas exclusivement les études médicales. Des grandes écoles mettent en place dans les années 1980 des filières spécifiques pour permettre à d'excellents élèves non issus des filières scolaires scientifiques d'intégrer des écoles d'administration, de commerce ou autres.

Le doyen Jean Rey, conseiller du ministre de l'Éducation nationale pour les études médicales, s'inscrit à l'époque dans cette logique en affirmant une volonté d'influer sur le recrutement des étudiants en médecine. Deux ans plus tard, l'arrêté du 21 avril 1994 transforme la « culture générale » en « sciences humaines et sociales » et augmente sa part dans le concours, désormais fixée à un minimum de 20 %. Enfin l'arrêté du 2 mai 1995 rend obligatoire le caractère rédactionnel des épreuves sanctionnant ce module et mentionne que « ces enseignements relevant de diverses disciplines, ils

sont assurés avec le concours d'universitaires des disciplines concernées » et que ces derniers doivent participer à la correction du concours.

L'échafaudage réglementaire qui se construit durant ces quelques années a donc fait pénétrer dans cette année de sélection des futurs médecins des enseignements dont l'objectif annoncé consiste à « développer chez les étudiants une approche pluridisciplinaire des problèmes de la société et susciter leur réflexion sur la place de leur future pratique dans un contexte élargi ».

Ajoutons un point encore, qui concerne l'obligation récente d'effectuer une double correction pour les questions rédactionnelles. Cette règle, *a priori* marginale par rapport à notre propos, a conduit à raréfier voire à faire disparaître dans de nombreuses facultés les épreuves rédactionnelles dans les matières scientifiques au profit de questions à choix multiple qui posent moins de difficultés de correction. Ceci conduit donc à laisser dans ce concours le monopole des questions rédactionnelles aux sciences humaines et sociales (le cas de l'anatomie est un peu à part avec une place importante souvent laissée à la réalisation de planches). L'opposition « sciences dures/sciences molles » se double ainsi d'une opposition « QCM/question rédactionnelle ».

Une décennie après les premiers textes, le module de sciences humaines et sociales est aujourd'hui reconnu – de fait – comme partie intégrante du programme que doivent travailler les postulants à la profession médicale. Avec ses 20 % des points du concours, ce module ne peut plus être aujourd'hui considéré comme marginal par les étudiants dans la mesure où le caractère très sélectif du concours (entre 10 et 20 % de reçus par rapport au nombre total de candidats selon les universités) rend plus qu'hasardeuse l'« impasse » sur une matière dotée d'un tel coefficient.

Pourtant, cette intégration de droit au programme du concours donne lieu chez les enseignants et chez les étudiants à deux grands types de remarques :

- de la part de nombreux enseignants – et parfois même d'enseignants de sciences humaines et sociales –, la reconnaissance de l'intérêt d'un tel

module souvent affirmée s'accompagne fréquemment de la question suivante : « Est-ce que c'est bien utile d'enseigner ça dans l'année du concours ? ». Autrement dit, la participation des sciences humaines et sociales au processus de sélection des futurs médecins ne va pas de soi ;

- de la part des étudiants, l'intérêt accordé à ce module est très contrasté (entre ceux qui apprécient vivement un enseignement très différent des autres matières étudiées et ceux qui rejettent « des propos non scientifiques »), mais il en ressort une inquiétude largement partagée liée plus encore au caractère rédactionnel de la question qu'à la matière enseignée. Autrement dit, les sciences humaines et sociales constituent une matière à haut risque dans la préparation d'un concours exigeant en travail et en ténacité.

### La question posée

L'introduction, dans un concours très sélectif, de matières très différentes des autres matières enseignées avec un coefficient important, peut avoir des effets multiples qu'il serait nécessaire d'évaluer *a posteriori*. Il importe cependant de ne pas confondre les différents niveaux qui peuvent être distingués :

- d'une part, un état des lieux, aujourd'hui encore incomplet, devrait permettre de savoir quelles sont les matières enseignées (les sciences humaines et sociales regroupent des matières très diverses et les précisions réglementaires n'ont que peu aidé à préciser le champ de l'enseignement de ce module), sous quelle forme (cours ou travaux dirigés), par quels enseignants (même si l'arrêté de 1995 précisait la nécessité de faire appel à des enseignants des disciplines concernées, de nombreuses facultés en sont restées à un enseignement prodigué par les seules « bonnes volontés » locales), donnant lieu à quel type de questions (du résumé de texte à la dissertation en passant par les fiches de lecture, les questions multiples à réponse en une ligne, le commentaire de texte...) et selon quel mode de notation (mots-clés, structuration de la copie, style, orthographe...);
- d'autre part, des procédures d'évaluation auprès

des étudiants (reçus et non reçus au concours) seraient à même de fournir des données quant à la réception de ces enseignements dans cette année d'étude ;

- l'effet de l'introduction des sciences humaines et sociales sur les résultats du concours est d'une tout autre nature. Il s'agit de mesurer concrètement l'impact d'un tel module sur la définition de la population admise à suivre des études de médecine. L'épreuve de sciences humaines et sociales est ainsi questionnée non pas dans sa nature propre, dans ses modes de réalisation ou dans l'intérêt qu'elle suscite mais dans la place qu'elle occupe au sein du processus de sélection : en quoi joue-t-elle un rôle spécifique dans la définition de la population des futurs médecins ? C'est bien ce niveau – et lui seul – qui est l'objet du travail que nous présentons ici ;
- le dernier niveau à distinguer est probablement le plus intéressant à évaluer et simultanément le plus complexe à étudier. L'impact du module de sciences humaines et sociales serait ici évalué dans son effet à long terme à la fois sur la suite des études et sur la pratique de la médecine. Autrement dit : est-ce que le fait d'enseigner les sciences humaines et sociales dans les études médicales a un effet sur l'exercice de la profession médicale ?

Si nous tenons à différencier ces niveaux d'évaluation, c'est parce qu'ils doivent être considérés, dans une large mesure, comme indépendants. On peut postuler que l'introduction d'un nouveau module d'enseignement puisse être à la fois sans grand effet sur le recrutement et important sur les modes de pensée et la pratique mise en œuvre ; à l'inverse qu'il puisse modifier sensiblement le recrutement et être sans effet sur la pratique médicale mise en œuvre. En revanche, on peut faire l'hypothèse que les modalités de mise en œuvre du module puissent avoir un effet sur les autres niveaux (intérêt des étudiants, recrutement, pratique médicale). Répétons encore que nous ne considérons ici que le niveau du recrutement, c'est-à-dire la définition de la population admise à aller plus avant dans ses études de médecine.

## Méthode

Nous développerons ici quatre points de méthode pour préciser comment nous avons évalué l'impact des sciences humaines sur le recrutement.

## Les indicateurs

Il y a des indicateurs simples que l'observation suffit à délivrer et notamment les études suivies au lycée et le bac obtenu.

Il est facile d'obtenir les statistiques ou simplement de questionner une promotion d'étudiants rentrant en deuxième année, pour connaître la proportion de bac S, L, ES ou autre. Des sources sur cette question sont disponibles à plus grande échelle : une enquête de la DREES mentionne ainsi moins de 1 % d'étudiants de PCEM 2 sont titulaires d'un bac autre que scientifique<sup>1</sup>. Un deuxième indicateur peut être construit à partir de la comparaison des résultats du concours avec ou sans les sciences humaines et sociales. En fait, nous avons établi deux types de comparaisons :

- d'une part, le classement réel est comparé avec le classement fictif d'un concours virtuel dans lequel la note de sciences humaines et sociales n'est pas prise en compte. Nous avons ensuite reproduit cette opération pour chacune des matières présentes au concours afin de pouvoir comparer l'impact des sciences humaines et sociales avec celui de chacune des autres matières ;
- d'autre part, on compare – avec et sans les sciences humaines et sociales – deux concours fictifs dans lesquels les coefficients affectés à chaque matière ont été neutralisés. Chaque matière ainsi notée sur un même nombre de points, il devient possible de dissocier ce qu'on pourrait nommer l'impact brut d'une matière (hors coefficient) de son impact réel (dans lequel le coefficient peut jouer un rôle important). Là encore, la comparaison effectuée dans un premier temps sur les sciences humaines et sociales est ensuite reproduite pour chacune des matières.

1. G. Labarthe et D. Herault, « Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 », *Études et résultats*, DREES, 244, juin 2003.

### **Le *numerus clausus***

Pour construire ces classements et les analyser, nous avons utilisé une barre à la fois réelle et artificielle, celle du *numerus clausus* pour la médecine (180 places pour Montpellier-Nîmes en 2004). Ce chiffre est théorique dans la mesure où, sous l'effet du nombre d'étrangers, des choix vers les études d'odontologie voire de sage-femme, l'intégration en médecine va bien au-delà du 180<sup>e</sup> rang au concours. Pour la simplification du travail statistique, nous avons donc utilisé cette barre des 180 comme une barre statique. Toutes nos comparaisons s'appuient ainsi sur le fait d'être classé au-dessus ou en dessous de cette barre. Ce qui nous intéresse finalement tient uniquement dans le nombre de cas qui basculent d'un côté ou de l'autre de cette barre en fonction des matières considérées. Nous ne nous sommes intéressés qu'à l'entrée en deuxième année de médecine et avons laissé de côté l'accès aux études d'odontologie et de sage-femme sur lesquels un travail identique pourrait être effectué.

Précisons que notre propos n'est pas tant théorique (savoir dans quelle mesure la distribution des notes et le classement des sciences humaines et sociales serait comparable à celui des autres matières; ce qui impliquerait l'utilisation d'outils statistiques plus sophistiqués) que pratique: il vise uniquement à chiffrer le nombre d'individus « qui sont reçus (ou collés) grâce aux sciences humaines et sociales ».

### **Peut-on comparer un concours réel et un concours fictif ?**

Nous utilisons donc la règle classique du « toutes choses égales par ailleurs » tout en ne mésestimant pas le fait qu'il s'agit d'une considération théorique et non pas effective. Concrètement, lorsqu'on affirme un peu rapidement: « voilà ce que serait le classement s'il n'y avait pas de sciences humaines au concours », il est fait abstraction de l'investissement fourni par les étudiants, de leurs stratégies et de leurs modalités de travail. Certains peuvent décrocher une note excellente en sciences humaines et sociales parce qu'ils y ont consacré un investissement de travail important qui pourrait être réinvesti dans d'autres

matières si les sciences humaines et sociales n'étaient pas présentes. Pour d'autres, une familiarité ou une aisance avec les raisonnements mis en œuvre dans ces disciplines est un facteur essentiel de réussite. Pour ces derniers, un concours sans sciences humaines et sociales ne signifierait pas nécessairement un travail plus important dans d'autres matières. Même s'ils sont probablement impossibles à quantifier, il importe de ne pas méconnaître ces éléments qualitatifs.

### **Le classement comme réalité figée**

Que les résultats du concours ne soient pas strictement identiques lorsqu'on enlève une matière, ceci constitue une évidence: évidence de sens commun d'une part et évidence statistique d'autre part. Le seul fait d'organiser le concours au jour J ou au jour J+1 modifie le classement d'autant plus sûrement que la différence entre le dernier reçu et le premier collé est d'un dixième de point et que trois points (sur un total de 268 points) représentent un écart de 20 places au classement. Notre propos n'est donc pas tant de savoir si les sciences humaines et sociales modifient le classement du concours: la réponse est incontestablement: oui.

Notre objectif est de mesurer ce changement et de comparer son ampleur pour les sciences humaines et sociales et pour les autres matières. Enfin, on pourra chercher à savoir si ce changement joue préférentiellement sur des étudiants qui présenteraient un profil spécifique.

### **Quelques précisions sur l'enseignement des sciences humaines et sociales à Montpellier**

Le module de sciences humaines et sociales se répartit de la façon suivante.

Au premier semestre:

- introduction aux sciences humaines et sociales en médecine (épistémologie, histoire, anthropologie, sociologie de la médecine, de la maladie et de la santé) qui donne lieu à une question sur 22 points;
- introduction à l'éthique médicale qui donne lieu à une question sur 14 points.

Au second semestre, un grand module organisé autour d'un thème qui varie tous les deux ou trois ans : « Les maladies infectieuses » en 2003-2004. Ce thème est traité de façon pluridisciplinaire et fait intervenir de l'étymologie, de l'histoire, de l'économie, de l'épidémiologie, de la sociologie. Ce module thématique donne lieu à trois questions distinctes comptant pour un total général de 32 points.

Au total, l'épreuve de sciences humaines et sociales donne lieu à cinq questions ; ce qui représente globalement, pour 1 500 inscrits en 2003-2004 et en tenant compte de la double correction, quinze mille copies à corriger pour une année.

### L'impact des sciences humaines et sociales sur les résultats au concours

Les avis recueillis préalablement à notre enquête dans notre université laissent apparaître deux positions contrastées :

- d'une part, l'opinion selon laquelle « les bons dans une matière sont bons en tout », parfois résumée ainsi : « on pourrait organiser le concours sur une seule matière, ça ne changerait pas grand chose ». Dans ce cas, est présumée une forte congruence des résultats obtenus dans chacune des matières, quels que soient les types de contenu, d'épreuve et de notation. Cette manière de penser s'appuie sur l'idée que le concours sélectionne « les meilleurs » et que ceux-ci le seront quelles que soient les règles du jeu ;
- d'autre part, la perception d'une distinction marquée entre matières « scientifiques » et matières « littéraires ». Dans ce cas, est escomptée une forte singularité du classement de l'épreuve de sciences humaines et sociales par rapport au classement des autres épreuves et on est en droit d'attendre un impact important de la note obtenue dans cette épreuve sur les résultats du concours.

Les résultats de notre enquête font apparaître une situation médiane dans laquelle l'impact de la note de sciences humaines et sociales sur le classement au concours, sans être dérisoire, est comparable à l'impact des autres disciplines (tableau 1).

**Tableau 1**  
**Impact de chaque matière sur la population des reçus au concours (numerus 180)**

	Changement sur la population des reçus	Nombre de points
Sciences humaines et sociales	13	68
Anatomie	8	40
Physique	9	60
Physiologie	6	40
Chimie-biochimie	14	70
Biologie cellulaire	2	20
Cytologie-histologie-embryologie	6	40

La différence entre le classement réel et le classement sans les sciences humaines et sociales fait apparaître une différence de 13 personnes parmi les 180 premiers. Ce qui signifie concrètement que, en neutralisant la note obtenue au module de sciences humaines et sociales, 13 étudiants passent du statut de collé à celui de reçu et 13 autres du statut de reçu à celui de collé. C'est donc la situation de 26 personnes qui en est directement affectée.

La comparaison par discipline fait apparaître que la note du module de sciences humaines et sociales joue un rôle sur le classement au concours moins important que la note de l'ensemble chimie-biochimie mais plus important que chacune des autres matières.

Le nombre de points affecté à chaque matière (coefficient) est déterminant et apparaît fortement corrélé à l'impact de la matière. La chimie-biochimie (70 points) et les sciences humaines et sociales (68) font basculer respectivement 14 et 13 individus ; la physique (60), 9 individus, les matières notées sur 40 points modifient la situation de 6 à 8 personnes chacune alors que la biologie cellulaire notée sur 20 n'a un effet que pour 2 personnes.

Sur le concours réel, il apparaît donc – logiquement – que les matières affectées des plus forts coefficients ont l'impact le plus important sur le classement.

Afin de vérifier cette hypothèse de la prépondérance de l'effet-coefficient sur l'effet-matière,



Tableau 2

**Impact de chaque matière sur la population des reçus à un concours fictif où chaque matière est ramenée à un coefficient 1 (numerus 180)**

	Changement sur la population des reçus
Sciences humaines et sociales	8
Anatomie	8
Physique	12
Physiologie	9
Chimie-biochimie	5
Biologie cellulaire	9
Cytologie-histologie-embryologie	8

nous avons neutralisé les coefficients en reconstituant un concours virtuel à partir des notes réelles ramenées sur 40 pour chaque matière (tableau 2). Un concours dans lequel les sept matières auraient le même coefficient fait apparaître un impact relativement homogène de la place de chacune d'elles sur le classement final. Hormis la physique qui joue un rôle plus important et la chimie-biochimie qui modifie plus faiblement le classement, les cinq autres matières ont un effet tout à fait homogène. Dans ce cas de figure, les sciences humaines et sociales présentent un impact sur le classement final absolument conforme à la moyenne et ne semblent pas jouer de rôle spécifique.

### Pour conclure

Les résultats présentés pourront être considérés, selon les attentes qu'on avait à leur propos, comme rassurants (l'introduction des sciences humaines et sociales au concours de fin de PCEM 1 ne bouscule pas fondamentalement les résultats de celui-ci) ou décevants (cette introduction n'a pas permis de « rééquilibrer » le profil des futurs médecins).

Ils doivent être lus en tenant compte du fait que les épreuves rédactionnelles sont fréquemment

notées de façon moins « sélective » que les QCM simplement par le fait d'une moindre utilisation des points impartis. Ainsi, si un correcteur considère une note de 16/20 comme un plafond, il va de soi que la matière « perd » une part des points qui lui étaient impartis. Nous n'avons pas quantifié cet aspect mais nous devons prendre en compte son existence.

Les résultats présentés permettent en tout cas de mesurer, dans les conditions actuelles de contenu, de type d'épreuves et de notation, l'impact de l'introduction du module de sciences humaines et sociales sur la population recrutée en médecine. Le fait que treize personnes aient intégré la formation médicale « grâce » aux sciences humaines et sociales n'est pas en soi négligeable. D'autre part, une analyse statistique plus poussée en cours de réalisation montre une plus grande « dispersion » dans cette matière que dans les autres. C'est-à-dire que les individus qui réussissent grâce aux sciences humaines et sociales gagnent en moyenne un nombre de places plus important au classement (et symétriquement, d'autres perdent plus de places) que ce n'est le cas pour les autres matières.

L'examen du parcours scolaire de cette sous-population ne fait cependant pas apparaître de spécificité de celle-ci par rapport à la population générale des reçus. L'obtention d'un baccalauréat scientifique est la règle ici comme chez l'ensemble des reçus. Ce point ne doit pas étonner outre mesure du fait de la propension du système scolaire français à l'orientation des bons élèves vers les sections scientifiques. En revanche, la présence dans ces treize cas d'un titulaire de baccalauréat section SES (mention TB) tend à montrer que, à la marge, l'effet sur le recrutement n'est pas nul.

En conclusion, nous appelons à la réalisation d'autres études de ce type sur d'autres sites et d'autres années, mais plus encore sur d'autres modes d'épreuves et de notation.

# Réflexions suscitées par la correction d'une épreuve d'histoire de la médecine au concours de PCEM 1

A. Caubet, H. Mesbah, J. Segalen, F. Legall, F. Paysant  
Faculté de médecine de Rennes

À Rennes, l'épreuve de sciences humaines et sociales au concours du PCEM 1 comporte maintenant trois parties.

- Pour 20 points sur 50, un résumé de texte, portant sur un extrait de 2 000 mots à ramener à 200. Durant l'année, l'enseignement en TD consiste en des explications et commentaires de quatre ouvrages (renouvelés chaque année) et en un entraînement à la technique du résumé.
- Pour 30 points sur 50, deux épreuves rédactionnelles dont le sujet est tiré au sort à partir des cinq disciplines enseignées en amphithéâtre (psychologie médicale, démographie et économie de la santé, bioéthique, droit médical, histoire de la médecine). Chaque épreuve est corrigée par les deux mêmes enseignants.

Nous avons voulu savoir quelle influence avaient ces épreuves, dotées d'un coefficient aussi élevé (20 % de la note au concours). Nous avons usé d'une approximation : combien de sujets passent au-dessous ou au-dessus de la barre des 150 premières places quand on supprime une discipline du total des points ? Pour cela, nous avons ôté du total des points, dans un premier temps la totalité des sciences humaines et sociales, puis le résumé de texte seul, puis les questions rédactionnelles.

La différence entre le nombre de ceux qui passent

au-dessus ou au-dessous de la barre vient de la création d'ex *aequo*. Nous connaissons les critiques qu'appellent de telles approximations, mais nous retenons que ces épreuves sont sans doute déterminantes pour le succès ou l'échec de 4 à 10 % des candidats, selon les simulations. Cela combat l'idée qui s'était répandue que les sciences humaines et sociales ne modifiaient en rien la sélection.

En 2004, nous avons été surpris de l'ignorance de la syntaxe, de l'orthographe et du pauvre usage de la langue française dans un nombre impressionnant de copies. Les textes irréprochables sont l'exception. Aussi avons-nous fait une estimation de l'effet que produirait une correction orthographique pointilleuse de l'épreuve d'histoire, au-delà d'une tolérance de trois fautes d'orthographe et sept fautes d'accents, tout en limitant la perte de points à 6 sur 20. Nous avons procédé à la recorection de 60 copies tirées au hasard sur les 450 premières. Il en ressort que les 20 notes issues de chaque groupe de copies y restent (1 à 150, 151 à 300, 301 à 450). Donc, on ne décèle pas ici un puissant facteur de classement. Avec le barème choisi, la perte de points était réduite. Pour ces aspects formels, les 450 premières copies seraient donc un peu meilleures que les suivantes.

Si l'on ôte :	Candidats passant au-dessus de la barre des 150 premiers	Candidats passant au-dessous de la barre des 150 premiers
La totalité des sciences humaines et sociales	16	12
Le seul résumé	12	8
Les seules épreuves rédactionnelles	10	6
La seule épreuve d'histoire	11	11



# Deuxième partie

## **Enseigner les humanités médicales**

**I. Au miroir d'expériences nationales**

**II. Qu'enseigner et comment ?**

**III. Image et médecine : expériences  
et propositions pédagogiques**

# Les sciences humaines et sociales dans l'enseignement de la médecine en Suisse

Vincent Barras

Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique, Lausanne, Suisse

Longue est l'histoire de la présence helvétique des sciences humaines et sociales en médecine, sinon dans les cursus des praticiens, du moins sur le papier. Dans la plupart des cinq facultés de médecine créées (Zurich, Berne, Genève, Lausanne) ou entièrement réaménagées (Bâle) dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, on retrouve en effet la mention d'enseignements d'histoire de la médecine, sous la forme de cours de *privatdocent* ou d'enseignements libres. Il demeure toutefois difficile de savoir si de tels enseignements eurent effectivement lieu, et s'ils exercèrent une quelconque influence sur le déroulement des études médicales du point de vue de leurs usagers. Quoi qu'il en soit, des enseignements plus ou moins systématisés d'histoire de la médecine ont lieu depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale au moins.

Il faut par ailleurs souligner le caractère disparate des cursus d'études médicales, tant du point de vue des contenus que des méthodes, d'une faculté à l'autre. En effet, si l'ensemble de lois et de règlements édictés au niveau fédéral dans les années 1870 et 1880 tendent à unifier la profession médicale (sous la forme officielle du diplôme de « médecin-chirurgien » encore en vigueur aujourd'hui), une large autonomie est laissée aux différentes universités, qui dépendent des autorités cantonales, pour organiser l'enseignement de la médecine. Certes, les examens sont peu à peu, au cours du siècle écoulé, unifiés au plan de l'ensemble de la Confédération; l'on voit apparaître en outre des « catalogues d'objectifs » (le dernier en date est de 2002), résultant de l'effort des enseignants de toutes les facultés de médecine du pays. Mais d'importantes différences dans l'organisation même des études de médecine subsistent jusqu'à ce jour (ce qui rend parfois délicat le passage d'un étudiant en médecine d'une université à l'autre au cours de ses études).

La présence des sciences humaines et sociales, sous la forme d'enseignements d'histoire de la médecine, comme on l'a mentionné plus haut, semble donc se systématiser peu à peu depuis la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. D'une faculté à l'autre, les formes sont très variables, et dépendent largement des circonstances, opportunités et personnalités locales. Ainsi, Zurich est dotée d'un institut et d'un musée d'histoire de la médecine depuis le début des années 1950. De prestigieux historiens de la médecine, tels Henri Sigerist ou Erwin Ackerknecht, y séjournent, « professionnalisant » la discipline, et donnant à cet enseignement un lustre particulier (d'innombrables thèses d'histoire de la médecine y sont défendues). Quelques décennies plus tard, Berne se dote d'un semblable institut professionnalisé après que des médecins amateurs éclairés et souvent très compétents, mais continuant de pratiquer activement la médecine, eurent assuré un enseignement d'histoire à la Faculté de médecine. Bâle, malgré un passé historique très chargé en la matière, ne franchit pas le cap de l'ouverture d'un institut spécialisé. Genève et Lausanne créent de tels instituts, dotés toutefois d'un qualificatif supplémentaire (institut d'histoire de la médecine et de la santé) au début des années 1990 seulement, bien que dans l'une et l'autre de ces facultés, des enseignements aient été donnés depuis plusieurs dizaines d'années (par Jean Starobinski à Genève, Charles Lichtenhaeler à Lausanne). En outre, quelques autres enseignements relevant du domaine large des sciences humaines et sociales sont à l'occasion donnés ici et là (comme celui de « terminologie médicale » dans les facultés alémaniques, inspiré de la tradition germanique).

Une nouvelle impulsion à la question des sciences humaines et sociales dans l'enseignement de la médecine est donnée à partir des années 1970, avec l'émergence de la médecine dite « psycho-

sociale». Cette discipline (ou, mieux, cette problématique) apparaît alors comme un complément nécessaire à l'éducation du futur médecin; elle se voit proposée surtout dans les premières années, et intégrée dès les années 1980 au programme des examens au niveau du premier ou du deuxième propédeutique (examens éliminatoires ayant lieu à la fin de la première, respectivement de la deuxième année). Cet enseignement, systématiquement dispensé par des médecins (spécialistes en psychiatrie pour l'essentiel) prélude en quelque sorte, sur le plan institutionnel, au «réveil», ou «tournant» éthique marqué depuis les années 1990 par l'ouverture des premières unités et chaires d'éthique médicale ou de bioéthique. Ces dernières, à la différence du mouvement amorcé en Allemagne, sont à ce jour (mais le processus n'est pas terminé) créées indépendamment des instituts d'histoire de la médecine préexistants. À ce jour, les enseignements procurés dans ce cadre (où parfois trouve place également un enseignement spécifique de *medical humanities*) s'intègrent peu à peu, et de façon probablement plus marquée que ceux d'histoire de la médecine, dans les cursus des futurs praticiens. D'autres disciplines des sciences humaines ne bénéficient pas (encore) de tels développements, du moins dans les facultés de médecine. L'ethno-anthropologie médicale, la sociologie de la médecine et des professions de soins par exemple évoluent à distance, sous la forme d'enseignements et de recherches menées dans les écoles de soins infirmiers, ou dans les facultés de sciences humaines, sous la forme de contributions parfois importantes, mais souvent isolées. Il faudrait encore, dans ce cadre, mentionner une tradition de philologie ou de philosophie qui font également entendre leur voix en Suisse, à distance toutefois des centres d'enseignement de la médecine. Si intégration il y a, elle se fait latéralement, par l'intégration de sociologues ou d'anthropologues à des fins «cliniques» ou de recherche dans certains services hospitalo-universitaires (psychiatrie, policliniques, départements de médecine sociale et préventive); à ce jour, une telle situation concerne sans doute une dizaine de personnes tout au plus sur l'ensemble de la Suisse.

Le mouvement esquissé ci-dessus donne l'impression d'une relative montée en puissance de l'ensemble des sciences humaines en médecine. Mais il demeure instable, aléatoire, non systématique, et soumis aux conjonctures locales. Les promesses de l'avenir proche permettent toutefois d'espérer une certaine stabilisation. Une nouvelle loi fédérale, fondée sur un rapport d'experts et une large consultation des milieux concernés (enseignants, médecins praticiens, académies, etc.), et devant entrer en vigueur avant la fin de la décennie, prévoit en effet de nouvelles priorités dans l'enseignement de la médecine: parmi les *skills* dont devra faire preuve le futur médecin suisse figurent en effet certaines qualités relevant du «savoir-être». Toutes les facultés de médecine ont entamé un processus de réforme des études. On notera en particulier que, dans ce contexte, l'enseignement de «médecine psychosociale» dispensé depuis une trentaine d'années est transformé et augmenté d'un nombre substantiel d'heures, en un enseignement de «sciences humaines en médecine» ou de *medical humanities* (l'appellation varie d'un endroit à l'autre). Pour la Faculté de biologie et médecine de Lausanne par exemple, près d'un cinquième du total des heures en première année de médecine seront dispensées à partir de 2005 sous la forme de cours et séminaires intégrés, donnés par des praticiens, médecins spécialistes, historiens, sociologues, philosophes, anthropologues, théologiens. C'est là l'une des façons avec lesquelles les facultés de médecine en Suisse répondent actuellement au besoin d'humanités qui apparaît si pressant dans la société occidentale avancée.

En conclusion, on notera le rôle historique, dans ce mouvement toujours en cours, de l'histoire de la médecine, discipline traditionnelle de la médecine héritée du XIX<sup>e</sup> siècle et à ce titre trouvant naturellement sa place (certes fort modeste) au sein des facultés de médecine et des institutions au XX<sup>e</sup> siècle. Mais ce rôle ne va pas (ou plus) de soi: l'émergence d'autres disciplines des sciences humaines en médecine, perçues comme plus directement utilitaires, peut venir parfois le contester, à l'image de ce qui se produit en Allemagne. En outre, le processus de profession-

nalisation de la discipline même – marqué par l'importance grandissante en son sein des historiens non-médecins et par la prééminence des approches relevant de l'histoire sociale –, en accroissant la rigueur, la qualité et les exigences de la recherche en histoire de la médecine, n'est pas toujours ressenti comme un bienfait par les

usagers d'une histoire traditionnelle de la médecine pratiquée en cercle fermé et consensuel : signe parmi d'autres que l'adaptation d'une culture « humaniste » (dans ce cas, il conviendrait plutôt de dire « posthumaniste ») dans le monde de la science médicale et de ses applications est une entreprise qui n'est jamais terminée.

# Construire un enseignement de sciences humaines et sociales en médecine - Tel Aviv : 1999-2004

Étienne Lepicard

Behavioral Sciences Department, Tel Aviv University Faculty of Medicine

## Données générales

En Israël, quatre universités sur cinq ont une faculté de médecine : Jérusalem, Tel Aviv, Haïfa et Béersheva dans le Néguev ; Bar Ilan proche de Tel Aviv n'en a pas.

En matière éducative, celle de Béersheva fait depuis longtemps figure de proue. Les études de médecine y sont orientées différemment que dans les autres facultés. L'Université du Néguev met, en effet, un point d'honneur à ce que ses étudiants soient au contact des malades dès la première année et puissent se spécialiser en médecine de famille comme en n'importe quelle autre spécialité. À Tel Aviv, s'est mise en place depuis 1998 une réforme du curriculum. Le constat menant à cette réforme était simple (du moins selon la tradition orale de la faculté). Il s'est agi de la difficulté de nommer chefs de service des médecins diplômés de la faculté, non qu'il n'y eût pas de bons, ni même d'excellents éléments, sortant de ses rangs, mais parce que la plupart étaient des chercheurs et non des médecins.

À côté de mesures tendant à renforcer la compétitivité scientifique des jeunes médecins, telles l'acquisition dès les premières années des outils d'analyse statistique ou encore la mise en place d'un programme d'excellence qui permet aux étudiants les plus performants de doubler leur MD par un PhD, il a été décidé d'octroyer un cinquième du temps d'étude, de la première à la sixième année, aux sciences humaines et sociales, ou du moins à un ensemble de matières et d'activités que je vais détailler maintenant et qui pour la plupart ont trait aux sciences humaines et sociales. Ce cinquième de temps fut confié au département des *Behavioral Sciences* auquel j'appartiens, qui n'était jusqu'alors qu'une sorte de « kolbo », c'est-à-dire de fourre-tout auquel étaient rattachés, outre quelques anthropologues à l'origine du département, un nombre incalculable de psychologues, dont les méchantes langues disent qu'ils pouvaient ainsi valoriser leur carte de visite professionnelle grâce au label de vacances universitaires.

Parmi les facteurs qui ont favorisé la mise en place de cette réforme, signalons que deux de ces principaux acteurs, le doyen élu sur son agenda de réforme et celui qui fut nommé en 1998 chef du département des *Behavioral Sciences*, sont deux médecins cliniciens depuis longtemps connus pour leurs efforts de promotion de la médecine de famille en tant que discipline à part entière au sein de l'université.

## En comparaison avec la France

Avant d'aller plus avant dans la présentation, je voudrais souligner les différences qui marquent à mon sens ce que j'entends depuis hier sur la situation en France par comparaison avec le programme mis en œuvre à Tel Aviv. Je vois deux points de différence principaux : le système de sélection et la durée de l'enseignement octroyée aux sciences humaines et sociales dans le curriculum.

En France, revient la question des 60 heures données à un grand nombre d'étudiants de première année dont seulement une minorité finiront leurs études de médecine du fait du concours situé à la fin de cette première année. À Tel Aviv, comme dans les autres facultés israéliennes, la sélection se fait avant l'entrée en première année, d'où le moindre nombre et l'assurance que la grande majorité des étudiants auxquels nous nous adressons seront un jour médecins. Cela change bien sûr les perspectives de l'enseignement. Mais plus encore, si jusqu'à l'année dernière cette sélection « à l'entrée » se faisait sur les notes du baccalauréat, un examen psychométrique et un entretien, depuis cette année ce dernier a été remplacé à Tel Aviv par deux demi-journées passées dans le centre de simulation médicale de l'université. Ce dernier a été initialement conçu pour permettre aux étudiants des années cliniques de se familiariser avec l'examen clinique des patients sur des poupées ou par des jeux de rôle avec des acteurs professionnels. Depuis cette année donc, un programme a été conçu pour y sélec-

tionner également les candidats en médecine. Présélectionnés sur les notes du baccalauréat et l'examen psychométrique, les candidats sont invités à répondre par écrit durant une demi-journée à un certain nombre de questions portant sur leur motivation, mais également sur leur vision du monde et la solution de problèmes d'éthique simples puis, lors de la deuxième demi-journée, à passer dans une douzaine de stations où ils doivent pratiquer des jeux de rôle. Certaines stations sont destinées à tester leur capacité d'organisation, à mener une équipe, etc., et d'autres à tester leur capacité relationnelle dans différentes situations – une personne qui se met en colère ou qui met le candidat devant un dilemme éthique. Il est évident que la présélection assure que tous sont d'un niveau intellectuel excellent, cette journée permet de tester la maturité affective et en particulier de repérer ce que j'appellerais les « psychopathes ». Il faut dire que jusque-là c'était un problème quasi insoluble : un étudiant ayant de graves difficultés relationnelles, une fois accepté en médecine, ne pouvait quasiment pas être exclu par la suite. Même si l'ensemble des éducateurs s'accordait pour dire que l'on va à la catastrophe, il était très rare qu'un étudiant soit exclu du fait du système de protection dont bénéficient les étudiants de l'université.

Le deuxième point de différence touche à la durée et à la répartition de l'enseignement des sciences humaines et sociales dans le curriculum puisque celui-ci s'étale sur six ans et devrait atteindre 20 % du temps d'étude tout au long de ces six années, c'est-à-dire un jour par semaine ! On le voit, il s'agit bien sûr d'une décision de la direction de la faculté où l'on se donne les moyens de sa politique puisque cela s'est suivi d'une création de deux postes en trois ans. C'est ce programme que je vais détailler maintenant. Avant cela, je tiens encore à préciser que, comme toute réforme, celle-ci est faite d'avancées et de reculs, de tâtonnements, et que ce dont je parle ici est le programme tel qu'il existe aujourd'hui. Il faut voir cela comme quelque chose de très dynamique qui n'est pas à l'abri de difficultés budgétaires, entre autres.

Trois parties composent mon exposé : une partie plus théorique sur les concepts généraux sur lesquels nous nous appuyons, puis le descriptif des années précliniques et cliniques.

## Propos et concepts de la réforme dans le département des *Behavioral Sciences*

### Propos général

Permettre aux étudiants en médecine de développer une approche humaniste et soignante de la médecine : non pas créer des médecins de famille, mais des médecins qui puissent choisir comme spécialité parmi d'autres la médecine de famille.

### Trois concepts clés

- Un enseignement centré sur le patient ;
- un enseignement centré sur l'étudiant (*long-life style learning*) ;
- une approche bio-psycho-sociale (Engel) de la médecine et pas uniquement biologique ou moléculaire.

### Trois autres concepts

- C'est un processus de longue durée, qui se fait par étapes, tout au long des six années d'études ;
- en lien avec les autres disciplines enseignées (*seamlessness* : sans couture, intégré) ;
- conjuguant la théorie avec un enseignement expérientiel (permettant de développer des positions personnelles, notamment dans le domaine éthique, de développer des capacités et un savoir-faire (*skills*), notamment dans le domaine de la communication, du travail de groupe, et non seulement d'engranger plus de connaissances).

## Les années précliniques

### Un thème par année pour les trois années précliniques

- 1 – Le patient et sa santé
- 2 – Le patient et sa famille
- 3 – Pour une approche holistique et communicationnelle de la médecine

**La théorie** en nos matières se fait par des cours semestriels (ou d'un demi-semestre) qui sont bien sûr avant tout introductifs.

Cours de 1<sup>re</sup> année : psychologie en médecine, anthropologie médicale, sociologie médicale, cycle de vie /chronobiologie.



Cours de 2<sup>e</sup> année: histoire de la médecine/médecine et Shoah, vécu de la santé et de la maladie dans la famille, médecine et droit, éthique et médecine.

De plus, pour ceux qui le souhaitent au cours de la 1<sup>re</sup>/2<sup>e</sup> année, un cours optionnel semestriel d'histoire de la médecine de style séminaire est proposé dans le cadre du département (les étudiants doivent prendre trois cours de ce type pendant les deux premières années, au choix dans la faculté de médecine ou en dehors).

**Les activités expérientielles** se répartissent entre des expériences de terrain (*early clinical exposure*) et une reprise par petits groupes une fois tous les quinze jours. Chacune des expériences de terrain a ses propres objectifs liés au thème de l'année et en plus de ceux du travail de groupe.

Les expériences de terrain de 1<sup>re</sup> année comprennent une visite individuelle ou par deux au cabinet d'un praticien (si possible de leur tuteur de groupe), aux urgences, en PMI, dans une maison de personnes âgées.

En 2<sup>e</sup> année: auprès d'accidentés en réhabilitation fonctionnelle, auprès d'enfants vivant avec un handicap, en réhabilitation psychiatrique, auprès de personnes en manque de soutien social (sans abris, émigrés).

La reprise en petits groupes (15) se fait avec un médecin praticien comme tuteur (servant de rôle modèle): 2 heures tous les 15 jours selon quatre axes d'intervention: communicationnel, interculturel, éthique et éducatif. Le groupe de médecins tuteurs (qui viennent de divers horizons) est lui-même accompagné et rencontre une fois par mois deux personnes du département, dont le directeur. Parfois l'un ou l'autre en charge de telle ou telle expérience de terrain vient la présenter. Ce sont des groupes d'échange et de soutien mutuel dans le tutorat.

En 2<sup>e</sup> année également, les étudiants participent à ce qu'il est convenu d'appeler le « projet famille ». Celui-ci est constitué de cinq rencontres d'un patient chronique dans son environnement familial et naturel avec évaluation du retentissement de sa maladie sur son entourage. L'étudiant tient un journal sur lequel il s'appuie pour rédiger le devoir de fin d'année. L'idée est que ce sont les patients et leur famille qui deviennent pour un temps les enseignants de l'étudiant. Ce travail est suivi et discuté dans les petits groupes.

En 3<sup>e</sup> année, l'introduction à la médecine clinique est enseignée par bloc intégré (sémiologie et fondamen-

tales) système par système: nerveux, cardio-vasculaire, etc. En contraste avec cet enseignement qui, malgré son caractère intégratif de la clinique et des sciences, coupe en tranches le patient, le département met l'accent sur une approche holistique et communicationnelle de la médecine. Le travail en petits groupes se poursuit avec le même tuteur que les deux premières années, et fonctionne par études de cas (sorte de *Problem based learning*) accordé à chaque système, mais prenant en compte le vécu global du patient, et à forte connotation psycho-sociale.

### L'évaluation durant les années précliniques

- Des étudiants :
  - pour les cours, chaque enseignant fixe ses critères, les devoirs sont encouragés pour le travail de réflexion qu'ils comprennent,
  - pour le travail en petits groupes, la note (obligation administrative) inclut la présence, obligatoire, l'évaluation des comptes rendus écrits des expériences de terrain et une évaluation du médecin accompagnant.
- Du programme lui-même: chaque cours est évalué, ainsi que l'enseignant comme le travail en petits groupes. Formulaire standard de la faculté auquel nous ajoutons nos propres *requisits* avec parfois des questions ouvertes. De plus sont organisés régulièrement des *focus groups* par année pour l'ensemble de ce qui est proposé par le département. Dans ces groupes, un certain nombre d'étudiants choisis au hasard donnent leur avis oralement (un rapporteur en fait le compte rendu). Au long des années, c'est ce qui s'avère le plus utile pour avancer.

### Les années cliniques

**Qu'est-ce qui est particulier aux années cliniques ?**

L'acquisition se fait plus par expérience et imitation (et moins par connaissance et répétition), avec une expérience émotionnelle plus forte: dans la rencontre avec les patients, et avec les médecins qui servent de modèles de rôle à l'intérieur de l'équipe soignante.

Fonctionnement en milieu plus « vrai » (hôpitaux), moins protégé (université).

Les étudiants sont exposés à différents sujets qui les touchent à différents niveaux: intellectuel (la recherche, les soins et les dilemmes qui découlent de la combinai-

son des deux); émotionnel (rencontre de la souffrance, de la douleur et de la perte – la mort bien sûr, mais aussi d'un membre, d'une autonomie, etc. – comme jamais auparavant); interculturel (rencontre de la différence religieuse, ethnique, de genre, d'âge, etc.).

Ils sont exposés au besoin de se situer comme individus à l'intérieur d'un système: en tant que système mais aussi constitué de personnes particulières (d'où interrogations, troubles, sentiment de menace, etc.; comment rester soi?). Ils sont amenés à choisir leur voie: définir leurs limites, leurs positions personnelles sur différents sujets. Quel comportement adopter? Quel type de médecin devenir?

### La 4<sup>e</sup> année

Il faut dire que si le premier cycle commence à être bien rôdé, nous tâtonnons pas mal pour établir le programme des années cliniques. Avec une difficulté majeure qui tient au statut particulier de l'Université de Tel Aviv dans le campus de laquelle est située la faculté de médecine, et donc notre département, et à laquelle sont rattachés pas moins de sept hôpitaux universitaires dispersés dans une vaste agglomération. Jusque-là, les enseignants perdaient quasiment le contact avec les étudiants à partir de la 4<sup>e</sup> année.

- Atelier à partir d'études de cas dans les services (c'est un projet pilote, cette année).
- Atelier cinéma, médecine et culture (1<sup>re</sup> partie), dont l'idée générale est la poursuite de l'enseignement mis en œuvre dans les années précliniques par un outil adapté aux années cliniques, tout en gardant le cadre du travail de réflexion par petits groupes.

### La 5<sup>e</sup> année

- Atelier Cinéma, Médecine et Culture (2<sup>e</sup> partie)  
Comme indiqué plus haut, cette réforme est quelque chose de dynamique, marquée aussi par des tâtonnements pas toujours couronnés de succès. Ainsi un essai d'atelier combiné éthique, médecine et droit en gynécologie, dont nous avons tenté la mise en place pilote l'an dernier et qui malgré le plein soutien du responsable du département de gynécologie (les départements cliniques de la faculté regroupent les médecins hospitalo-universitaires selon leur spécialité), n'est pas continué du fait d'un *feed-back* trop négatif des étudiants.

### La 6<sup>e</sup> année

Cours/ateliers sur transmission des mauvaises nouvelles qui se fait en deux temps: à la faculté au début de l'année avec une partie théorique, des jeux de rôle en petits groupes et la rencontre de patients, et une seconde partie en fin d'année, dans les services hospitaliers, alors que les étudiants sont à la veille du stage. Un autre atelier d'éthique clinique en début d'année alterne également théorie et travail de groupe avec jeux de rôle.

### L'évaluation des années cliniques

L'évaluation des étudiants est en négociation pour l'atelier cinéma afin que celle que nous faisons soit prise en compte dans la note finale de stage. Celle que nous faisons est constituée de la présence obligatoire et de l'évaluation d'un travail écrit. L'an dernier, il s'agissait d'un essai d'une page après chaque film mais qui a été très mal vécu par les étudiants; pour l'an prochain est à l'étude un essai de 5 pages en fin de semestre, le problème étant qu'il n'y a parfois qu'un seul film présenté par stage et que notre idéal était que la note que nous donnons soit partie intégrante de la note de fin de stage.

Pour les ateliers transmission de mauvaises nouvelles et éthique clinique, seule la présence obligatoire compte pour l'instant.

### Addenda

Par ailleurs, mais cela ne concerne pas directement les études de médecine, le département organise à l'École des hautes études de la faculté (qui délivre des masters en sciences médicales et qui sert également d'école doctorale - PhD) deux séminaires de recherche: «Éthique médicale» et «Entre médecine et biologie, l'histoire».

Par la suite nous espérons développer également un enseignement postuniversitaire.

### Bibliographie sélective

- J.M. Borkan *et al.*, «A Model for Educating Humanistic Physicians in the 21<sup>st</sup> Century: The New Medicine, Patient, and Society Course at Tel Aviv University», *Education for Health*, 13, 2000, pp. 346-355.
- H. Abramovitch *et al.*, «A Tale of Two Exposures: A Comparison of Two Approaches to Early Clinical Exposure», *Education for Health*, 15, 2000, pp. 386-390.
- Lepicard, Fridman, «Medicine Culture and Cinema: A Workshop in Medical Humanities for Clinical Years», *Medical Education*, 37, 2003, pp. 1039-1040.

# Éthique médicale ou histoire de la médecine ? Le nouveau contexte allemand de l'enseignement des sciences humaines et sociales en médecine

Christian Hick

Institut d'histoire et d'éthique de la médecine, Université de Cologne

## Préambule

La forme que prend l'enseignement des sciences humaines et sociales en médecine est en partie façonnée par le contexte institutionnel spécifique à l'Allemagne, caractérisé par un développement très décentralisé et fondé sur l'autonomie des *Länder* en matière d'éducation. L'État fédéral ne décide que des conditions générales de l'enseignement en médecine : il délivre l'*Approbatonsordnung* (un règlement des connaissances à valider) définissant ainsi les conditions minimales requises pour pouvoir exercer la médecine. Cet enseignement est d'autre part déterminé par l'organisation académique propre à l'université allemande, qui a séparé l'histoire de la médecine des autres sciences humaines, comme la psychologie et la sociologie de la médecine, séparation pérennisée avec la généralisation d'instituts distincts dotés de chaires, à partir de la seconde moitié des années 1970.

Pour dresser ici un bilan et établir un état des lieux de l'enseignement des sciences humaines en médecine en Allemagne, on peut décrire de manière schématique quatre grandes périodes.

## 1<sup>re</sup> période : la primauté de l'histoire de la médecine (1906-1980)

L'Allemagne s'est dotée dès la première moitié du xx<sup>e</sup> siècle d'instituts d'histoire de la médecine (Leipzig en 1906, Würzburg en 1921, Friburg en 1926, Francfort en 1927, Berlin en 1930, Munich en 1939), ce qui correspond à un développement très précoce et à une institutionnalisation étendue de la discipline en comparaison avec la plupart des pays européens. Par ailleurs, cette institutionnalisation consacre l'histoire de la médecine comme

discipline située dans les facultés de médecine. Depuis les années 1960, des instituts d'histoire de la médecine existent dans chaque faculté de médecine, soit une trentaine environ, dont un Institut d'histoire et de théorie de la médecine à Münster. Bien qu'il s'agisse d'instituts d'histoire, ils sont animés par des philologues, des médecins éclairés, et finalement peu par des historiens. L'enseignement qui y est développé consiste en général en un cours magistral d'histoire de la médecine facultatif et en un cours de terminologie médicale obligatoire. Ces cours sont sanctionnés par une épreuve écrite d'histoire de la médecine en cinquième année, qui prend la forme de questionnaires à choix multiple.

L'appréciation généralement portée par les étudiants sur cet enseignement d'histoire de la médecine est peu favorable : il est perçu comme un cours de « culture générale » peu en rapport avec la pratique médicale, le cours de terminologie obligatoire apparaît comme fastidieux et l'épreuve écrite comme dérisoire. Du point de vue institutionnel, les instituts d'histoire de la médecine demeurent en marge des facultés de médecine et véhiculent l'image persistante d'une histoire orientée vers le culte des « grands hommes », participant d'une vision apologétique de la « médecine triomphante ».

## 2<sup>e</sup> période : les débuts de l'éthique médicale (1980-1998)

Les années 1980 voient se développer en Allemagne une préoccupation pour l'enseignement de l'éthique médicale, qui ne dispose pas encore d'un cadre académique spécifique.

L'éthique trouve ainsi place dans différents cadres disciplinaires. Soit cet enseignement est assumé par des historiens de la médecine, comme dans les facultés de Fribourg ou de Münster, où la réflexion éthique s'oriente tout particulièrement vers les thématiques du consentement éclairé, vers celle du rôle du médecin et vers l'éthique de la recherche médicale sur l'homme. Soit il trouve sa place dans des départements de philosophie qui ont vocation, comme à Göttingen ou à Mainz, à traiter de théorie de la médecine, et où l'enseignement dispensé prend la forme de cours de « philosophie pour les étudiants en médecine ». Soit encore il prend place dans une institution spécifiquement créée à cette fin, l'« Akademie für Ethik in der Medizin », à Göttingen. Cette instance résulte d'une initiative prise en dehors du système universitaire, regroupant des médecins et des théologiens, fonctionnant sous la forme de groupes de travail et entretenant des liens institutionnels avec l'institut d'histoire de la médecine local.

L'appréciation que l'on peut porter sur cette éthique médicale à ce stade de développement est de présenter les faiblesses d'une discipline naissante, encore immature, dont la recherche publiée se révèle d'une qualité inégale et qui se trouve en concurrence avec l'histoire de la médecine. Elle souffre également d'un manque de moyens : l'éthique médicale dispose alors en Allemagne d'un seul poste à plein temps, celui dont s'est dotée l'« Akademie für Ethik in der Medizin ». Enfin, l'enseignement d'éthique médicale est encore absent du programme obligatoire de l'*Approbatonsordnung*.

### **3<sup>e</sup> période : l'institutionnalisation de l'éthique de la médecine (à partir de 1998)**

Dans les années 1990, des instituts d'histoire changent de nom pour devenir « instituts d'histoire et d'éthique de la médecine ». Le premier de ce type naît à Cologne (1994), où la chaire est détenue par un historien de la médecine doté d'un assistant « expert » en éthique médicale. D'autres instituts prennent le nom d'« instituts d'éthique et d'histoire de la médecine ». En 1998, l'éthique de

la médecine s'institutionnalise comme telle, avec la première chaire créée à Tübingen. L'enseignement s'inspire des mêmes principes que ceux qui gouvernaient l'histoire de la médecine, c'est-à-dire qu'il repose sur un cours de terminologie médicale (obligatoire) ; un cours magistral d'histoire et/ou d'éthique (facultatif) ; des séminaires d'éthique/d'histoire de la médecine (facultatifs). L'évaluation des connaissances reste une épreuve écrite avec questionnaire à choix multiple.

### **4<sup>e</sup> période : le nouveau règlement des connaissances requises pour exercer la médecine (Approbatonsordnung de 2002)**

Ce nouveau règlement fédéral introduit une épreuve écrite obligatoire en « histoire, théorie et éthique de la médecine » préalable à l'examen de fin d'études à l'issue de la sixième année des études médicales (« 2. Staatsexamen »). Le résultat de cette épreuve doit figurer sous la forme d'une appréciation chiffrée notée sur le diplôme de fin d'études.

Les contenus des enseignements sont adaptés à cette nouvelle réglementation de la formation. On tente d'élaborer des programmes d'« histoire, théorie et éthique de la médecine » assumés par les facultés de médecine, en l'absence d'un programme unique au niveau national.

L'histoire de la médecine développe dans ce contexte les thématiques suivantes :

- changement des concepts du corps et de la maladie,
- histoire des maladies (surtout épidémiques),
- histoire des procédures diagnostiques et thérapeutiques,
- histoire de la profession médicale et de la relation médecin/malade,
- histoire des institutions médicales (hôpitaux, systèmes de santé).

La théorie de la médecine se consacre aux problématiques suivantes :

- anthropologie philosophique de la médecine et de la maladie,
- concepts de santé,
- problème des relations âme/corps,

- phénoménologie de « l'être malade »,
- épistémologie médicale (structures des théories médicales, changement de paradigmes),
- maladie et culture.

Les domaines réservés à l'éthique de la médecine sont principalement :

- les concepts fondamentaux de l'éthique philosophique,
- le consentement éclairé,
- la limitation de traitement/suicide assisté/euthanasie,
- les problèmes éthiques de la médecine de la reproduction,
- l'éthique de la recherche médicale,
- les questions de justice du système médical.

L'adaptation de ces nouveaux enseignements d'« histoire, théorie, éthique », qui ont débuté en hiver 2003 ou en été 2004, n'est pas sans difficultés : il faut consacrer 2 à 4 heures par semaine pendant un semestre (24 à 48 heures au total) à cet enseignement. Les modifications se révèlent presque impossible à établir dans la structure traditionnelle de la formation. Chaque faculté décide de façon indépendante du contenu et de la forme de cet enseignement. Le modèle le plus répandu propose un cours magistral d'histoire, théorie et éthique de la médecine (pour près de 200 étudiants), sur la base de 2 à 4 heures qui prennent place en troisième année, avec une épreuve écrite de dissertation.

Dans certaines facultés sont organisés des séminaires d'« histoire, théorie, éthique », comme

à Berlin où se tiennent 22 séminaires, consacrés à 8 thèmes et réunissant 18 participants (7 x 2 heures en troisième année).

Pour apprécier ces nouveaux cours d'« histoire, théorie, éthique », on peut souligner qu'ils ont pour conséquence de susciter une épreuve écrite supplémentaire et une épreuve portant sur les connaissances (« le candidat doit connaître les règles du comportement médical notamment en ce qui concerne les questions d'éthique [...] »). On peut s'interroger sur les compétences qui sont requises, et sur les liens que ces cours entretiennent avec l'enseignement clinique. L'équilibre entre les trois disciplines pose également problème. La tendance générale consiste à accorder la primauté à l'éthique. Ce sont les ministres des *Länder* qui décident et qui choisissent finalement le plus souvent des solutions qu'on peut qualifier de « politiquement correctes ». De fait, les chaires d'éthique de la médecine manquent toujours des ressources nécessaires si bien qu'on peut se demander s'il ne s'agit pas plutôt d'un « alibi éthique ». L'histoire de la médecine est largement perçue comme un « luxe superflu » et la théorie de la médecine comme un « exercice purement intellectuel ». L'introduction très récente de cette réforme des études médicales en Allemagne ne permet pas encore de tirer des conclusions quant à ses retombées ; ceci pourrait peut-être faire l'objet d'une présentation ultérieure dans une autre rencontre de ce type.

# L'expérience du Royaume-Uni dans le domaine des sciences humaines et sociales : le cas de la sociologie de la santé

Catherine Déchamp-Le Roux

Université Paris 13, UFR Santé, médecine et biologie humaine

Les sciences humaines et sociales ont été introduites dans le cursus des études médicales de nombreux pays européens ouvrant ainsi une porte à une approche plus globale de l'homme. Le choix de vous présenter l'expérience anglaise s'appuie sur le fait qu'il me semble que ce cas est exemplaire d'une collaboration entre la sociologie de la médecine et de la santé et la santé publique. Je vais vous résumer les raisons pour lesquelles une sociologue de la santé en poste à la Faculté de médecine de Bobigny a proposé de parler de l'expérience du Royaume-Uni.

Dans le cadre d'un projet d'université de santé, la Faculté de médecine de Bobigny a créé le premier poste de maître de conférences en sociologie, sur lequel j'ai été recrutée en 1985. J'avais auparavant participé, en tant qu'assistante, à la mise en place d'un enseignement d'écologie puis de sciences humaines et sociales en PCEM 1 (voir le texte de Dominique Neuman). Ma singularité universitaire m'a poussée à adhérer à une association européenne de sociologues de la santé, l'European Society of Health and Medical Sociology<sup>1</sup> (ESHMS, fondée en 1984), dans laquelle je pouvais rencontrer des collègues européens partageant les mêmes expériences pédagogiques. En effet, lors des congrès bisannuels qui réunissaient en moyenne 300 participants de toute l'Europe, un atelier pédagogique nous permettait de discuter des difficultés à enseigner en médecine. J'ai ensuite été élue membre du comité exécutif de l'ESHMS et, en 1997, nous avons été invités par le département de santé publique de l'Université de Tartu en Estonie pour conseiller les membres de ce département sur le contenu pédagogique des sciences sociales. L'absence d'ouvrages de référence ou de manuels disponibles en Estonie rendait notre tâche difficile. Une solution a été suggérée par notre collègue anglaise, en poste à l'époque à l'Université de Cambridge, lorsqu'elle a conseillé de tout simplement faire appel aux sociologues spécialistes de la famille du département de sociologie

de l'Université de Tartu afin de répondre aux besoins en formation de médecins généralistes, reproduisant ainsi le type de coopération à l'œuvre dans certaines facultés de médecine du Royaume-Uni. Pour clore l'anecdote, une convention entre les départements de santé publique de l'Université de Tartu et de l'Université de Karlstad, Suède, a permis aux collègues estoniens de bénéficier d'une formation en sciences sociales et en santé publique à l'Université de Karlstad: le département de santé publique était dirigé par un professeur de sociologie, président de l'ESHMS et expert auprès de l'OMS.

Depuis 1980, l'enseignement de la sociologie appliquée au domaine de la santé est obligatoire dans la formation des médecins et des professionnels de santé. L'enseignement de la sociologie est dispensé tout au long du cursus des études médicales, mais il faut noter que la sélection des médecins ne porte que sur les sciences fondamentales (*pre-medical natural science courses*). Cette innovation dans la formation des professionnels de santé est présentée comme de grande importance et s'est heurtée à l'opposition conjointe des enseignants en sciences fondamentales et cliniques et des étudiants plus préoccupés par l'acquisition de connaissances directement utiles à l'exercice du métier. L'expérience a fait son chemin et le General Medical Council se montre plus directif quant aux justifications qui fondent les objectifs pédagogiques; l'étudiant doit comprendre le contexte social de la santé et de la maladie, connaître les déterminants sociaux de la pratique médicale et du système de santé. Ce sont des directives générales car il n'y a pas de programme national. Chaque faculté de médecine est libre d'interpréter ces directives pédagogiques en fonction des ressources et des traditions locales. L'enseignement peut être très structuré sur plusieurs années comme il peut être dispensé sous forme de

1. [www.eshms.org](http://www.eshms.org)

conférences ponctuelles dans le cadre d'un enseignement de médecine clinique ou de santé publique.

On constate que cet enseignement s'appuie sur une collaboration avec des sociologues intégrés à des départements de médecine sociale et de santé publique ou de médecine communautaire. On sollicite toujours des spécialistes qui sont relativement nombreux au Royaume-Uni. Ainsi le Medical Sociological Group<sup>2</sup> de la British Sociological Association comprend un réseau de plus de 300 chercheurs. Cette collaboration de recherche est ancienne puisque l'argumentaire de la première politique de santé publique (Public Health Act de 1843) est fondé sur l'enquête sociale d'Edwin Chadwick sur la santé de la classe ouvrière en Grande-Bretagne. Un autre exemple est la participation de sociologues ou de spécialistes de politiques sociales à la construction du système de santé (National Health Service en 1948) s'inscrivant dans une tradition de scientifiques engagés dans les choix de société. De grandes figures comme Ann Cartwright, Raymond Illsley, Margot Jefferys et Robert Titmuss ont participé à de nombreux comités gouvernementaux tels que le Medical Research Council. Un exemple plus récent est celui du statut de l'aidant familial (Careers' Act, 1996) défini par un cadre juridique et qui s'est nourri des nombreux travaux sociologiques anglais sur le travail médical du profane qui est le plus souvent la mère de famille<sup>3</sup>.

Le réseau des sociologues de la santé est bien structuré et bénéficie d'une assise institutionnelle construite depuis quelques décennies. Pour répondre à la demande croissante d'enseignements en sociologie de la médecine, un manuel de sociologie appliquée à la médecine a été écrit par des enseignants-chercheurs en poste dans les différentes facultés de médecine du Royaume-Uni. Ce manuel donne des bases sur les questions sociales auxquelles la médecine contemporaine est confrontée. Il est conseillé de former les futurs médecins généralistes

à la compréhension des transformations de la famille et à la connaissance des facteurs sociaux de la maladie et de la mortalité tels que le statut social, l'éducation, l'âge et le statut matrimonial. On insiste sur les théories médicales qui ne sont pas forcément partagées par la population. L'étude de l'histoire du système de santé permet de mieux comprendre les débats contemporains. Ces quelques exemples illustrent la richesse des contributions, étayées sur de nombreuses recherches sociologiques, actualisées par des rééditions successives. L'objectif pédagogique est de rendre compréhensible la sociologie de la médecine et de la santé à des non-spécialistes; les connaissances doivent être utiles à la formation de futurs professionnels de la médecine et de la santé. On enseigne donc une sociologie empirique qui permet de comprendre le contexte social de la pratique médicale. Cet enseignement en faculté de médecine est différent de celui qui peut être proposé dans un département de sociologie dont l'objectif est de former des sociologues capables de produire un raisonnement sociologique<sup>4</sup>.

En France, le milieu de la sociologie de la santé (réseau d'une centaine de chercheurs) est moins bien structuré sur le plan institutionnel, ce domaine de recherche est peu enseigné et les lieux de transmission des connaissances restent rares. Malgré les directives de l'arrêté du 2 juin 1994, on ne fait pas toujours appel à des spécialistes pour enseigner et ces enseignements de sciences humaines et sociales sont trop souvent sous-traités par des non-spécialistes, ce qui est préjudiciable à la qualité de l'enseignement; je fais référence au rapport Debouzie qui donne une définition assez floue du module de sciences humaines et sociales<sup>5</sup>. On peut faire l'hypothèse que cette situation reflète la situation marginale de la médecine sociale ou de la santé publique française. Il faut aussi que les sociologues fassent l'effort de s'adapter à un public qui n'est pas acquis d'avance.

Cette table ronde sur les expériences européennes dans le domaine des sciences humaines et sociales témoigne des contributions importantes que peuvent apporter des disciplines telles que l'histoire des sciences, la philosophie, la psychologie et la sociologie à la formation médicale et montre que le recours aux spécialistes de ces disciplines permet une réelle coconstruction d'un projet pédagogique.

---

2. L.M. Claus, "The growth of a sociological discipline. On the development of medical sociology in Europe", *Sociological, Vol II : Case studies*, Institute Katholieke Universiteit Leuven, 1982.

3. H. Graham, *Women, Health and the Family*, Brighton, Harvester/Wheatsheaf, 1984.

4. G. Scambler (ed.), *Sociology as applied to medicine*, Londres, Baillière Tindall, 1995.

5. Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé, sous la présidence de D. Debouzie, 20 juillet 2003.

# Du vivant au patient, une proposition d'enseignement d'histoire des sciences et de philosophie de la médecine en PCEM 1

Céline Lefève

Université Paris 7 et Faculté de médecine Xavier-Bichat

## Introduction

L'objet de mon propos aujourd'hui est l'enseignement d'épistémologie, d'histoire et de philosophie de la biologie et de la médecine que je dispense en PCEM 1 à la Faculté de médecine Xavier-Bichat. Je suis philosophe de formation. J'ai été pendant deux ans en charge des cours de méthodologie du commentaire de texte destinés à préparer les étudiants à l'épreuve d'épistémologie au concours. Puis j'ai assumé, l'an dernier, la quasi-totalité des cours magistraux d'épistémologie.

J'exposerai ici les objectifs pédagogiques qui ont été les miens, les concepts, théories et pratiques dont j'ai convoqué l'explicitation et, enfin, les conclusions et interrogations que cette expérience m'inspire. Ces interrogations concernent les objectifs et les disciplines devant être privilégiés dans l'enseignement des sciences humaines et sociales en PCEM 1.

J'ajouterai que la refonte que va subir cette année l'enseignement d'épistémologie, du fait de la fusion des facultés Xavier-Bichat et Lariboisière, en devenant plus collégial implique, cette année peut-être plus encore que les années précédentes, d'explicitier et d'affirmer l'identité et la nécessité d'un enseignement d'épistémologie en PCEM 1.

## Objectifs

L'objectif principal de mon enseignement consiste à distinguer la médecine de la science, à définir et expliciter sa nature spécifique, clinique, pratique et technique. La simplicité de ce message n'est, à mon sens, qu'apparente et le classicisme de cette problématique ne saurait occulter son caractère fondamental, particulièrement en cette première année d'études de médecine. Au moment où les

études médicales consistent essentiellement dans la mémorisation de données dites « scientifiques », il s'agit de donner aux étudiants les moyens de penser la distinction entre l'activité scientifique et l'activité médicale, ainsi que les divers modes d'articulation envisageables entre la connaissance scientifique et la pratique médicale. De fait, mon objectif majeur consiste à distinguer biologie et médecine et à montrer de quelles manières elles s'articulent dans la constitution des savoirs scientifiques et médicaux, d'une part, et dans la pratique médicale, d'autre part. La visée de ce cours est d'exhiber l'irréductibilité de la question du soin à celle du savoir.

Ainsi l'objectif et le mouvement de mon cours peuvent être dits « canguilhemiens ». Il s'agit de rappeler, comme l'avait fait Georges Canguilhem dans *Le Normal et le pathologique*<sup>1</sup>, l'antériorité chronologique de la médecine sur la biologie et la primauté axiologique, dans la pratique médicale, de la clinique et de la thérapeutique sur la biologie. La connaissance du vivant, la science biologique, procèdent des échecs que la vie impose à l'homme. Parce qu'elle se confronte au tout premier chef à ces échecs, parce qu'elle naît de la maladie et de la souffrance individuelle, la médecine précède la biologie. Parce qu'elle possède une origine clinique et une finalité thérapeutique, la médecine se distingue de la biologie dont elle ne constitue pas une application.

Pour le dire en d'autres termes et introduire un des concepts clés de mon cours, celui d'individualité, il me semble indispensable de permettre aux étudiants de penser la distinction entre la connais-

1. G. Canguilhem, *Le Normal et le pathologique*, Paris, PUF, Quadrige, 1966.



sance objective du vivant et sa nature individuelle et subjective. Penser la nature individuelle du vivant : sa nature globale, indivisible et singulière et sa nature normative et, en ce sens, subjective. Si l'analyse et l'objectivation du vivant constituent des étapes nécessaires à sa connaissance scientifique, elles n'en délivrent pas – et l'on ne peut leur en faire le reproche puisque que ce n'est pas le but qu'elles poursuivent – l'essence subjective.

À partir du moment où le vivant est défini comme sujet normatif, le patient peut être pensé comme le sujet de sa maladie et considéré comme la mesure et le guide de la pratique médicale. À partir de la compréhension de la vie comme activité normative et comme subjectivité, la maladie cesse d'apparaître comme un accident survenant à un être biochimique figé dans une normalité idéale et livresque : le normal et le pathologique caractérisent le vivant, il n'est pas de vie exempte de la traversée, singulière et aventureuse, de ces allures normale et pathologique. De fait, le patient apparaît en sa qualité de vivant, c'est-à-dire en sa qualité d'individu normatif. Il est alors aisé de saisir qu'il doit être considéré comme le sujet de sa maladie : loin d'apparaître comme une posture morale contingente parce que soumise aux dispositions psychologiques des soignants, l'adoption du point de vue du patient comme guide du soin se révèle fondée sur la nature normative du vivant.

La normativité du vivant et la distinction entre l'objectivité de la connaissance et la subjectivité du vivant fondent la subordination de la science biologique aux techniques clinique et thérapeutique. Les connaissances scientifiques et les investigations objectives, indispensables au diagnostic et à la thérapeutique, sont subordonnées, en tout acte médical, à la compréhension profonde de l'individualité du patient. C'est la saisie du rapport normatif et singulier que le patient entretient à son monde propre qui est primordiale. Parce qu'il intervient à un moment privilégié et symboliquement important de la formation des professionnels de la santé, cet enseignement doit privilégier la compréhension de ce qu'est le point de vue du patient.

### Concepts et disciplines

Au plan conceptuel, le cours consiste dans un parcours dont le fil conducteur est la notion d'individualité. Son point de départ réside dans la question de la connaissance du vivant, dans la mise en évidence de la spécificité et, en particulier, de l'individualité du vivant et dans la mise en évidence de la spécificité de la biologie. Son point d'arrivée consiste dans la définition de l'individualité du patient, de son unité et de son unicité, et dans la mise en évidence de la technicité de la médecine et de son irréductibilité à la biologie.

Une telle option conceptuelle et pédagogique implique un choix et une hiérarchie dans l'ordre des disciplines. Puisque la biologie et la médecine s'inscrivent dans l'histoire de la vie humaine, puisque la connaissance du vivant s'inscrit dans l'histoire des techniques humaines de normalisation du vivant, le cours se doit d'articuler l'épistémologie de la biologie et de la médecine à une réflexion philosophique sur la vie, sur l'individualité biologique et humaine, sur la santé et la maladie et, *in fine*, sur la nature de la biologie et de la médecine. Par conséquent, ce cours fait de la question philosophique de la thérapeutique et du soin le point d'achèvement et la finalité des réflexions d'histoire et de philosophie des sciences biologiques et de la médecine.

Un premier axe du cours sollicite l'épistémologie de la biologie et étudie la constitution de la biologie comme science spécifique et autonome. Je montre que les problèmes, concepts et méthodes de la biologie sont irréductibles à ceux des sciences physiques et chimiques. J'explique, notamment, le problème classique du finalisme et du mécanisme. La philosophie aristotélicienne de la vie et la primauté en son sein des questions de la fonction, de la forme et de la fin, l'opposition de la philosophie médicale vitaliste du XVIII<sup>e</sup> siècle au mécanisme et la conciliation kantienne du mécanisme et du finalisme, grâce aux concepts d'organisation et de « finalité sans fin », permettent de montrer, premièrement, que l'histoire de la biologie s'articule à l'histoire des idées et de la philosophie, deuxièmement, que la médecine, par exemple à travers le vitalisme, a influencé l'histoire

de la biologie et, troisièmement enfin, que la philosophie de la vie et le vitalisme, en faisant droit à l'exigence de penser la vie en tant que telle et non dans son seul rapport à la matière, ont fourni les conditions conceptuelles de l'autonomisation de la biologie.

C'est aussi dans le cadre de cette problématique classique que s'insèrent la définition et la genèse historique des concepts bernardiens de régulation physiologique et de milieu : chez Claude Bernard, le rejet des métaphysiques mécaniste et vitaliste, la conciliation du déterminisme et de la finalité et l'accès de la biologie au statut de science autonome passent précisément par l'attention à l'individualité organique, à sa totalité et à son « harmonie réciproque ».

Enfin, je souligne combien les débats autour de l'évolution au XIX<sup>e</sup> siècle ainsi que les théories de l'hérédité et de la génétique à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle s'inscrivent dans le processus d'autonomisation de la biologie. Bien que le problème de l'individualité y soit moins central, je problématise le sort réservé à la notion d'individu dans les théories de l'évolution ainsi que dans les débats génétiques contemporains, puisque la biologie moléculaire et la génétique appellent, depuis quelques décennies, à un renouvellement de la signification même de cette notion en se demandant quel niveau de la réalité biologique peut être aujourd'hui désigné par le terme d'individu<sup>2</sup>. Je montre que pour la théorie contemporaine de l'Évolution, pour la génétique et la biologie du développement, le fait d'attribuer à l'organisme son statut d'individu conserve tout son sens.

Le deuxième axe du cours sollicite l'épistémologie de la médecine et porte sur l'histoire de la clinique. L'exposition de la médecine et de la clinique hippocratique insiste sur la prise en compte de l'individualité du patient, de la totalité et de la singularité organiques et sur la prise en compte de l'inscription de l'individu dans son environnement naturel et humain. L'analyse, institutionnelle, théorique et pratique, du tournant anatomo-clinique du début du XIX<sup>e</sup> siècle montre la transfor-

mation du statut de l'individu qui devient un cas dans une perspective statistique et objectivante.

Le troisième axe du cours vise à relier normativité du vivant, individualité du patient et technicité de la médecine. Il sollicite l'épistémologie et la philosophie de la médecine, notamment la critique de la définition bernardienne de l'identité du normal et du pathologique aux variations quantitatives près, la philosophie canguilhemienne de la vie et de la médecine et, enfin, la philosophie foucauldienne de la biopolitique.

Il s'agit tout d'abord de parachever le mouvement d'autonomisation et de spécification de la biologie par rapport à la physique-chimie, d'une part, et de la médecine par rapport à la biologie, d'autre part. Alors que Xavier Bichat fondait l'autonomie de la biologie sur le fait que le vivant seul tombe malade, Canguilhem assume, on le sait, cet héritage et il franchit un pas en fondant sur la normativité du vivant et sur « la valeur biologique négative » de la maladie l'autonomie de la rationalité médicale par rapport à la biologie.

Ensuite, les concepts d'individualité et de normativité et ceux de normal et de pathologique qui leur sont corrélatifs permettent de problématiser les notions de santé, de maladie, d'anomalie et de handicap à la fois en inscrivant l'homme dans la vie et en pensant sa spécificité, c'est-à-dire son inventivité normative propre et quasi illimitée.

Je montre tout d'abord que le concept de normativité s'applique à tout vivant et qu'il signifie que l'individualité biologique, humaine ou non, ne peut être considérée comme une monade isolée. Elle est reliée à un milieu de vie propre et cette relation constitue en elle-même la position d'une valeur. De sorte que le normal et le pathologique désignent la valeur ou la qualité de cette relation. Normal et pathologique correspondent, pour tout vivant, aux comportements régulés ou dérégulés de l'organisme en relation à son milieu et, chez l'homme, ils correspondent aux expériences qualitatives de l'individu valorisant ou dévalorisant son rapport au monde. La notion de normativité

---

2. P.-H. Gouyon, J.-P. Henry, J. Arnould, *Les Avatars du gène*, Paris, Belin, 1997.

biologique implique, par conséquent, de poser la distinction entre les valeurs, nécessairement subjectives, et les faits objectifs ainsi que la distinction entre la norme idéale subjective que constitue la santé et la norme statistique que construit la physiologie. Sur ce fondement, on comprend, comme je l'ai dit d'entrée de jeu, que la primauté chronologique de l'expérience subjective de l'anormal sur la connaissance objective du normal commande l'essence technique de la médecine et la primauté axiologique des techniques clinique et thérapeutique sur les investigations et les données objectives et scientifiques. Je fais ultimement apparaître, à l'aide de cas concrets, que la finalité de la médecine réside dès lors dans la restauration de la normativité et de la puissance d'être propres à l'individu, celui-ci devant être considéré dans la singularité de son rapport au monde.

Dans la continuité de cette problématisation, je définis la spécificité de l'invention humaine des normes de vie. Normal et pathologique doivent être conçus du point de vue du sujet humain, inventeur de ses genres, de ses milieux et de ses normes de vie. L'individualité humaine et la normalité individuelle ne sauraient se concevoir indépendamment des normes sociales encadrant les pratiques corporelles. Le corps humain et la médecine, pratique du corps humain, s'inscrivent dans la société; ils doivent être pensés en fonction des valeurs et des tensions qui constituent les relations sociales.

Apparaît, dès lors, l'irréductibilité de l'individu humain à l'individu vivant, irréductibilité fondée sur la différence entre milieu biologique et société, entre organisme biologique et organisation sociale laissant l'espace de jeu pour la résistance individuelle à la normalisation sociale. Ici je présente une nouvelle problématique relative au réductionnisme: celle de la naturalité des normes humaines et sociales. Je montre que la faculté de poser des valeurs et des normes peut être considérée comme une caractéristique de l'individu vivant, mais que les projets d'assigner aux comportements humains des fondements biologiques demeurent problématiques. La détermination de la médecine par les normes sociales, d'une part,

et, d'autre part, le caractère idéologique des projets de dérivation à partir de la nature des principes de l'action politique et de la pratique médicale apparaissent, en particulier, dans l'étude des idéologies et des pratiques eugénistes de la fin du XIX<sup>e</sup> et du début du XX<sup>e</sup> siècle. Ces considérations posent des jalons à la réflexion sur l'éthique et ses fondements, réflexion qui ne pourra, me semble-t-il, se préciser en une réflexion sur l'éthique proprement médicale que dans les années suivantes du cursus.

Enfin, dans la continuité de cette critique du réductionnisme naturaliste et de l'analyse de la construction sociale des normes médicales, je m'efforce de prévenir les étudiants contre tout contresens: fonder une philosophie de la médecine sur la notion d'individualité ne revient pas à faire le jeu de l'individualisme. La notion d'individualité normative vise, d'une part, à inscrire et à décrire l'individu dans le milieu biologique et dans la société et, d'autre part, elle implique de ressaisir, par exemple à l'aide des analyses de Michel Foucault dans *Les Mots et les Choses*, l'élaboration historique et philosophique de la notion d'individu et de l'individualisme économique et politique. Ultimement, l'analyse de l'individualisme permet là encore d'ouvrir la réflexion éthique en montrant comment nos sociétés contemporaines tentent de résoudre le problème politique et économique de l'accès aux soins en mettant en œuvre, au travers de la responsabilisation-culpabilisation des acteurs-patients, une autorégulation, voire une normalisation des comportements et des pratiques corporelles.

## Conclusions

Quelles conclusions et quelles interrogations tirer de cette expérience concernant les disciplines devant être parties prenantes de l'enseignement des sciences humaines et sociales en PCEM 1 ?

Cette expérience m'a confortée dans l'idée que l'histoire des sciences biologiques et de la médecine doit s'insérer dans l'histoire des idées dont la connaissance manque souvent cruellement aux étudiants de première année. C'est à ce titre que la philosophie ne peut être écartée et qu'il est

indispensable de mettre au jour les notions et présupposés philosophiques à l'œuvre dans la position des problèmes scientifiques et médicaux. Ce cours consiste dans un parcours tendu entre, d'une part, l'histoire de la connaissance du vivant et du corps humain et, d'autre part, l'histoire et la philosophie des pratiques médicales. En effet, dans ce cours de première année, comme je l'ai mentionné, l'histoire des conceptions et des connaissances relatives au vivant ne prend sens que dans le cadre d'un propos clair et délimité concernant la spécificité du vivant et concernant, *in fine*, la spécificité de la médecine et de la pratique clinique. De fait, la difficulté pédagogique tient à la recherche de l'équilibre et à l'effort d'articulation entre l'épistémologie de la biologie, incluant l'histoire de la physiologie, de la biologie de l'évolution, des théories de l'hérédité et de la génétique, et l'épistémologie de la médecine, incluant l'histoire de l'anatomie, de la physiologie, de la clinique, mais aussi la philosophie et l'anthropologie de la médecine.

Si des priorités devaient être avancées, il me semble que le centre de gravité du cours devrait résider, pour être fidèle à son objet même, du côté de l'épistémologie de la médecine et, en particulier, de la médecine contemporaine mais aussi du côté de la distinction des points de vue subjectif et objectif portés sur le corps. Les étudiants ont besoin d'outils historiques, philosophiques mais aussi esthétiques permettant de comprendre l'expérience subjective, indissociablement individuelle et sociale, du pathologique. Un tel recentrement peut se faire par exemple à l'aide de l'histoire et

de la sociologie de la santé et de la maladie, de l'anthropologie médicale mais aussi à l'aide de la philosophie tout court et de la philosophie du corps, en particulier.

Enfin, j'ai pu noter que les étudiants prenaient au mot l'enseignement des sciences humaines et sociales. Les questions qui les intéressent le plus touchent à la nature, à l'histoire, aux méthodes et aux résultats des sciences de l'homme. « Qu'est-ce qui distingue l'homme de l'animal ? Qu'est-ce qui distingue les sciences de l'homme des sciences de la nature ? », ce sont là des questions qui les passionnent. À cet égard, ils montrent, par exemple, beaucoup de curiosité pour la période charnière du XVIII<sup>e</sup> et du XIX<sup>e</sup> siècle, où, à l'issue d'un siècle empiriste, sensualiste et vitaliste, la médecine s'affirme comme le fondement de la psychologie et de l'anthropologie. Dans la perspective de ce questionnement sur l'articulation des sciences de la vie et de l'homme, la philosophie biologique qui émaille le XIX<sup>e</sup> siècle, de Maine de Biran à Bergson en passant par Comte et Nietzsche, ainsi que l'épistémologie de la psychologie des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles pourraient être mises à contribution. Il ne s'agirait pas de faire de l'histoire en vue de parfaire leur culture générale, ni en vue d'exhiber notre érudition. Il s'agirait de poser les jalons historiques et conceptuels des questions qui nous agitent encore aujourd'hui, par exemple, concernant la naturalité des pensées et des comportements humains, la possible réduction des sciences humaines aux sciences biologiques ainsi que les implications sociales et éthiques de ces questions.

# Sciences humaines et éthique médicale à l'Université Paris 5 : perspectives dans le cadre de l'enseignement du PCEM 1 et du cursus clinique et de recherche des étudiants en médecine

Grégoire Moutel, Christian Hervé  
Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale,  
Faculté de médecine, Université René-Descartes Paris 5

« Art de réflexion et de conjecture en 1900, la médecine est devenue une discipline d'action qui détient aujourd'hui mille pouvoirs de vie et de mort sur les malades qui lui sont confiés. Puissance merveilleuse et salvatrice, mais aussi puissance, qui va doubler chaque problème technique d'un problème moral et contraindre le médecin à repenser toute l'éthique de son métier à chacun des nouveaux gestes d'audace. »

« Toute décision grave doit être celle des deux hommes, chacun se mettant à la place de l'autre. Le médecin n'a pas à imposer autoritairement ses propres vues ; les désirs profonds du malade comptent autant que les impératifs techniques pour la stratégie du traitement. »

*Jean Hamburger*<sup>1</sup>

Aujourd'hui la médecine est puissante biologiquement et économiquement. Elle modifie les mœurs et les vies, elle est presque une morale en marche indépendante qui se positionne aux côtés de la philosophie, des religions et du droit. Avec le progrès des connaissances apparaît donc une nouvelle mission, celle du bon usage de ce progrès pour en limiter les effets pervers. La médecine moderne plus efficace, mais aussi plus dangereuse, doit donc assumer ses nouvelles responsabilités. Comme le soulignait Georges Canguilhem, « la médecine, puisqu'elle est désormais scientifiquement et techniquement armée, doit accepter de se voir radicalement désacralisée ».

L'éthique médicale et biologique, depuis quinze ans, se construit comme un ensemble de connaissances qui, aujourd'hui, constituent une véritable discipline universitaire. Mais l'éthique en médecine et en biologie a existé de tout temps : elle chemine des préoccupations et prescriptions d'Hippocrate aux interrogations actuelles sur l'application des nouvelles biotechnologies à

l'homme. Nous pourrions même affirmer qu'elle devait exister avant Hippocrate, comme en témoignent les travaux d'Hérodote. La médecine et la chirurgie ont toujours été l'objet d'enjeux, d'interrogations sur la capacité qu'a l'homme de forger son destin, c'est-à-dire de se libérer de la nature. L'objectif de la médecine et de la chirurgie étant de soigner, de participer au maintien de la santé, elles participent à l'humanisation des êtres dans une relation d'aide, de soin (d'où le titre de soignant), avec le recours à la raison, et du jugement. C'est pour cela qu'elles se fondent sur des démarches de recherche, vérifiant alors des hypothèses issues de cas cliniques et d'évaluation de populations, usant de méthodologies scientifiques. Le corpus de l'éthique médicale et biologique accompagne cette démarche scientifique afin que la médecine se dote d'une réflexion sur ses limites et celles à ne pas dépasser, en regard de conceptions médicales, métaphysiques, culturelles ou politiques.

Au début des années 1980, qui suivent la deuxième procréation médicalement assistée réalisée par Testard, Frydman et Papiernik en 1978, on assiste

---

1. *L'Aventure humaine*, Paris, Flammarion, Paris, 1992

à la fondation institutionnelle de l'éthique en 1983, lors de la création du Comité consultatif national d'éthique sur les sciences de la vie et de la santé, par décret du président de la République. Cette création fait suite à une longue évolution politique de quarante ans qui a pris naissance à la suite des barbaries de l'Allemagne nazie débouchant sur la nécessité d'une réflexion sur les conditions des expérimentations effectuées chez l'homme. Par la suite, la délimitation du champ de l'éthique médicale et biologique a été construite en France, au niveau juridique, par les parlementaires suite à l'adoption de la loi relative à la protection des personnes qui se prêtent à la recherche biomédicale du 20 décembre 1988, dite « loi Huriot-Sérusclat », puis par le vote des lois dites « de bioéthique » en 1994, visant à réguler les pratiques de soins et de recherche, en particulier dans des domaines innovants comme le don d'organes, les études génétiques, les procréations assistées, la fin de la vie...

Mais au-delà de l'approche juridique, l'objet de l'éthique médicale et biologique a été de réfléchir sur l'évolution des pratiques, sur le rôle et l'impact des régulations, sur l'évolution de la notion de santé, de droits des personnes et de protection, en plaçant la personne humaine au centre de ces questionnements.

Ainsi s'est faite l'émergence d'une discipline, placée sous des augures universitaires afin qu'en découle un enseignement qui permette d'aider les professionnels de la santé dans leurs décisions médicales toujours difficiles, mêlées d'incertitude et d'incomplétude. En 1992, sous l'impulsion et avec le parrainage du professeur Jean Bernard, président du Comité consultatif national d'éthique, a été lancée la première expérience d'enseignement et de recherche en éthique médicale à la Faculté Necker. Cette action se veut une éthique de terrain, fondée sur des méthodologies de recherche et d'évaluation ; elle s'appuie sur des actions de recensement et d'évaluation des pratiques de soins et de recherche en liaison directe avec les professionnels soignants ou chercheurs, les universitaires, ainsi qu'avec les industriels du monde de la santé, et les acteurs publics, privés ou

mutualistes de la protection sociale. Elle a pour principe fondateur la promotion des démarches qui amènent la médecine à s'interroger sur ses évolutions et les responsabilités qu'elles induisent, aux niveaux individuel et collectif. Aujourd'hui le Comité consultatif national d'éthique, dans son avis de 2004, souligne la nécessité d'un enseignement en éthique médicale dans les facultés de médecine, dès la première année et durant toutes les études, soulignant la légitimité des équipes pionnières dans ce domaine.

Véritable aide à la décision en médecine et en biologie, l'éthique médicale doit intervenir au même titre que les éléments cliniques, épidémiologiques, économiques dans ces décisions. Elle doit s'entendre comme un élément de progrès orienté vers l'avenir et basé sur un principe d'anticipation de l'action. Se situant avant l'acte, véritable délibération, elle confère à la décision qui en procède une protection de la personne tout en ayant conscience des impératifs collectifs, en particulier dans le champ de la recherche ou de la régulation de l'accès aux soins. Elle se prolongera après les décisions par l'analyse des conséquences de ces dernières. Elle implique une responsabilisation des professionnels de plus en plus demandée par la société civile. À ce titre, elle doit s'enseigner dès le début des études comme un des fondements des futurs professionnels au sein du corpus des sciences humaines en prenant soin d'y intégrer la réalité des pratiques. Pour cela, l'implication des enseignants de médecine est essentielle et au cœur de la démarche pédagogique, les autres regards (philosophiques, sociologiques, historiques...) s'articulant harmonieusement pour éclairer l'étudiant. Il importe en effet que l'objet de l'éveil et de la formation soit fondé sur la réalité que seul le médecin peut apporter. Sans cette interrelation forte avec la médecine, sans un relais plus tard dans les services hospitaliers, il y a risque d'une démarche éthique détachée des pratiques, donc inopérante en termes de visée éthique pour les futurs professionnels. C'est le concept même de l'éthique médicale.

Les mentalités évoluent et l'on constate donc que le médecin doit mieux se faire comprendre et

engage sa responsabilité dans les pratiques qu'il exerce sur autrui. Le médecin doit donc être conscient de son devoir de responsabilité. Être responsable, c'est d'abord répondre à l'attente du patient; non seulement à sa demande de soins, mais aussi à sa demande d'écoute, à sa demande d'information. Être responsable, c'est également répondre devant la société aux interrogations légitimes de celle-ci à un moment où :

- l'efficacité croissante de la médecine augmente aussi ses risques;
- les médecins ont une responsabilité impérieuse dans l'accroissement des dépenses de santé et de ses implications économiques;
- la population tend à confondre droit à la santé et droit aux soins;
- de nombreux problèmes sociaux tendent à se médicaliser (prise en charge des exclus, thérapeutiques du sujet âgé, handicaps, etc.).

La place de l'évaluation des pratiques et décisions médicales apparaît ici, dans le champ de l'éthique, comme une nouvelle faculté de progrès des connaissances. Dans les pays sous influence anglo-saxonne, le métier d'éthicien est une solution, celui-ci intervenant soit dans des comités d'éthique soit au lit du patient. Nous avons adopté en France une autre solution plus compliquée mais plus ambitieuse. Il s'agit de considérer toutes les disciplines médicales et de développer avec elles et en leur sein la réflexion éthique, avec l'aide de professionnels compétents dans le champ de l'éthique médicale et du droit de la santé en interface avec les sciences sociales, la philosophie, la théologie et le droit.

Il y a donc une volonté d'aborder de manière multidisciplinaire l'éthique médicale et biologique, afin d'aider chaque discipline à développer ses références et d'éviter de déresponsabiliser les professionnels par des éthiciens qui viendraient « dire l'éthique » à leur place. Cette approche transversale se construit à plusieurs niveaux indissociables : celui de l'enseignement universitaire (des étudiants en médecine, pharmacie et dentaire), celui de la formation dans les structures de soins hospi-

taliers (destinée aux professionnels de santé, dans un cadre de formation initiale et continue), celui de la formation dans le cadre des structures de recherche (chercheurs, investigateurs) et enfin celui de la formation dans les instances de régulation (comités, agences, expertises, gestion du système de santé). Cet enseignement se fonde sur un corpus issu de la recherche universitaire analysant les enjeux éthiques du système de santé qui fonde la légitimité des enseignements (travaux de recherche validés par des publications nationales et internationales). C'est dans cet esprit que la Faculté de médecine de Paris 5 a fondé son enseignement de culture générale de premier cycle sur l'éthique médicale avec une volonté forte de continuum tout au long des études en second cycle traditionnel, en maîtrise MSBM, puis en DEA d'éthique médicale et biologique, le tout donnant lieu actuellement au nouveau master de recherche en éthique médicale de l'université René-Descartes Paris 5. Les éléments de recherche, objet de mémoires de DEA, de master et de thèses, regroupés au sein d'un site Internet construit entre le laboratoire d'éthique de Necker et l'INSERM<sup>2</sup>, constituent un ensemble de données validées accessibles à tous les professionnels de santé afin de les aider dans leurs prises de décision. Ils sont à la base de publications internationales qui fondent le corpus pédagogique des enseignements. À côté des avis du Comité consultatif national d'éthique, des comités de protection des personnes issus de la loi Huriet-Sérusclat et d'autres travaux d'instances représentatives, les travaux de recherche universitaire en éthique constituent une *evidence based medical ethics*.

À travers ces évolutions, la position des médecins hospitalo-universitaires dans le champ de l'éthique plaide pour un travail en équipe multidisciplinaire, fondé sur la compétence de chacun dans son domaine (la médecine – soins, recherche, expertise –, l'histoire, le droit, la sociologie, la philosophie...), accompagné de l'écoute suffisante pour l'autre. L'enjeu est d'importance puisqu'il s'agit ainsi de construire des outils de travail, de recherche et de réflexion à même d'aider à répondre aux interrogations de la société, des

---

2. [www.inserm.fr/ethique](http://www.inserm.fr/ethique)

médecins et des chercheurs, sur la définition de la recherche, du soin, des systèmes de santé, et du respect de la personne lorsqu'il y a conflit de valeurs entre elles. Face à ces objectifs, l'éthique médicale apparaît comme une approche complé-

mentaire permettant l'étude des nouveaux enjeux liés à l'évolution des pratiques cliniques et de recherche et de l'évolution des rapports entre médecine et société.

---

### Exemples de références pédagogiques pour le corpus français d'éthique médicale en sciences humaines et sociales

- G. Moutel, B. Knoppers, C. Hervé, P. Molinari, *Éthique médicale, bioéthique et nouvelles normativités*, Université de Montréal et Université Paris 5, IIREB, Dalloz, 2003.
- G. Moutel, « L'éthique médicale, source d'évolution vers des régulations plus adaptées de la médecine ? », *Revue de la Société française et francophone d'éthique médicale*, 3, 2003, pp. 20-23.
- G. Moutel (dir.), *Le Consentement dans les pratiques de soins et de recherche : entre idéalismes et réalités cliniques*, Paris, L'Harmattan, 2003.
- G. Moutel, C. Hervé, « La recherche et l'enseignement en éthique médicale et biologique », *Journal de médecine légale - droit médical*, 46, 6, 2003, pp. 435-437.
- C. Hervé, *Vision éthique de la personne*, Paris, L'Harmattan, 2001.
- M.-L. Moutard, I. Fauriel, G. Moutel, I. François, J. Feingold, G. Ponsot, C. Hervé, "Parent's information and prenatal diagnosis of cerebral malformation with an uncertain prognosis", *Arch. Pediatr.*, 11 (5), mai 2004, pp. 423-428.
- A. Boixière, E. Hergon, G. Moutel, P. Rouger, C. Hervé, « Legal obligation to inform the patient on the theoretical risk of CJD transmission by blood », *Transfus. Clin. Biol.*, 11 (2), 2004, pp. 101-105.
- G. Moutel, S. de Montgolfier, N. Duchange, L. Sharara, C. Beaumont, C. Hervé, "Study of the involvement of research ethics committees in the constitution and use of biobanks in France", *Pharmacogenetics*, 14, 2004, pp. 195-198.
- I. Fauriel, G. Moutel, M.-L. Moutard, N. Duchange, I. Calites, I. François, P. Cochat, C. Hervé, "Decisions concerning potentially life-sustaining treatments in paediatric nephrology. A multicentre study in French-speaking countries", *Nephrol. Dial. Transplant*, vol. 19, 2004.



# L'évolution critique de la relation médecin/malade : quand, comment, pourquoi l'enseigner ?

Jean-Christophe Weber

Faculté de médecine de Strasbourg, Laboratoire d'éthique et pratiques médicales, IRIST (EA 3424)

La relation médecin/malade se modifie, tous s'accordent à le dire. Les avis divergent cependant, tant sur l'ampleur des changements que sur leurs causes, tant sur les conséquences pratiques que sur les jugements de valeur que la mutation en cours suscite.

Il est habituel, ces dernières années, de voir décrire la période actuelle comme celle d'un changement de modèle. Passage d'une tradition paternaliste à une conception plus égalitaire de la relation médecin/malade; glissement de l'insistance première sur le principe de bienveillance vers l'affirmation de la primauté du respect de l'autonomie. Ces modifications s'inscrivent dans un contexte de transformations importantes du monde de la médecine.

## L'évolution critique de la relation médecin/malade

### D'un paradigme à un autre ?

Aujourd'hui, les promesses de la médecine envahissent le champ médiatique; la médecine prédictive entre dans les mœurs; l'utopie du corps parfait génère de nouvelles attentes, hors du champ traditionnel de la réponse à la demande d'un homme souffrant; la santé est devenue un objet de consommation qui fait entrer le corps dans un marché économique; la médicalisation sans limite de la vie courante se fait sous couvert de la prise en charge du bien-être et de l'adaptation aux exigences du monde moderne.

Pendant longtemps le malade a été considéré comme vulnérable, affaibli, ignorant et incapable de prendre une décision éclairée et libre, il y avait donc une obligation morale fondée sur la protection

du faible à se substituer à lui pour faire son bien<sup>1</sup>. La volonté bonne du médecin, son souci de protéger le malade, sont mis en œuvre en vue du bien à accomplir. S'appuyant sur les principes de bienfaisance et de non-malfaisance (*primum non nocere*), le médecin se refusait par exemple à délivrer une information complète qui ne ferait qu'accabler davantage le malade. Ce modèle traditionnel a perdu du terrain.

Ses limites sont tout entières contenues dans le terme de paternalisme médical qui le stigmatise. Personne aujourd'hui ne peut nier la nécessité accrue du consentement, pour des raisons multiples qui se renforcent l'une l'autre: médecine invasive, thérapeutiques potentiellement dangereuses, diversité des choix thérapeutiques, usagers mieux informés, etc. Nous sommes passés d'une période où le malade passif accordait une confiance aveugle au médecin qui décidait seul, à une ère nouvelle où le médecin propose, suggère les choix à faire à un partenaire apte à comprendre et à choisir. L'information à donner est une nécessité impérieuse si c'est au patient que revient la décision à prendre en fonction de ses intérêts (ANAES, 2000). Elle est inscrite dans la loi du 4 mars 2002. L'information des usagers du système de santé n'est plus seulement un devoir du médecin, elle est devenue un droit de la personne. Le consentement n'est plus l'acceptation passive d'une décision prise par un autre, il devient l'expression d'une participation active de la personne soignée aux choix qui la concernent.

### La crise dans la relation ?

Les patients capables d'autonomie deviennent progressivement des usagers faisant valoir leurs droits mais aussi les consommateurs d'un système qui intègre les lois de l'économie de marché: productivité, compétitivité, efficacité, qualité sont les

1. S. Rameix, *Les Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Paris, Ellipses, 1996.

nouveaux mots d'ordre de la biopolitique en ce qui concerne l'organisation des soins. Les médecins ne sont pas seulement considérés comme des prestataires de service par les patients, mais aussi par les organisateurs du système.

Le consommateur est un sujet autonome et rationnel, dépassionné et calculateur.

Les médecins sont sur la défensive, ils ont peur des plaintes. La responsabilité devant sa conscience (« j'ai fait ce qui me paraissait le mieux pour mon malade ») glisse vers la protection au regard de la loi. Or, si la pratique d'une médecine défensive est coûteuse, elle a aussi des conséquences iatrogènes. La pratique médicale suppose un engagement éthique du médecin. Le médecin travaille dans des conditions anxiogènes. La confrontation à la douleur, à la souffrance, aux peurs, à l'échec et à la mort nécessite une motivation particulière. Agir professionnellement pour un médecin peut être résumé dans le principe fort suivant : mettre l'intérêt du patient avant son propre intérêt. On ne discutera pas ici tout ce que peut revêtir d'ambivalence ce désir de faire le bien de l'autre, ni les satisfactions inconscientes que le médecin tire de sa pratique.

Dans la conception traditionnelle, le pouvoir du médecin était étroitement lié à un bon vouloir : non pas le fait du prince qui accorderait ou non ses largesses, mais l'engagement généreux, la volonté bonne du médecin qui mérite la confiance de ses patients par le temps qu'il leur consacre. Cette bonne volonté du médecin est sévèrement remise en cause par ce qu'elle a pu comporter de pouvoir, de liberté d'action et de décision. Certains se félicitent de voir disparaître la traditionnelle relation de confiance, considérée comme un leurre, voire une relation de domination du médecin, détenteur du savoir et du pouvoir, sur un malade passivement soumis <sup>2</sup>.

Mais le modèle autonome a lui aussi des limites. Ainsi, le médecin risque de rester indifférent à l'usager-partenaire. Or, même les patients consommateurs réclament l'attention de leur médecin. Et la dimension affective, émotionnelle, qui manque dit-on à la médecine scientifique, est cherchée dans les médecines alternatives.

## Conséquences imprévues

Le problème est que le prix à payer par le médecin pour agir professionnellement lui semble très élevé. À la démythification de sa position, aux revendications des patients, à la judiciarisation de la pratique, s'ajoutent d'autres exigences et contraintes : la course à la qualité, l'accréditation, la tarification à l'activité...

Un rapport du Conseil de l'Ordre s'alarme sur le risque de démotivation du médecin vis-à-vis du malade : désaffection, désinvestissement, voire réserve défensive. Frustration, épuisement, dépression, cynisme sont les fruits amers des récoltes à venir. En tout cas, la volonté bonne risque d'être découragée par le formalisme d'un lien contractualisé.

L'aspiration croissante à l'affranchissement des malades vis-à-vis des médecins s'accompagne d'une exigence de sécurité renforcée et étendue, qui entraîne en fait une plus grande dépendance d'individus avides d'autonomie, vis-à-vis de la médecine et du système de protection sociale. C'est un assujetti social qui proteste contre la dépendance que d'un autre côté il réclame, pour pouvoir profiter de ce à quoi il estime avoir droit. L'opposition de deux modèles de relation appuyés chacun sur un principe éthique fort (bienfaisance ou respect de l'autonomie) a certes une vertu heuristique, mais il serait erroné d'en rester à une schématisation de leur antagonisme. Il n'y a d'engagement éthique du médecin auprès de son patient qu'à être fidèle à la situation clinique : les deux principes de bienfaisance et de respect de l'autonomie doivent être mis en jeu dialectiquement.

Or, c'est plutôt l'obligation d'information qui est venue occuper le champ de la communication avec le malade. Son abord sous l'angle juridique occulte que l'information du patient doit être pensée au sein d'une relation fondée sur un échange de paroles, qui comporte bien d'autres aspects que la communication de données objectives. Il faut aborder le contenu de l'information, s'interroger sur ses effets subjectifs, et peut-être aussi réfléchir à l'illusion de la possibilité d'une commu-

2. Ainsi par exemple l'AVIAM.

nication univoque, c'est-à-dire prendre la mesure de ce qu'est la parole. Il n'y a jamais que des malentendus, or cette donne fondamentale est totalement occultée.

La rencontre médicale est complexe, marquée par des tensions, des ambivalences, des contradictions de part et d'autre. Les patients confrontés à la maladie ne restent que rarement dans une position consumériste. L'expérience de la maladie, de la douleur, de la souffrance, du handicap, expérience qui motive la rencontre clinique, est un état qui met le sujet autonome, rationnel et critique en position de dépendance : parce qu'il souffre, parce qu'il désire, parce que son corps est vulnérable, parce que, quoi qu'il en dise, il ne sait pas tout à fait ce qu'il veut. Cette ambivalence dans la demande appelle une réponse qui la prenne en compte. C'est toute la question de l'accueil qui peut être fait à la subjectivité dans une relation qui tend à se codifier.

Le risque aujourd'hui est que le consumérisme parvienne à détruire ce qui subsiste encore de l'ancien modèle : la confiance, et son corrélat du côté du médecin, la bienveillance, son désir de thérapeute qui excède l'expertise et la connaissance dont se suffit la simple prestation de service.

### Pourquoi l'enseigner ?

La réponse est extrêmement simple, et néanmoins il convient de l'explicitier, tant il est vrai qu'on peut constater, dans la plupart des facultés de médecine en France, l'indigence de la préparation des étudiants à la rencontre clinique. Or, la faculté ne doit pas se contenter de former les étudiants à organiser des connaissances sur les maladies, mais aussi enseigner les modalités de leur mise en œuvre et les finalités de l'acte médical. Les mutations actuelles de la médecine et les attentes de la société sont telles qu'on ne saurait se contenter de croire que l'étudiant en médecine est immergé, comme ses futurs patients, dans une conception largement partagée de ce qu'est la santé, la maladie, le corps, le soin, conception implicite commune qui lui permettrait de se couler d'emblée, naturellement, dans la position qu'il est supposé occuper plus tard.

Cette position est devenue problématique, comme nous l'avons esquissé à gros traits auparavant.

### Quand l'enseigner ?

La réponse à cette question rejoint les enjeux des sciences humaines et sociales dans leur ensemble : dès le début des études d'une part, et tout au long des études d'autre part. Actuellement à Strasbourg, quelques points de repère existent dans le cursus, même s'il leur manque une lisibilité longitudinale qui dirait mieux leur articulation réciproque :

- au cours du module de sciences humaines et sociales au PCEM 1 ;
- enseignement de la psychologie médicale au DCEM 1 ;
- stage obligatoire d'éthique (une semaine au cours du D 2, D 3 ou D 4 selon la grille de stages) : une semaine avec passage dans cinq services différents ;
- l'ensemble des stages cliniques mais la pratique de terrain est rarement relayée par un approfondissement de la relation médecin/malade : nous le proposons en médecine interne par la possibilité offerte de participer à un groupe Balint ;
- l'enseignement du module 1 avec quelques items.

### Comment l'enseigner ?

Je souhaite présenter brièvement ce que nous proposons en PCEM 1, ce qui rejoint le thème du colloque. Le but de l'enseignement n'est pas de délivrer une bonne manière de penser, mais des repères pour guider la réflexion de l'étudiant.

Dans un cours introductif, nous rappelons que la médecine est une pratique, en quoi elle se distingue d'une science ; qu'elle est une pratique d'action exercée sur des personnes humaines ; que l'éthique d'une façon générale est toujours articulée à une pratique ; que deux grandes orientations traversent le champ de l'éthique : sagesse de l'action orientée vers une finalité à accomplir et principe de jugement des pratiques au regard de valeurs sur lesquelles l'agent moral se fonde pour agir. Appréhender les notions de téléologie et déontologie est particulièrement éclairant pour

entrer dans le champ de la réflexion éthique<sup>3</sup>. Nous montrons que les finalités de l'action médicale et les principes sur lesquels elle s'appuie sont divers et peuvent entrer en conflits, conflits avec lesquels le médecin aura à faire tout au long de sa pratique. Ceci permet de situer l'éthique médicale non seulement comme champ de réflexion théorique mais aussi dans le quotidien de toute pratique clinique.

Un deuxième cours pose quelques jalons de l'histoire de la philosophie éthique, ce qui offre une mise en perspective aux préoccupations actuelles de la médecine, lesquelles font écho à des questionnements dont les coordonnées sont peut-être nouvelles, mais dont le fond a déjà été maintes fois traité par la philosophie. Les notions d'hétéronomie et d'autonomie sont présentées.

Le troisième cours aborde un des volets de la relation clinique sous l'angle de la question du bien. Il s'agit d'interroger d'abord ce que peut signifier «viser le bien du malade» et, partant, de questionner la finalité de l'action médicale. Quelle est-elle? La santé? La personne? Qu'est-ce que la personne? Différentes acceptions de la personne conduisent à des considérations différentes sur la finalité de la médecine. La bienveillance, le principe de bienfaisance sont exposés.

Le cours suivant expose la question du consentement, de l'autonomie, depuis ses fondements

éthiques jusqu'aux aspects déontologiques et législatifs (loi du 4 mars 2002) tout en montrant les limites de ce qu'on a appelé le modèle autonome de la relation médecin/malade. Il se conclut par une mise en tension des deux positions dans la relation qui sont à dialectiser: selon nous, le médecin ne doit renoncer ni à la bienveillance, ni au respect de l'autonomie de l'autre.

Le cinquième cours aborde deux autres notions: l'utilité et la justice. À travers une réflexion sur le contrôle des dépenses de santé, nous insistons sur les incidences pour la relation médecin/malade de l'hégémonie d'une vision utilitariste de la médecine. Cinq autres leçons sont centrées sur des exemples: l'acharnement thérapeutique, l'euthanasie, la transplantation d'organes, les inégalités de santé dans le monde, les inégalités de santé en France. Chacun de ces cours illustre et donne corps à quelques-unes des notions qui ont fait l'objet d'un exposé plus général.

Cet ensemble de dix cours forme une introduction à l'éthique conçue comme dimension inhérente à l'action médicale. Les cours entendent ouvrir l'étudiant à la réflexion sur le sens des actions auxquelles il se formera tout au long de son cursus en lui fournissant un repérage et des outils d'analyse des situations.

---

**3.** Nous suivons en cela Suzanne Rameix qui a exposé de manière très didactique ces fondements philosophiques de l'éthique médicale.

## L'évolution des relations médecin/usager : un enseignement de sociologie de la santé souvent absent

Michèle Baumann

Faculté de médecine de Nancy

La satisfaction à l'égard de la prise en charge ne dépend pas seulement des connaissances théoriques des praticiens, mais bien davantage de leur capacité à les mettre en pratique, à les expliquer et à la qualité relationnelle dont ils font preuve.

En 1950, Parsons décrivait la relation médecin/malade comme un rapport actif/passif. En 1956, Szasz et Hollender considéraient que cette relation devait être pour le malade chronique un modèle de participation mutuelle. En 1978, Strauss introduisait le concept « d'ordre négocié » entre praticien et patient.

L'évolution des réformes européennes, en matière de consentement notamment, dans les chartes des droits des patients, en est une concrétisation. Les générations d'usagers demandent explicitement une véritable information, communication et éducation thérapeutique et préventive ; s'ils ne

l'obtiennent pas, ils font jouer la concurrence.

Aussi est-il devenu formateur d'expliquer aux étudiants l'évolution de ces relations médecin/malade, l'impact de celle-ci sur la mise en place et le suivi des traitements et de présenter les attitudes professionnelles identifiées comme les critères incontournables de la qualité de cette relation interpersonnelle. Pour améliorer cette qualité, il est nécessaire de faire comprendre aux étudiants l'importance du développement : d'une confiance réciproque, confiance que les usagers ne sont plus disposés à accorder sans condition, d'un engagement mutuel et d'une négociation dans l'établissement du contrat thérapeutique. C'est ce manque de préalables qui semble faire défaut par manque de temps, de reconnaissance, mais aussi de formation.

# Le médecin et la mort

Jérôme Goffette

Université Claude-Bernard Lyon 1, LIRDHIST (EA 1658)

## Introduction

Depuis deux ans, en DCEM 2 (Faculté de médecine Laënnec et Faculté de médecine Lyon-Nord), a lieu une intervention sur la question du rapport à la mort. En fait, cet enseignement est né d'une situation imprévue. À l'occasion de la réforme introduisant de grands modules thématiques, un collègue médecin avait souhaité que les enseignements sur la relation médecin/patient se terminent par une intervention d'un philosophe : « Le regard du philosophe sur la relation médecin/patient ». Sollicité à ce titre, tout un cours avec des éléments de philosophie et d'anthropologie avait été préparé. Comme le philosophe devait en quelque sorte conclure ce module, le responsable m'avait demandé d'assister aux interventions précédentes. Après le dernier enseignement, sur l'annonce d'un diagnostic grave, lors d'une discussion de couloir avec les étudiants, il m'était apparu que la question de la mort du patient n'avait pas été abordée ou uniquement de façon indirecte. En conséquence, le cours préparé a été mis de côté, au profit d'une intervention sur la mort, sujet majeur, sur lequel la philosophie a une longue tradition de réflexion.

Cet enseignement est donc né d'une relative absence dans les cursus. Il convient d'ajouter qu'il s'est poursuivi du fait d'une demande réelle et forte de la part des étudiants. Curieusement, l'année

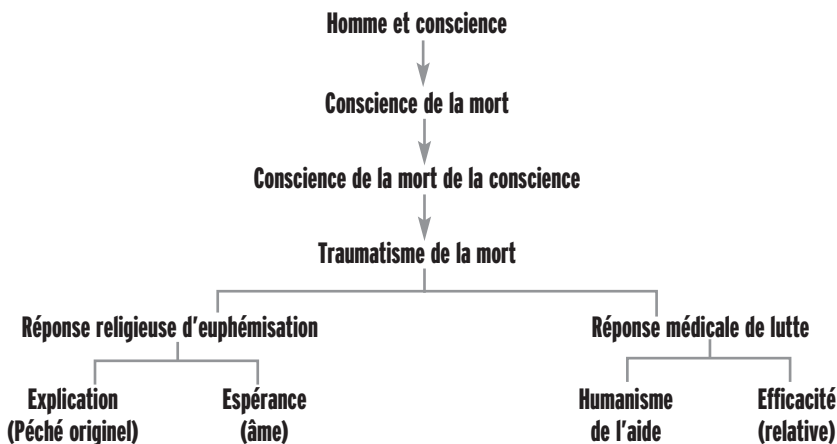
d'après, de façon totalement indépendante, un groupe d'étudiants de PCEM 2 est venu me demander de faire un groupe de parole, où pour l'instant il est beaucoup question de morts de patients.

Le médecin et la mort : voilà donc un sujet important, et apparemment peu abordé. D'où cette intervention.

## L'homme et la mort : anthropologie et philosophie

Il y a bien évidemment plusieurs façons d'aborder la question de la mort. Pour ma part, il paraissait judicieux d'éviter les gloses compliquées et savantes, et de privilégier un discours simple et direct, mais non simpliste. Le début de l'essai d'Edgar Morin, *L'Homme et la mort* (Seuil, collection Points) a servi d'inspiration. Il s'agit d'une approche anthropologique, qui commence par quelques remarques très simples qui s'enchaînent et font apparaître l'aspect majeur et profond de l'enjeu. Je m'appuie sur ce schéma (représenté ci-dessous) qui reprend et complète la réflexion de Morin (en particulier, ce dernier ne parle pas de la réponse médicale).

Que nous dit-il ? Tout d'abord, il part de la caractéristique fondamentale de l'homme. L'homme est une conscience. Cette conscience entraîne la



prise de conscience de la mort. Or il s'agit de la conscience de la mort de la conscience (et cette phrase n'est pas un mauvais jeu de mots philosophique), c'est-à-dire que la conscience, dès qu'elle apparaît, voit sa vulnérabilité, sa précarité, sa ruine potentielle, elle est comme minée de l'intérieur, condamnée à l'avance. D'où l'irruption d'un traumatisme de la mort. Pour atténuer ce traumatisme et continuer à vivre avec le problème de la mort, l'homme a eu une réponse privilégiée, la réponse religieuse, sur laquelle E. Morin focalise son attention. Mais il en existe une seconde, qui est montée en puissance depuis un siècle : la réponse médicale.

La réponse religieuse se place au niveau symbolique et sémantique. Pour rendre plus acceptable ce qui apparaît comme injuste et en même temps radical, la réponse religieuse, dans toutes les religions, consiste à apporter une explication et une espérance. Explication : nous sommes mortels parce que nous avons commis une faute (la peine ne paraît plus injuste). Espérance : l'âme est immortelle, il existe une vie après la mort, la mort n'est qu'un passage.

La réponse médicale se place quant à elle dans une intervention réelle, une lutte concrète : aider à repousser autant que possible la mort. Et elle s'efforce à l'humanisme.

### Réflexions

Ce rappel de la situation anthropologique de l'homme permet ensuite de faire quelques remarques de bon sens, mais qui ont une très forte portée sur la pratique médicale.

1. La médecine n'est pas une activité ordinaire, comme la coiffure ou la réparation automobile. Elle a affaire à la préoccupation la plus profonde et la plus poignante de l'homme : atténuer la souffrance, lutter contre la mort.

2. Il est normal d'être choqué par la mort du patient ; il est normal d'être triste, affligé. Il est au contraire anormal d'être indifférent à la mort d'un patient. Reconnaître lucidement ses émotions est une priorité, mais il ne s'agit pas de s'y perdre. Il est parfois utile pour un soignant d'avoir un tiers avec qui parler (psychologue, groupe Balint, etc.).

3. La mort du patient n'est pas un échec ; son agonie n'est pas une insulte. Soigner, ce n'est pas forcément guérir. Si on se dirige uniquement vers la médecine pour guérir les patients, alors on se retrouvera tôt ou tard dans une situation d'échec personnel, de culpabilisation du patient, du « mauvais patient ». En revanche, si on accepte de penser que soigner ce n'est pas forcément guérir, il y a encore du soin utile et de l'aide pour les patients incurables, pour les patients allant mourir.

4. L'histoire du rapport à la mort n'est pas sans lien avec la difficulté actuelle des soignants devant la mort. On est passé d'une situation où la mort était très présente, la religion très marquée et la médecine assez impuissante, à une situation où la mort est devenue rare, où les individus se sont éloignés des religions et sont bien plus dans l'incertitude face à la mort, et où la médecine a une image de puissance. On comprend que la relation à la mort, pour le futur médecin, requiert désormais une sorte d'apprentissage, et une réflexion personnelle.

5. Quelques valeurs fondamentales sont liées au soin : honnêteté (parler avec tact, mais parler vrai), lucidité (reconnaître que pour soi-même ce n'est pas facile), humanisme (faire ce qui est possible pour aider le patient, avec humanité).

6. Bien soigner, c'est aussi parfois laisser s'exprimer des histoires personnelles pour des patients allant mourir (cf. le magnifique film de Kurosawa, *Barberousse*). Il y a très souvent des histoires de famille qui se révèlent. Il y a aussi des patients qui aident à construire la vie de leurs proches après leur mort.

# De la difficulté de soigner dans un centre de rétention administrative

Murielle Rondeau-Lutz  
Hôpitaux universitaires de Strasbourg

## Introduction, historique

Les centres de rétention sont des lieux permettant de maintenir sous surveillance, pendant le temps nécessaire à son départ, un étranger à qui a été notifiée une mesure d'éloignement du territoire français. Ces lieux s'adressent donc aux étrangers dont le délit est un séjour irrégulier sur le territoire français. Jusqu'en 1999, la santé des retenus était prise en charge par des interventions ponctuelles d'association de médecins d'urgence, par le Samu, puis, à Strasbourg, par Médecins du monde. En 1999, le rapport Karsenty sur les centres de rétention soulignait la disparité des moyens mis en œuvre pour la santé des retenus, les limites de la médecine libérale dans ce contexte, la nécessité d'une présence quotidienne infirmière et proposait de mettre en place un système semblable à celui utilisé pour la médecine pénitentiaire. Une circulaire suivait rapidement ce rapport demandant la mise en place de conventions avec les établissements de santé. À Strasbourg, les Hôpitaux universitaires ont mis en place une unité fonctionnelle en juillet 2000, au centre de rétention de Geispolsheim, avec la présence quotidienne, week-end et jours fériés inclus, d'une infirmière et une présence médicale trois fois par semaine.

Les partenaires de cette unité sont nombreux. Au sein du centre, on peut citer la gendarmerie qui est chargée de la surveillance des retenus, les employés du ministère de la Justice, chargés de l'intendance, l'Office des migrations internationales, ayant une mission d'accueil, d'information, de soutien psychologique et d'aide matérielle en faveur des retenus et la CIMADE (service œcuménique d'entraide) pour la défense des droits des retenus.

Pratiquer la médecine dans ce contexte provoque de nombreuses questions au sein de l'équipe du centre de soins.

## Difficultés inhérentes au partenariat obligé d'équipes ayant des missions différentes

La grande différence de l'exercice dans un centre de rétention pour un médecin libéral ou hospitalier provient du fait que l'ensemble des acteurs du centre de rétention n'y coopère pas pour notre objectif habituel, le bien du patient, mais pour le bien de la République. De ce fait, ainsi que du fait de notre mission, nous nous trouvons en porte-à-faux dans cet exercice.

## Le soutien psychologique

En effet, la circulaire de 1999 relative à l'organisation du dispositif sanitaire dans les centres de rétention souligne que « la situation des retenus placés en centres de rétention est très sensible. La perspective d'une mesure d'éloignement constitue souvent pour eux un stress particulièrement intense qui peut être source de manifestations somatiques et psychiques et de situations conflictuelles ». Il est demandé au personnel infirmier « d'offrir, par son écoute attentive, un soutien psychologique ». Ce soutien psychologique, qui est en général empathique, fait de l'équipe soignante un témoin direct des souffrances des personnes retenues.

Ces souffrances peuvent provenir de la nature de la rétention elle-même, de l'humiliation que provoque la mise en prison de personnes qui, le plus souvent, n'ont pas commis d'autre délit que leur séjour irrégulier. C'est souvent l'expulsion imminente elle-même qui est anxiogène, dans les cas les plus graves, parce que la personne est en danger dans son pays, bien qu'elle n'ait pu obtenir le statut de réfugié. Le motif d'anxiété peut paraître plus bénin, lorsque l'expulsion signifie l'échec d'un retour les mains vides après avoir engagé la fortune de toute une famille.



La souffrance des personnes en voie d'expulsion se communique aisément à l'équipe, illustrant parfaitement la difficulté de soigner dans ce lieu où l'histoire d'un individu, si elle doit être prise en compte par certains, compte peu dans le système de la rétention.

#### **La procédure permettant à un médecin de s'opposer à l'expulsion d'un étranger dont l'état de santé est compromis par la mesure d'éloignement**

Un étranger malade a la possibilité de faire une demande de certificat médical au médecin pour s'opposer à son éloignement ou à l'utilisation du moyen de transport prévu. Lorsqu'il est mis en œuvre, ce recours devient un obstacle à l'expulsion. Il est souvent mal perçu par les services préfectoraux, pour lesquels la mise en rétention est la fin d'une longue procédure, et qui sont tentés de chercher à connaître le diagnostic pour se faire leur propre idée de la pertinence de la demande. Ce sentiment est bien perceptible dans une note du ministère de l'Intérieur de décembre 2002 destinée aux préfets et mentionnant la constatation de dérives graves pour l'obtention d'une carte de séjour à ce titre, le caractère aléatoire des contrôles opérés par les médecins inspecteurs. Il est proposé de mettre en œuvre des moyens utiles de contrôle « en cas de fraude supposée ». Un projet de liste de « maladies significatives » et de pays insuffisamment pourvus de structures sanitaires est cité.

#### **Hospitalisations**

Parfois, l'état de santé d'un retenu justifie pour l'équipe une hospitalisation. À Strasbourg, du fait d'effectifs de gendarmerie insuffisants, jusque fin 2003, lorsqu'un retenu était hospitalisé, il n'était plus surveillé à la condition qu'un certificat médical témoignant que l'état de santé du retenu n'est pas compatible avec un maintien en rétention soit fourni. La personne retenue, libre, était alors susceptible de fuguer.

Nous avons eu par exemple le cas d'un jeune homme souffrant d'un diabète insulino-dépendant

quittant le service sans insuline et sans couverture sociale, d'un autre patient ayant eu du méléna disparaissant sans demander son reste. D'autres retenus privilégient leur santé. Le choix est le leur, nous sommes arrivés à la conclusion qu'il ne doit pas intervenir sur l'indication ou non d'hospitaliser, mais ces situations ont été l'objet de vives émotions au sein de l'équipe; notre décision a été d'expliquer au retenu malade les enjeux pour sa santé et le déroulement de l'hospitalisation.

On imagine bien alors que ceci ait fait aussi l'objet de tensions entre les services préfectoraux et l'équipe sanitaire. Certains services préfectoraux téléphonaient plusieurs fois par jour, faisant pression sur le personnel médical pour abrégé le séjour. Ces pressions allant à l'encontre des décisions médicales risquent parfois d'arriver à leurs fins dissuasives et nécessitent beaucoup de constance et d'énergie.

#### **Le certificat médical, une action politique ?**

Indépendamment de la perception des administrations de l'Intérieur, la décision de rédiger ou non le certificat permettant éventuellement de s'opposer à l'expulsion et son contenu dépendra des médecins, certains pouvant juger, comme nous l'avons vu, qu'une suspicion de tuberculose active n'empêche pas une reconduite au Sri Lanka, d'autres pouvant penser le contraire. La suspicion du ministère de l'Intérieur, concernant la possibilité de fraudes, vient souligner la subjectivité de ce qui peut présider à la rédaction de ce certificat et constitue une pression sur les médecins. D'une façon générale, pour les personnes atteintes de maladies chroniques et provenant de pays sans couverture sociale, on peut se demander quelles conséquences aura l'expulsion pour leur santé.

#### **Instrumentation du médecin**

La présence de l'équipe soignante peut avoir des effets bénéfiques directs au centre de rétention : il est bien souligné, par exemple, dans la circulaire de 1999, le risque de « situation conflictuelle » et demandé à l'infirmière un soutien psychologique, incluant vraisemblablement une écoute apaisante.

Par ailleurs, les intervenants de la CIMADE nous ont déjà demandé dans quelle mesure, avec nos prescriptions anxiolytiques, nous ne faisons pas une prémédication de l'expulsion. D'autre part, les personnes en voie d'expulsion, connaissant la possibilité de recours pour motif médical, tentent d'utiliser cette possibilité comme dernière solution à leur détresse. Cela peut les mener à l'automutilation, situation qui laisse le médecin démuni.

Dans quelle mesure un médecin au centre de rétention n'est-il pas un élément de la politique actuelle de l'immigration ?

Le code de déontologie souligne qu' « un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité ».

Nous ne pouvons pas ignorer que dans une certaine mesure, nous servons de caution à la procédure d'expulsion. Notre présence prouve qu'on s'inquiète de la santé psychologique des retenus, qu'on prend en charge leurs problèmes somatiques, qu'on n'expulse pas quelqu'un dont la santé est précaire. Cependant, lorsque du fait de l'état de santé d'un retenu, nous devons nous opposer ou retarder l'expulsion, notre fonction est perçue de façon moins positive par les services du ministère de l'Intérieur.

## En conclusion

L'exercice en rétention est une bataille de chaque instant : bataille contre l'inertie, contre l'épuisement et la démotivation personnels, pour la défense des droits à la santé et du respect de la personne retenue ; bataille pour arriver à évaluer l'état de santé de la personne malgré les enjeux, les difficultés linguistiques ; bataille dans laquelle on est heureux de pouvoir se raccrocher à un code de déontologie et à l'éthique de la profession, bien que ces outils ne fournissent pas la solution à toutes les difficultés rencontrées. Les modifications survenues en 2004 (allongement de la durée de rétention, augmentation des effectifs des centres, possibilité de retenir des familles et des enfants) ne font que multiplier et attiser la tension dans les centres, et font craindre une aggravation des difficultés rencontrées.

Les modalités d'exercice poussent à une réflexion active, qui permet (parfois) de trouver des solutions, des positionnements face à ce type d'exercice et à ses contraintes inhabituelles. Les lieux particuliers d'exercice que sont les centres de rétention administrative peuvent devenir des modèles pour la recherche en éthique, sur des thèmes tels que : rapports médecine/politique ; finalité de l'action médicale ; secret ; indépendance du médecin...

# L'analyse de pratiques médicales, entre assurance qualité et éthique

André Clavert

Faculté de médecine de Strasbourg, Laboratoire d'éthique et pratiques médicales, IRIST (EA 3424)

Dans l'industrie, lorsque l'équipe de direction décide de lancer un nouveau produit, elle rédige un cahier des charges précis et y associe le financement qui est évalué en fonction des exigences du marché et des buts fixés. Les ingénieurs qualité vont décrire les procédures à respecter pour répondre au cahier des charges ainsi que les contrôles de qualité qu'il faut associer pour obtenir un produit conforme. C'est en fin de compte le marché qui va juger de la validité de la démarche. Or, dans le système de la santé, le politique fixe les objectifs, mais ce n'est pas lui qui évalue les besoins nécessaires et c'est l'assurance sociale qui va financer en fonction des rentrées des prélèvements sociaux. Ce n'est pas celui qui ordonne qui finance. Ainsi, une démarche qualité n'est pas possible. En outre l'évaluation du degré de satisfaction du service rendu est variable en fonction de celui qui évalue. Les avis du médecin, du patient et de la société, peuvent être diamétralement opposés. Enfin la clientèle est captive, dans la mesure où l'on ne choisit pas librement d'être malade. Ainsi, l'assurance qualité telle qu'elle est pratiquée dans les entreprises de service ne peut pas être appliquée. Pourtant certaines activités, comme les dosages biologiques, relèvent de l'assurance qualité classique (norme ISO).

La santé, la prévention comme le soin, est une longue chaîne de savoir-faire, de décisions, d'évaluations empiriques, de paroles, d'interprétations, de non-dit... ; il faut pouvoir évaluer cette chaîne. Nous nous proposons de faire des analyses de pratiques médicales. Après avoir fait un organigramme de l'équipe soignante, savoir qui fait quoi, quand, avec qui et pour qui, des entretiens, avec différentes personnes, soignants et ou patients, ont pour but de permettre de comprendre comment les ordres sont transmis, exécutés, ce qui est dit, ce qui est effectivement entendu, de révéler les conflits et les manques matériels.

Le but de cette démarche est de bien différencier les dysfonctionnements, liés aux transmissions d'ordre mal assurées, aux informations incomplètes et au vocabulaire inadapté, aux conditions matérielles précaires, des vrais problèmes éthiques.

En général, les dysfonctionnements sont fréquemment responsables des plaintes des patients alors que les problèmes vraiment éthiques sont rares. S'il est facile de pallier les dysfonctionnements par des mesures simples qui peuvent être prises rapidement, les vrais problèmes éthiques nécessitent une réflexion et les décisions ne peuvent être prises qu'après un long processus de discussion entre les différents intervenants.

Dans notre service d'assistance médicale à la procréation, des hommes se plaignent de ne jamais être informés par le corps médical. Or, dans notre unité, nous avons une consultation d'information, une bibliothèque et un site Internet. Une analyse des pratiques a rapidement montré qu'effectivement l'homme est informé de sa stérilité, alors qu'il n'a pas encore vu de médecin. Le gynécologue, au moment où la femme seule le consulte, prescrit le spermogramme, le laboratoire, conformément aux bonnes pratiques en vigueur, adresse par courrier les résultats au couple. Ainsi l'homme a l'information de sa stérilité sans jamais avoir consulté. La souffrance liée à ce diagnostic se développe en l'absence d'explication du diagnostic et des traitements possibles. Ici nous avons un dysfonctionnement, il n'est pas acceptable qu'une prescription soit faite en l'absence de l'intéressé. En revanche, il est important de discuter le fait d'envoyer aussi rapidement et sans précaution les résultats de biologie au patient. Cette pratique a été adoptée par l'ensemble des biologistes au nom de l'autonomie du patient et à son droit d'être informé... Une discussion éthique prend ici sa place.

# Propositions pour une utilisation du septième art pour enseigner les relations entre sciences, médecine et société

Christian Bonah  
Faculté de médecine de Strasbourg

## Présentation générale

Cette expérience pédagogique a démarré en 1999 dans le cadre des modules à option (un module au choix, mais obligatoirement un par année d'étude) du cursus de formation médicale. Le cours propose aux étudiants à partir du PCEM 2 de mener une réflexion sur la place de leur future activité professionnelle dans la société. Les interactions entre les sciences, la médecine et la société dans son ensemble deviennent de plus en plus complexes à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle. La littérature et le cinéma constituent un reflet de notre société, passée et présente, et de ce point de vue ils peuvent servir comme point de départ et comme outil pour analyser la place de la santé et des soins de santé dans notre société actuelle. En même temps, ils donnent accès à une perception générale de l'image que se fait une société de sa médecine et de ses médecins. Ainsi, tout en renouant avec certaines bases littéraires, ce cours incite les étudiants à lire et à s'intéresser aux réalisations cinématographiques en rapport avec leur future pratique professionnelle. En même temps, la littérature et le cinéma proposent aux étudiants un autre regard sur la souffrance, la maladie et la pratique médicale. Enfin, il s'agit de placer la médecine dans le contexte plus vaste de la culture et de la société en général. À partir du constat que l'émotion qui touche rend un savoir vivant (Claude Lanzmann, réalisateur du documentaire historique *Shoah* en 1985), les cours prennent comme ancrage la projection d'une œuvre cinématographique, la présentation d'une démarche artistique ou la lecture d'un texte littéraire. Ses différentes sources peuvent se compléter et s'enrichir mutuellement à l'intérieur de chaque séance ou entre plusieurs séances. Chaque séance s'organise ensuite autour d'une analyse de

l'œuvre présentée et d'une discussion générale entre tous les participants ou en plus petits groupes. Chaque séance de cours se déroule sur quatre heures ce qui laisse à la fois le temps de présenter une œuvre (cinématographique, littéraire ou picturale) et de partir ensuite dans une analyse à la fois de l'œuvre elle-même et de ses représentations de la souffrance, de la maladie, des soins de santé, de la profession médicale et de la société face à la maladie et de la perte.

L'enseignement est proposé actuellement sous forme de deux modules optionnels (à choisir dans une liste avec la nécessité de valider un enseignement de ce type par année universitaire).

Le premier enseignement optionnel est destiné aux étudiants de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années de médecine (Cinéma, littérature et médecine I). Les supports de ce cours sont des œuvres cinématographiques ou littéraires « grand public ». Leur projection ou leur lecture est programmée en fonction de différents thèmes généraux qui varient d'une année à l'autre. Les œuvres sont d'abord présentées de manière générale en fonction de leur date de production, de leur réalisateur et de leur sujet principal. Après une immersion dans l'univers artistique présenté, la séance reprend le fond et la forme de cette proposition et de cette posture artistique. Chaque séance d'analyse et de lecture est prise en charge par deux ou trois étudiants qui dirigent ensuite les débats et les pistes à suivre. Une documentation complémentaire est mise à la disposition des étudiants, plutôt après la séance, pour laisser dans un premier temps une place importante à la réception individuelle afin de favoriser l'analyse et la réflexion personnelle des participants. Le deuxième enseignement optionnel (Cinéma, littérature et médecine II) est destiné aux étudiants de 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années des études médicales. Ce cours existe

depuis 2003. Il souhaite approfondir la réflexion sur la place de l'image audiovisuelle et des témoignages d'acteurs et de malades en utilisant davantage de sources issues de la documentation historique ou contemporaine audiovisuelle et de récits d'observateurs participants. Le travail conjugue une analyse de la production de la « propagande sanitaire » du passé et une étude de la communication sanitaire actuelle avec des prises de positions d'intervenants réalisateurs, écrivains ou représentants d'associations de malades. Loin d'une opposition ou d'une polémique, ce déplacement du point de vue de l'observateur cherche à faire réfléchir les étudiants sur les « autres réalités » de l'acte de soigner et du monde sanitaire dans lequel nous vivons. À titre d'exemple, je me permets de reproduire ci-dessous le programme de deux propositions de cet enseignement qui se modifie néanmoins d'année en année.

### **Enseignement optionnel : PCEM 2/DCEM 1 (depuis 1999) : Cinéma, littérature et médecine I**

Volume horaire global : 50 heures (cours et entretiens dirigés)

Examens : présentation d'un mémoire personnel en rapport avec le contenu du cours. Ces mémoires sont de nature et de taille fortement variables. Le minimum requis consiste en un mémoire dactylographié d'au moins 15 pages avec notes et bibliographie. Pour une liste des sujets traités, voir ci-dessous.

#### **Plan du cours**

1. Introduction et présentation (4 heures)
2. Médecine de guerre – médecine humanitaire. Regards cinématographiques (12 heures), A. Rasmussen et C. Bonah
3. Être médecin : images de praticiens (12 heures), C. Bonah
4. Souffrance, malade, maladie. Regards d'ailleurs (8 heures), C. Bonah
5. Le sein, l'art et la littérature. Sein – Maître à penser (8 heures), Dr D. Gros
6. Le mythe du monstre et du savant fou : Frankenstein (8 heures), C. Bonah

#### **Plan détaillé**

1. Introduction générale (4 heures)

2. Souffrance, médecine et guerre. Regards cinématographiques (12 heures)

2.1. Souffrances sans expression : expérimentation, médecine militaire et le sujet souffrant. *Johnny s'en va-t-en guerre*, de Dalton Trumbo. Millie Moore Productions, USA, 1971.

2.2. « Blessés sans visages et hôpitaux sans miroirs : les gueules cassées de la Grande Guerre ». Des formes d'expérience de la souffrance à l'expérimentation chirurgicale. *La Chambre des officiers*, de François Dupeyron, France (2001)

2.3. Face à la souffrance et à la guerre : L'issue de la dérision en médecine. *M.A.S.H.*, de Robert Altman, USA (1970).

3. Être médecin : images de praticiens (12h)

3.1. Savoir, faire, savoir faire et savoir vendre : la médecine entre soins et commerce. *Knock*, de Guy LeFranc, France (1951). Avec la participation d'un médecin interniste.

3.2. Passer de l'autre côté... : Soigner et se faire soigner. *Le Docteur*, de Randa Haines, USA (1991)

3.3. Images de la vie d'une praticienne : médecine et femmes. *J'ai horreur de l'amour*, de Laurence Ferrera-Barbosa, France (1996).

4. Souffrance, malade, maladie. Regards d'ailleurs (8 heures)

4.1. La souffrance et la question du sens. Avec la participation d'un professeur de théologie. *À tombeau ouvert*, de Martin Scorsese, USA, 1999.

4.2. L'institution soignante. Avec la participation d'un médecin psychiatre. Vol au dessus d'un nid de coucou, de Milos Forman, USA (1975)

5. Le sein, l'art et la littérature. Sein – Maître à penser. (8 heures) Sous la responsabilité du Dr D. Gros, sénologue et écrivain

6. Le mythe du monstre et du savant fou : Frankenstein (8 heures). Lecture du roman de Mary Shelley et mise en parallèle avec des productions cinématographiques et théâtrales sur ce thème depuis le début du xx<sup>e</sup> siècle : *Frankenstein*, de James Whale, 1931 ; *Traitement de choc*, de Alain Jessua, 1973 ; *Morts suspectes*, de Michael Crichton, 1978 ou encore *Mesure d'urgences*, de Michael Apted, 1997

Liste de mémoires soutenus depuis 1999 dans le cadre de cette option :

**2004**

Mémoire sur «*La Peste d'Albert Camus*» (Julien Alembik); «La relation des patients avec le milieu psychiatrique vue par le cinéma» (Marie Alt); «De la magie aux hormones de contraception» (Thibaut Baquet); «L'ultime secret de Bernard Weber» (Mehdi Belmidi); «Une vie volée» (Claudio Martin Sampaio); «Se battre pour les soins: John Q.» (Thi Duc Thao Nguyen); «Parle avec elle» (Jean-Christophe Roth); «Corps et société» (Charlotte Sauder); «La schizophrénie» (Jessica Silva da Rosa); «Névrose et jeux psychologiques dans le film *Oui mais*» (Sarah Thomann); «Émile Zola et les grands courants médicaux du xx<sup>e</sup> siècle (d'après l'étude du *Docteur Pascal*)» (Hélène Vallet); «Les souffrances et les douleurs» (Paul Zillhardt); «Dimensions éthiques des soins palliatifs» (Anne Challan-Belval); «Les corps impatientes» (Aline Felder); «*Knock* d'après Jules Romains» (Nicolas François); «La Faculté de médecine de Strasbourg investie par la Second Guerre mondiale» (Prisca Fuchs); «Usage de la folie dans le cinéma contemporain» (Renaud Hagenbourger); «Autopsie d'une indifférence» (Laurianne Jolissant); «Medecine de guerre – médecine d'urgence» (Thomas Kirchgerner); «L'autisme» (Céline Metzger); «Le corps dans la société moderne et la chirurgie esthétique» (Thibaut Mutel); «Toxicomanies et toxicomanes» (Philoktimon Plastaras); «Mémoire sur la mort» (Thomas Pouget); «La schizophrénie dans *Fight club*» (Ritter, Aurélie); «La migraine et les nouvelles découvertes» (Ophélie Rizza); «Le sommeil et ses pathologies» (Ianis Sokanis).

**2003**

«Les monstres dans la littérature et au cinéma, quelques exemples» (Hélène Cecchin); «Le bizutage en faculté de médecine» (Armine Hamidi); «Les druides» (Nathalie Hartmann); «Médecine et chamanisme» (Élodie Haxaire); «L'acupuncture» (Olivier Heyd); «La greffe» (Bénédicte Hoenner); «L'autisme infantile: les témoignages» (Céline Iltis); «Accouchement sous X, abandon d'enfants et droit d'accès aux origines en France» (Priscille Klinger); «L'acte chirurgical» (Radouan Lamnaouar); «L'internement, une réalité multiple» (Camille Martinez); «Les pionniers de la médecine humanitaire» (Cécile Montfort); «La peste dans la littéra-

ture» (Catherine Normand); «Présentation d'un centre médico-social. Liens entre la médecine et le social» (Pierre Peterlin); «Journal intime» (David Poirot); «La schizophrénie au cinéma» (Mathilde Renou); «L'homme et sa définition au travers de la médecine» (Edmond Rust); «Origine et signification des mutilations à but non thérapeutique depuis leur apparition jusqu'à nos jours» (Viviane Schmitt); «Expérimentation humaine et eugénisme» (Yann Solt); «Cellules souches» (Michel Rahme, Élodie Abrial); «L'Ordre national des médecins» (Antoine Radig); «Bernheim et l'École de Nancy» (Guillemette Pierre); «Analgésie acupunctureale: application à la chirurgie» (Luyen Nguyen); «Éthique et thérapeutique» (Fadi Khalil); «Le diabète insulinodépendant» (Sahar Gandoula); «Drogue et cinéma» (Emmanuel Fellingner); «La santé de l'homme dans le monde» (Mariangela De Santis); «James Bond *made in France*» (Thomas Brisson); «Feng-Shui» (Marie Baumert); «Le procès du Dr Wouter Basson: l'histoire d'un génocide moderne» (Marion Balducci).

**2002**

«Les intersections de la médecine avec les médecines parallèles» (Pierre Bannwarth); «Acharnement thérapeutique, soins palliatifs et euthanasie» (Florian Barthel); «Soins, vie et mort en Égypte» (Clément Becker); «Les personnages soignant l'âme et le corps dans la BD *XIII*» (Arnaud Bossi); «La bioéthique» (Yves Chammail); «La place de la religion dans un monde scientifique et en médecine» (Arnaud Chauffette); «La lutte antituberculeuse dans la France du xx<sup>e</sup> siècle» (Joffrey Franck); «La relation médecin/malade» (Alexia Marescaux); «L'homéopathie et la médecine traditionnelle» (Thomas Weiss); «La médecine et l'argent» (Bertrand Wilhelm); «*Urgences*» (Thomas Killian); «*Le Silence des agneaux*» (Laurent Laborde); «La désacralisation du médecin à travers quelques œuvres littéraires» (Laure Rouillon); «Der Einfluss des Körperfetts auf die Fertilität» (Martin Schmidt).

**2001**

«Conscience, littérature et folie» (Adeline Demangel); «Neutralité émotionnelle du

médecin et pratique médicale» (Annabel Mohr, Anne Martzloff); «*Shoah* de Claude Lanzmann: un contre-mythe» (Benjamin Lehr); «Le féminin et le masculin: ressemblances, différences, spécificités» (Stéphane Ruhlmann); «La médecine égyptienne au temps des pharaons» (Sophie Freudenberg); La conception médicale chinoise traditionnelle. (Thomas Mertz); «*La Maladie de Sachs*. Une certaine vision de la médecine» (Charlotte Reeb)

### 2000

«Rapport à la nudité et au corps dans le milieu médical» (Valentine Pracht); «Épidémies et sociétés. Regards d'aujourd'hui et d'autrefois» (Thierry Neyer); «La médecine est un art. La question du sens d'une œuvre d'art. Y-a-t'il un sens?» (Anne Olland); «À propos de *L'Art anatomique*. La fascination de l'authentique. Gunther Von Hagens» (Anne-Laure Schillinger); «Le travail "humain" du médecin» (Aurore Fichter); «La médecine dans la bande dessinée. *Astérix, Bidochon, Serre*» (Christian Mochel); «Le devoir de mémoire et l'oubli en médecine» (Claire Stock); «*L'Opération à cœur ouvert*. Un tableau de Toffoli (1967). L'interprétation d'une œuvre d'art» (Hubert Maisonneuve); «La neutralité émotionnelle et la pratique médicale» (Pauline Kirstetter); «*Le Médecin de campagne* d'Honoré de Balzac. La médecine dans un roman de 1833» (Jérémy Jeantroux); «Analyse et réflexions à propos de l'œuvre *Le Sein* de Philip Roth» (Nicolas Bildstein); «La dérision de la médecine dans le théâtre de Molière» (Julliette Sonntag); «Médecine et sciences biomédicales dans la bande dessinée de science-fiction et d'anticipation. Que sera l'éthique demain?» (Julien Klingler); «*Buud Yam*, œuvre cinématographique d'un conte africain» (François-Xavier Schelcher)

### Enseignement optionnel: DCEM 2/DCEM 4 (depuis 2003): Cinéma, littérature et médecine II

Volume horaire global: 25 heures (cours et entretiens dirigés)

Organisation: un cours d'introduction et de mise en route des travaux des étudiants (exposés):

une heure. Ensuite 6 blocs de cours de 4 heures (18h-22h) en raison des besoins pédagogiques (exposés, projections et lecture).

**Examens:** présentation d'un mémoire en rapport avec le contenu du cours: session de janvier.

Présentation d'un mémoire en rapport avec le contenu du cours: session de septembre.

### Programme des cours

Thème annuel: «Entre propagande et information: la médecine comme intermédiaire d'éducation hygiéniste et sanitaire»

1. Cours d'introduction et présentation: programme de lecture et rédaction des mémoires

L'hygiène au cinéma

2. La lutte contre la tuberculose au xx<sup>e</sup> siècle: Combattre un fléau.

– L'œuvre Grancher: la préservation de l'enfance contre la tuberculose, ~1925

– L'œuvre Grancher: la préservation de l'enfance contre la tuberculose, ~1935

– La préparation du vaccin BCG, 1948

3. L'éducation sanitaire vue à travers la production de la CNAM.

4. Conférence: «Les débuts de l'hygiène au cinéma 1900-1930». Avec Thierry Lefebvre, maître de conférences à l'Université Paris VII.

5. Hygiène et propagande sanitaire autour de la Deuxième Guerre mondiale.

- *Malaria*, un film sponsorisé par Shell, ~1935

- Atome et médecine, Service de l'information des États-Unis, 1955

- *Croisade pour la santé*, International Tuberculosis Campaign, ~1950

Avec la participation de Soraya Boudia, maître de conférences, ULP.

6. L'alcoolisme au cinéma et dans la littérature à travers le xx<sup>e</sup> siècle. Avec François Steudler, professeur de sociologie à l'Université Marc-Bloch

7. La santé est-elle soluble dans le marché? Médecine, médicaments et propagande. Discussion finale.

Le thème central de ce cours varie d'année en année. L'approche par des films plus documentaires et les archives du film restent une constante afin de dépayser les étudiants par la distance historique des images qui leur sont proposées.

# La culture médicale au miroir du cinéma Un atelier de *medical humanities* pour les années cliniques

Étienne Lepicard

Behavioral Sciences Department, Tel Aviv University Faculty of Medicine

## Introduction

Lorsque je suis arrivé dans le département voici trois ans, l'un des défis qui me furent lancés par celui qui était alors son chef était de trouver les moyens d'implanter les principes de la réforme en cours dans les années cliniques, en m'accordant à la nature des stages dans lesquels se trouvaient les étudiants. Il faut dire qu'à la différence de ce que j'ai connu à Paris, les étudiants à Tel Aviv suivent tous le stage de la même spécialité au même moment. Ce défi comportait également une difficulté propre à Tel Aviv, puisque dans cette faculté, les étudiants à partir de la 4<sup>e</sup> année se trouvent dispersés aux quatre coins de l'agglomération dans les sept hôpitaux universitaires liés à la faculté. Je ne me voyais pas donner des « conférences d'histoire de la médecine » par spécialité. J'aime le cinéma et mes discussions avec Christian Bonah m'avaient éveillé à la possibilité d'utiliser ce médium pour enseigner les sciences humaines et sociales. Il était par ailleurs objectivement plus simple de dupliquer une cassette vidéo que moi-même...

Après un premier essai pilote il y a trois ans avec un groupe d'étudiants que nous avons suivi pendant un semestre (initialement deux groupes étaient prévus, mais des questions indépendantes de notre volonté ont réduit le pilote à une équipe), le projet a été élargi à l'ensemble des étudiants (environ 80) et entre dans sa troisième année.

Ce n'est pas un franc succès, il y a beaucoup de difficultés à résoudre d'ordre technique, humain (si les étudiants ne mettent plus les pieds à la faculté, certains services sont également peu enclins à suivre à l'aveugle les directives de la commission d'enseignement, il faut donc négocier, convaincre, etc.) et structurel. Tout cela est extrêmement dynamique et demande une

grande souplesse d'adaptation, mais je dois dire qu'au milieu de différents essais de tous ordres, il survit et plutôt en s'améliorant, ce qui est encourageant.

## La culture médicale au miroir du cinéma

### Qu'est-ce que j'entends par « culture médicale » ?

La médecine est une science, mais elle est également faite :

- à un niveau personnel et interpersonnel de :
  - relations humaines (médecins/patients, équipe soignante, collègues, etc.),
  - confrontations à la souffrance, à la perte,
  - interrogations éthiques ;
- à un niveau systémique, elle est le résultat de la croisée d'organismes complexes pouvant chacun être décrit comme culture porteuse de valeurs, de modes de fonctionnement explicites ou implicites qui leur sont propres. Ce sont, par exemple :
  - des hôpitaux,
  - des caisses d'assurance maladie,
  - des fonds de recherche,
  - des industries du médicament, etc.

### Pourquoi le cinéma ? Pourquoi l'art ?

Le cinéma fut choisi mais, de mon point de vue, ce pourrait être aussi bien la littérature, les arts plastiques ou le théâtre, d'où la nécessité de partir de la question plus large : pourquoi l'art ?

L'usage de l'art à l'école de médecine correspond à la compréhension du médecin comme personne cultivée participant à la vie sociale (citoyenne, dirait-on peut-être mieux en France aujourd'hui).



Une telle personne se doit d'être avertie d'aspects historiques, politiques, artistiques, culturels et sociaux qui informent déjà, qu'elle le veuille ou non, elle-même, ses patients et leur communication. Pourquoi le cinéma? Le cinéma constitue un moyen indirect, différent, de percevoir le monde des patients et de la médecine (l'art comme miroir ainsi qu'Aristote en définissait la fonction: proposition d'une réalité alternative ou d'un autre regard sur la même réalité pour penser cette réalité). Il crée une réalité fictive propice à la projection de soi, qui invite à une ouverture émotionnelle et pas uniquement rationnelle (il s'agit d'un autre type d'apprentissage; on peut également penser au stade du miroir dans la constitution de la personnalité chez Lacan). Il permet un regard extérieur tout en laissant dans les mains du spectateur la mesure d'implication de soi, d'identification avec les personnages ou d'invasion de l'image. Enfin une importance particulière est donnée à la discussion suscitée par le film en petit groupe: comme octroi d'un lieu non menaçant, intégratif, pour l'élaboration des affects et comme favorisant une pensée critique et la discussion des sujets soulevés par le film.

### Les buts de l'atelier

À la fin de l'atelier, on attend des étudiants qu'ils soient à même:

- d'avoir pris conscience de la complexité du monde médical au niveau personnel et systémique,
- d'avoir pris conscience de l'existence du récit (« narrative ») médical au cinéma et de la place de l'art pour une approche critique, pluraliste sur le monde médical,
- de s'appuyer sur les éléments culturels dans l'élaboration de leur expérience clinique et les dilemmes éthiques qu'elle suscite,
- de construire un dialogue de groupe: écouter, respecter l'interlocuteur, recevoir une autre perspective (construction de ces savoir-faire indispensables pour la vie du futur médecin).

### Structure de l'atelier

8 rencontres – 4 en 4<sup>e</sup> année et 4 en 5<sup>e</sup> année – de 4 heures chacune.

Chaque rencontre est constituée:

- d'une introduction au film (les étudiants ont du mal à entendre une introduction par un spécialiste du cinéma, ils préfèrent que nous – les médecins – leur disions pourquoi nous avons choisi tel film; la difficulté réside dans le fait de sortir du schéma paternaliste de l'enseignement de connaissance dont les étudiants sont imbibés et de ne pas leur imposer une lecture de l'œuvre d'art qu'il « faudrait » faire);
- de la projection du film en son intégralité sur grand écran dans un amphithéâtre confortable autant que faire se peut (que ce soit une expérience cinématographique authentique, mise en œuvre du principe de respecter et non pas d'exploiter l'œuvre d'art – on trouve les deux manières de faire dans la littérature mais il nous a semblé ici qu'il s'agissait de ne pas être en contradiction avec les valeurs que nous prétendons transmettre);
- de groupes de discussion encadrés par des personnes du département qui ont reçu une formation spéciale (une fois par an, nous organisons une journée d'étude pour les tuteurs de groupe en collaboration avec le département de cinéma de l'université). Celles-ci reçoivent à l'avance un résumé du film avec les points majeurs que nous souhaitons voir aborder et des propositions pour les essais écrits. Tout ceci leur servant de garde-fou ou d'aide-mémoire, en fait chacun est autonome, ce qui n'empêche pas la communication des expériences les uns aux autres après chaque rencontre et un *brain-storming* autour d'un bon repas en fin de parcours.

### Les films présentés

En 4<sup>e</sup> année:

#### Médecine interne

*Wit* (USA, 2001), de Mike Nichols avec Emma Thomson, basé sur une pièce de théâtre d'une personne ayant été longuement volontaire en oncologie.

*Bringing Out the Dead* (USA, 1999), de Martin Scorsese, sur l'épuisement dans la confrontation à la souffrance d'un *paramedic* à New York: le soignant est-il le sauveur de l'humanité?

### Pédiatrie

*Lorenzo's Oil* (Australie, 1992), de George Miller, sur la maladie dégénérative d'un enfant dont les parents décident d'apprendre le langage, monde de la recherche, maladie rare, groupe de soutien, retentissement de la maladie sur le cercle familial.

*El Bola* (Espagne, 2000), d'Axiru Mannas, sur la violence intrafamiliale vue du point de vue d'un enfant battu, en parallèle avec un autre enfant éduqué de manière libérale mais où le père laisse aussi son empreinte sur l'enfant sous forme de tatouage.

En 5<sup>e</sup> année :

### Psychiatrie

*A Girl Interrupted* (USA, 1999), de James Mangold, sur le cheminement d'une adolescente *border line* en institution qui décide de s'en sortir en utilisant le système pour elle, en contraste avec son amie qui choisit la révolte sans fin. Il faut noter le refus catégorique du milieu psychiatrique que nous utilisons *Vol au dessus d'un nid de coucou* : « Cela fait vingt ans que nous luttons contre la stigmatisation de la psychiatrie laissée par ce film ! » J'ai aussi essayé le film néo-zélandais, *An Angel at my Table*, mais qui n'est pas du tout passé – trop impressionniste.

### Gynécologie

*Cider House Rules* (USA, 1999), de Lasse Hallstrom, sur un gynécologue obstétricien directeur d'un orphelinat dans les États-Unis de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle qui enseigne son métier de manière non conventionnelle à l'un des jeunes de l'orphelinat, lequel se retrouve un jour devant le dilemme de se servir de cet apprentissage à propos d'un cas d'avortement. D'après une nouvelle de John Irving (1985).

### Chirurgie

*La Chambre des officiers* (France, 2001), de François Dupeyron, sur l'histoire des gueules cassées de la Grande Guerre. Un des rares films à suivre le vécu de la maladie et son rétablissement par un patient et de son point de vue.

*The Kingdom* (part 1) (Danemark, 1994), de Lars Von Trier, le parallèle entre le monde des patients et le monde des médecins dans un service de neuro-chirurgie.

### Exemple de sujets abordés à propos du film *Lorenzo's Oil*

Film qui présente l'histoire d'un enfant atteint d'adrénoleucodystrophie (ALD) et la lutte de sa famille pour trouver un remède malgré les réticences et les lenteurs du corps médical.

Dans la discussion après le film sont abordés les thèmes suivants :

- enfant dont la maladie dérange la vie de famille (problèmes de couple, par exemple);
- transmission d'une mauvaise nouvelle (à deux reprises dont l'une touche à l'aspect génétique de la maladie et la culpabilité qui lui est liée);
- diverses figures de médecins;
- rôle des associations de patients;
- recherche médicale sur les maladies rares;
- prolongation des soins pour le bénéfice de qui ? De l'enfant ? Des parents ? De la recherche ?
- place du récit religieux;
- questions d'éthique : autonomie, euthanasie, etc.

### Évaluation

Des étudiants :

- présence obligatoire;
- court essai (une page) après chaque film sur un sujet reliant ce dernier à une expérience clinique ou personnelle.

Pour l'an prochain, proposition d'un essai plus long (5 pages) à la fin de chaque année, mais se pose la question de l'intégration de la note dans celle des stages suivis.

De l'atelier :

*Feedback* à la fin de chaque année (4 rencontres)

### Bibliographie sélective

- Banque de données : New York University : <http://endeavor.med.nyu.edu/lit-med/medhum.html>
- D.J. Self *et al.*, « Teaching Medical Ethics by Using Film Discussion », *Academic Medicine*, 68, 1993, pp. 383-385.
- E.V. Boisauvin, M.G. Winkler, « Seeing Patients and Life Contexts: The Visual Arts in Med Education », *The American Journal of Medical Science*, 319, 2000, pp. 292-296.
- P. Blasco, « Literature and Movies for Medical Students », *Family Medicine*, 33, 2001, pp. 426-428.
- É. Lepicard et K. Fridman, « Medicine Culture & Cinema: A Workshop in Medical Humanities for Clinical Years », *Medical Education*, 37, 2003, pp. 1039-1040.

# Le multimédia au service de l'enseignement des sciences humaines et sociales

Christelle Rabier  
Université de Tours

Contrairement à ce qui est annoncé dans le titre, l'objet présenté ici est beaucoup plus modeste que « le multimédia au service de l'enseignement des sciences humaines et sociales », même si, dans le cadre d'une publication, il serait peut-être utile d'offrir une liste de sites utiles et intéressants. Un tel projet peut d'ailleurs très bien voir le jour dans le cadre de Vlib, qui indexe les sites d'histoire pour Calenda. Aujourd'hui, je viens vous présenter deux objets multimédia : l'un est un cours intitulé « *Medicine in literature* » ; l'autre présente des techniques de laparoscopie urologique et une réflexion historique sur les origines de cette technique.

## Deux objets très différents

Prenons le premier. Proposé par le professeur Janet Browne, qui est une spécialiste de Darwin et des théories de l'évolution, le projet visait à offrir un cours, clé en main, aux étudiants de lettres ou de médecine qui souhaiteraient réfléchir à une telle problématique. Financé par le Wellcome Trust for the History of Medicine, le projet couvrait le graphisme, la recherche d'images, et bien entendu le texte et la production de l'objet. D'abord destiné à servir dans le cadre de la formation assurée à UCL auprès des étudiants de médecine, le CD a été très rapidement donné à toutes les universités britanniques pour qu'elles puissent l'installer sur leur parc multimédia. Il sera bientôt commercialisé ; la version présentée est une version abrégée et fournie gracieusement par le Wellcome Trust de Londres.

Je n'ai malheureusement pas d'informations sur la réception de ce travail, par les étudiants et par les bibliothèques universitaires. Il me semble que c'est un objet très intéressant pourtant.

Le CD s'organise en une introduction générale au projet du cours qui instaure médecine et littérature comme deux moyens d'atteindre l'homme. Le

cours lui-même s'organise en chapitres qui articulent ces liens noués entre médecine et littérature, en offrant une perspective sur les recherches d'histoire de la médecine qui proposent une réflexion sur la littérature. Les auteurs peuvent être des médecins ou des patients ; la littérature fournit une clé de l'interprétation du monde et de la santé. Enfin, d'un point de vue d'histoire littéraire, l'émergence du roman à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle s'appuie sur les développements de la psychologie et de la psychanalyse, dont il faut rendre compte. Chaque chapitre comporte, outre une introduction, plusieurs extraits d'œuvres, dont le contexte est présenté, et dont il est fourni un commentaire. Il se compose également de références biographiques et bibliographiques destinées à qui voudrait approfondir l'œuvre. Enfin, il est proposé à l'étudiant une autoévaluation sommaire sur les apprentissages du chapitre.

Le graphisme, fouillé, illustre et donne à réfléchir sur l'œuvre littéraire présentée ; chaque image fait l'objet d'un commentaire spécifique. Des outils de recherche facilitent la circulation dans le CD. Il s'agit donc d'un très bel objet graphique, extrêmement sérieux et complet, adapté à un cours de début d'études universitaires.

Le second objet est un objet promotionnel. Financé par un laboratoire pharmaceutique, ce DVD a été originellement diffusé par une entreprise de communication. Il s'agissait de proposer un produit de qualité, de type « formation continue », aux chirurgiens en laparoscopie, qui en bénéficiaient sur demande et se le voyaient offrir au cours de visites. Ce n'était pas, en revanche, un produit strictement publicitaire, puisque aucune molécule du laboratoire n'était présentée.

Dès l'origine, le professeur d'urologie Guy Vallancien, contacté pour la réalisation du DVD, avait proposé qu'on y ajoute une partie « Histoire » – dite, à mon

grand désespoir « Historique » – pour accompagner les films de chirurgie qui y seraient montrés. C'est donc pour cela que j'ai été contactée, afin d'écrire l'histoire de la laparoscopie, que j'ai un peu détournée de son sens initial.

J'ai en fait proposé deux chapitres de cette « Histoire de la laparoscopie urologique » : le plus nouveau pour moi a été de réaliser des interviews de trois professeurs de médecine à l'origine du développement de la technique. François Dubois, chirurgien gynécologue, aujourd'hui à l'Académie, qui a développé très tôt la technique dans les années 1980 ; Brice Gayet qui l'a développée pour la chirurgie digestive ; et Guy Vallancien, pour la chirurgie urologique. Cela constituait pour moi une tentative, réussie me semble-t-il, d'histoire orale, car tous les intervenants ont répondu au questionnaire proposé de façon précise et nuancée.

L'autre partie, beaucoup plus proche de mon travail, s'argumentait autour de la problématique de l'image. Dès mon introduction à la technique, en effet, la laparoscopie m'avait semblé mettre en valeur le sens de la vue, bien plus qu'aucune autre technique auparavant. Connaissant bien les images anciennes de la chirurgie, à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle surtout, j'ai proposé une histoire de l'image dans la chirurgie sur trois siècles.

### **L'exposition pédagogique**

L'image était support de la réflexion. Il fallait donc mettre en valeur les images, ordonnées suivant le propos que je voulais conduire. Graphiquement l'image était placée au centre de chaque écran, donnant lieu à un commentaire oral, appuyé par un commentaire écrit.

Pour permettre la circulation la plus fluide possible, j'ai proposé deux axes d'exposition : un axe purement chronologique, sur trois siècles ; le second, plus problématisé, sur trois concepts, « Voir, concevoir, transmettre » qui se répondaient d'un siècle à l'autre.

Toutes les possibilités d'une telle forme n'ont pas été épuisées. En effet, un graphisme plus travaillé aurait grandement amélioré la navigation ; permis le jeu sur les images, qui auraient pu bénéficier ainsi d'un commentaire spécifique. Nous avons envisagé aussi, pour la partie chirurgicale, d'offrir des écrans supplémentaires pour dénommer les parties anatomiques visibles sur l'image. Faute de temps et de moyens, cela n'a pas été possible.

### **Conclusion**

En quoi de tels objets peuvent-ils être utiles pour l'enseignement des sciences humaines et sociales ?

Matériellement, il s'agit de supports de grande capacité, qui autorisent l'utilisation intensive d'images, voire de films. Ce sont donc des objets-sources propres au stockage de documents historiques, ce qui constitue sans contexte un avantage sur les sites Web, si l'on ne parle pas des droits des images.

En quoi les enseignants de sciences humaines et sociales peuvent-ils véritablement tirer bénéfice de ces objets pédagogiques ? Bien que ce soit une question rarement abordée dans les facultés d'histoire, ce type de supports de cours peut introduire à des problématiques mal connues et enrichir aisément la réflexion proposée aux étudiants. Cela peut également être un moyen de faire partager des expériences pédagogiques concluantes, afin de les adapter à des objets mieux connus de l'enseignant. De tels cours pourraient fort bien être édités par le biais du multimédia et adaptés aux niveaux d'études en faculté de médecine.

Enfin, pour dire un mot du financement de l'opération, ce support pourrait même intéresser les entreprises industrielles, qui utilisent de plus en plus le mécénat à titre promotionnel.

# En revenir aux sources : l'usage des images dans la formation médicale

Anne Rasmussen  
Faculté de médecine de Strasbourg

Le propos est ici, dans la perspective historique qui est la mienne, de suggérer quelques réflexions sur l'usage des sources comme ressource pédagogique dans la formation médicale. Il s'agit de plaider pour l'usage des documents – images ou textes, auxquels on accorde ici un statut voisin – dans les cours de sciences humaines et sociales en médecine, en première année tout particulièrement, et d'utiliser les ressources que fournissent les études de l'image, venues de l'histoire de l'art, mais aussi de toutes les disciplines qui procèdent, dans leur démarche, au décryptage de la représentation de l'homme et de son environnement. Aussi évident que paraisse désormais cet usage, il relève pourtant d'une réaction contre son évitement classique dans les sciences humaines, et en histoire tout particulièrement – évitement qui s'est enraciné dans le privilège accordé à la langue sur toutes les autres fonctions symboliques<sup>1</sup>. Cette priorité donnée au texte découlait de la constitution des sciences humaines comme disciplines littéraires au XVIII<sup>e</sup> siècle, comme sciences « positives » au XIX<sup>e</sup>, avec leur valorisation des documents écrits, jugés plus objectifs et plus fiables que les images, propices aux errements de l'illusion.

## Culture générale, « humanités » et retour aux sources

À l'origine de la position institutionnelle nouvelle des sciences humaines et sociales dans la formation médicale, on l'a vu, l'arrêté de mars 1992 réorganisait le premier cycle des études médicales en introduisant la « culture générale », prévue dans la réforme de l'ensemble des DEUG, réalisée

de fait seulement en médecine. Les textes officiels commentèrent cette notion de culture générale en divers lieux – notamment dans une annexe complétant l'arrêté d'octobre 1993. Deux points y émergeaient principalement :

- la « culture générale » y était définie comme relevant du domaine des « humanités », et devait se traduire par l'étude des « techniques d'expression et de communication » et de l'histoire et de la philosophie des sciences ;
- la formation de l'esprit critique y était mise en exergue : « L'essentiel est de s'assurer que les étudiants sont capables de lire, d'analyser et de faire preuve de capacités de synthèse, bref de développer leur esprit critique, objectif de toute formation universitaire. »

Ces notions – « humanités », « culture générale » – sont polysémiques et leur sens varie selon le milieu culturel et disciplinaire dans lequel ils sont plongés. On propose ici de les prendre au pied de la lettre, en soulignant les enjeux de ce que fut, historiquement, le projet humaniste de la Renaissance : un retour aux sources.

L'humanisme, débordant largement son sens originel, n'a en effet pas borné son objet aux *studia humanitatis*, c'est-à-dire aux lettres profanes de l'antiquité gréco-latine. La « révolution culturelle » de l'humanisme s'est définie comme une réappropriation de tous les savoirs dans une représentation cohérente de l'encyclopédie, reconstruite sur les décombres de l'ancienne pédagogie médiévale, une fois éliminée la logique formelle de la scolastique au profit de la rhétorique antique dont on redécouvrait la richesse des apports. Les protagonistes de cette « reculturation » avaient pour horizon la culture générale, dont l'ambition était de substituer, à un savoir et à son jargon spécialisés dans un seul domaine, une authentique science totale, exprimée dans un style éloquent. Ils se

1. Cf. P. Goetschel, « Les usages de l'image en histoire. Iconographie et histoire sociale », *Vie sociale*, 1, 2005, pp. 21-42.

2. Voir notamment J.-F. Maillard, J. Kecskeméti, C. Magnien, M. Portalier, *La France des humanistes*, Turnhout, Brepols, 1999.

référaient à l'idéale *humanitas* cicéronienne, associant la culture de l'esprit et celle du cœur<sup>2</sup>. Luttant contre le savoir réservé aux clercs ou aux érudits au sens classique, la Renaissance humaniste proposait un authentique retour aux sources passant par la transmission des textes et des témoignages de la culture visuelle, garants de la formation d'un esprit critique.

Sans doute, la priorité aujourd'hui n'est-elle plus au combat contre le pédantisme et l'érudition, qui ne menacent plus guère les études universitaires – et peut-être encore moins les enceintes du savoir scientifique. Toutefois, le message humaniste de l'importance du recours aux sources nous semble avoir encore une portée heuristique si l'on prend au sérieux les objectifs fixés initialement aux sciences humaines et sociales en médecine : faire que les étudiants soient capables « de lire et d'analyser » et développer leur « esprit critique ».

L'usage que l'on peut faire de ces sources documentaires est évidemment variable selon les contraintes matérielles dans lesquelles on se trouve : le cadre d'un cours magistral en grand amphithéâtre de PCEM 1 est certes moins propice à l'étude de document que les travaux dirigés en groupes numériquement allégés. Néanmoins, les moyens multimédia nous permettent désormais nombre de possibilités de vidéo-projection d'images ou de diffusion d'extraits de textes, trouvant écho et prolongement dans l'introduction de ces sources au sein du document de travail/polycopié. Textes et images sont à considérer comme les éléments d'une boîte à outils dans laquelle on peut puiser en fonction de l'objectif pédagogique que l'on poursuit et des niveaux de lecture que l'on se fixe : les sources, textes et images, peuvent être mis au service des différentes fonctions heuristiques qu'on veut leur imputer. Insistons ici tout particulièrement sur l'importance de l'image, dans le cadre du PCEM 1, qui peut prendre place dans des cours d'histoire médicale, de « littérature et médecine », d'anthropologie, d'éthique, mais aussi d'introduction à la réflexion sur la pratique. On suggérera brièvement quelques types d'usage, successive-

ment illustratif, représentatif et critique, au service de ces enseignements.

### Illustrer, représenter, critiquer

Nombre d'enseignements qui font intervenir le culturel ont coutume de recourir à une utilisation immédiate et minimale des sources, pour leur valeur d'exemplarité, de mise en pratique, pour leur intérêt documentaire à l'appui du cours qui peut prendre la forme d'un récit ou d'une démonstration. Les images sont choisies pour leur représentativité que l'on sait plus ou moins fidèle à l'objet du cours, qu'il s'agisse des représentations du corps, des pratiques médicales, de la souffrance. Si l'on accorde, comme plusieurs intervenants l'ont déjà évoqué, une valeur initiatique à la confrontation liminaire des étudiants avec le corps humain et à la sacralité qu'il véhicule, alors l'image constitue une entrée en matière pertinente avant le franchissement de seuil des années cliniques. Ici, la légitimité des images s'impose, mettant en valeur comment l'imaginaire peut donner à la matière inerte l'apparence de la vie. L'histoire de l'art fournit dans ce domaine une ressource exceptionnelle<sup>3</sup>. Dans un amphi de PCEM 1, la fonction illustrative de l'image est très opératoire – elle l'est de fait beaucoup moins s'il s'agit de texte, sauf à utiliser la citation brève comme une ressource purement illustrative elle aussi.

Le recours à la culture générale fonctionne ici comme une mise à distance : on cherche à plonger l'étudiant spectateur dans d'autres temps, d'autres lieux, et à rompre ainsi avec le caractère d'évidence du propos d'autorité qui vient du cours. La valeur pédagogique se fonde sur le

3. N. Laneyrie-Dagen, *L'Invention du corps. La représentation de l'homme du Moyen Âge à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Flammarion, 1997.

4. M. Vène, *Écorchés. L'exploration du corps XIV<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècles*, Paris, Albin Michel, Bibliothèque nationale de France, 2001.

5. S. Freud, *L'Inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard, 1985, pp. 250-252.

6. J.-C. Schmitt, *Le Corps des images : essais sur la culture visuelle au Moyen Âge*, Paris, Gallimard, 2002 ; L. Gervereau, *Voir, comprendre, analyser les images*, Paris, La Découverte, 1996 ; M. Joly, *L'Image et les signes*, Paris, Nathan, 1994.

7. J.-C. Schmitt, *Le Corps des images*, op. cit.

caractère étrange ou étranger de ce qui est montré, le dépaysement qui suscite le déplacement du regard faisant le détour par l'altérité avant de revenir sur soi. Une dimension supplémentaire peut être portée au nombre des effets illustratifs de l'image quand il s'agit de jouer sur le registre de l'émotion qu'elle provoque. À titre d'exemple, la très riche iconographie d'écorchés que fournit l'art occidental constitue une multitude de ressources. La formule évoquée par Freud d'« inquiétante étrangeté » qu'il consacrait à Olympia, la poupée automate des contes d'Hoffman, nous semble à propos pour caractériser le déplacement recherché : « Des membres séparés, une tête coupée, une main détachée du bras [...] recèlent un extraordinaire potentiel d'inquiétante étrangeté [...] quand la frontière entre fantaisie et réalité se trouve effacée, quand se présente à nous comme réel quelque chose que nous avons considéré jusque-là comme fantastique. » Ainsi au-delà de la démarche rationalisatrice de l'illustration par l'exemple, l'image qui relève de la culture sensible fait jouer d'autres ressorts de compréhension et d'adhésion ou de mise à distance.

Dans un deuxième type d'objectif assigné à l'image, il s'agit d'insérer l'histoire de la médecine et de la représentation de la santé dans la longue durée de la culture et de ses imaginaires, qui prennent en compte non seulement les formes iconographiques ou narratives, mais leurs fonctions et leurs usages dans des contextes sociaux, politiques, idéologiques en constant renouvellement. Dans l'utilisation purement illustrative de l'image, dans leur usage documentaire, rien ne nous est dit des images elles-mêmes, de leur raison d'être et de la nature du processus de représentation.

On entretient souvent l'illusion qu'il existe du réel indépendamment de l'expression que les créateurs d'images en donnent dans leurs œuvres, et que l'image pourrait avoir une fonction référentielle spécifique, distincte de ses autres fonctions. Comme l'ont mis en valeur les sciences sociales qui prennent les signes pour objets, les images savent nous rappeler que leur fonction est moins de « représenter » une réalité extérieure à elles que de « faire être » le réel sur un mode qui leur est propre. Il ne s'agit donc

pas seulement de lire le contenu de l'image que d'en comprendre la totalité, dans sa forme, sa structure et son fonctionnement.

Michel Foucault, dans *l'Archéologie du savoir*, établissait un lien entre « la mise en question du document » et le projet d'une « histoire générale » non sans rapport avec la *Kulturwissenschaft*. L'image, à l'instar d'une source textuelle, n'est pas simplement, au premier degré, un document pour celui qui l'étudie historiquement. Et elle n'est pas plus un monument réservé à l'historien de l'art ou au spécialiste de l'image. Elle est pleinement, comme l'a largement commenté le médiéviste Jean-Claude Schmitt, un document-monument, qui renseigne sur le milieu historique qui l'a produite, et simultanément se donne à voir comme un manifeste de croyance et une affirmation d'identité sociale. Toute image vise à devenir visiblement un « lieu de mémoire », d'autant que la mémoire individuelle, mais aussi la mémoire collective dans toutes les dimensions sociales et culturelles, consiste avant tout en images.

Nombre d'usages de l'image comme illustration se situent dans la perspective classique d'une lecture qui place au premier plan la valeur de vérité de ce qui est montré, la mesure de son degré de conformité au réel et de représentativité. L'histoire des différentes disciplines médicales se prête particulièrement à cette lecture. Un cours d'histoire de l'anatomie, discipline emblématique, mobilise couramment l'histoire de la gravure et de la représentation picturale qui, du milieu du *xvi<sup>e</sup>* au *xix<sup>e</sup>* siècle, figurent la « marche en avant des connaissances » étalonnée à la « véracité » de l'image et à son écart au réel – c'est le topos du parcours de Galien à Vésale et à l'image produite par la médecine technicienne. L'histoire de la culture visuelle matérialise en outre les étapes successives du perfectionnement du réalisme de l'image, de la gravure à la photographie puis à la radiographie. Ainsi la réflexion sur l'image et la « spectaculaire réalité », celle qui fait voir le réel à travers l'image, entre en résonance avec la place qui lui revient désormais dans la pratique médicale. Celle-ci a besoin d'une éducation du regard, qu'il s'agisse de l'analyse séméiologique à travers la reconnais-

sance des signes que le corps donne à voir, et du poids croissant de l'image et de son évidence en médecine, se substituant en partie au regard clinique. L'imagerie médicale montre en effet des images qui sont des visualisations de phénomènes : soit des images « réelles », qui permettent une observation plus ou moins directe de la réalité, soit des simulations numériques, qui peuvent isoler les informations à observer dans l'image « réelle » qui est souvent si riche qu'on ne sait pas la lire correctement au premier abord, parce qu'on commence par y lire ce qu'on connaît déjà. S'ajoutant aux lectures précédentes, une perspective démystificatrice de la compréhension des images, tout comme un apprentissage de lecture critique, ne sauraient qu'y contribuer.

Au cours de ces journées d'étude sur les sciences humaines et sociales en médecine, nous avons été invités à ne pas oublier que notre auditoire, en PCEM 1, n'était pas constitué des seuls futurs médecins, mais bien au-delà, de jeunes gens qui vivent le PCEM 1 comme la voie d'accès à un monde d'adultes en prise plus ou moins directement avec le monde médical, qu'ils fréquenteront au moins comme usagers du système de santé et comme simples citoyens ayant à réfléchir sur la société à laquelle ils participent. Pour tous ceux-là, une contribution à l'éducation du regard et à l'apprentissage de la culture visuelle afin d'aiguiser les outils d'analyse qu'il leur appartiendra de déployer, ne saurait être un vain enseignement.



# Dix ans d'enseignement des sciences humaines et sociales en médecine

## Bilan et perspectives

**mercredi 15 – jeudi 16 septembre 2004**

Sous le parrainage de la Conférence des doyens des facultés de médecine françaises

### Lieu

FORUM de la Faculté de médecine de Strasbourg

4, rue Kirschleger - 67000 Strasbourg

Tél. : 03 90 24 34 13

Secrétariat général : tél. : 03 90 24 34 80

Courriel : Colloque.Shs@medecine.u-strasbg.fr

Organisé par la Faculté de médecine de Strasbourg

Bertrand Ludes, Michel Patris, Gilbert Vicente,

Christian Bonah, Anne Rasmussen

**Mercredi 15 septembre,  
13 h 45 - 18 h 00**

**Les sciences humaines et sociales  
en PCEM 1 : bilan et perspectives**

**13 h 45** - Accueil de M. le Doyen Bertrand Ludes,  
Faculté de médecine de Strasbourg

**14 h – 16 h - Séance plénière**  
**Bilan et perspectives des SHS  
en PCEM 1**

**14 h – 14h30**  
*Les SHS en PCEM 1 : dix ans d'expérience,  
bilan d'étape*  
Michel Patris, Gilbert Vicente, Strasbourg

**14h30 – 15 h**  
*Comment les enseignements SHS  
sont-ils perçus par les étudiants ?*  
Charlotte Sauder, Jean-Christophe Roth, Julien  
Alembik, Thibault Mutel, Anne-Laure Le Maho,  
Zaher Lakkis, étudiants à Strasbourg

**15 h – 15h30**  
*L'impact des SHS sur le classement au concours  
de fin de PCEM 1*  
Laurent Visier, Montpellier

**15 h 30 – 16 h**  
*Élaborer un programme de SHS :  
quelles démarches ?*

Louis Arbus, Yves Lazorthes, Daniel Rougé,  
Toulouse

**16 h – 16h30 - Pause**

**16h30 – 18 h - Ateliers**  
A1 *Quelles disciplines pour quels objectifs  
en PCEM 1 ?*

A2 *Quels outils pédagogiques et docimologiques  
pour le concours de PCEM 1 ?*

A3 *Textes, images et supports de cours :  
comment enseigner les SHS ?*

A4 *Enseigner les SHS au-delà du PCEM 1 :  
expériences et propositions (1)*

**20h30 - Repas**

**Jeudi 16 septembre 2004,  
9 h - 12 h 30**

**Médecine, sciences et société:  
la médecine est-elle en crise ?**

**9 h - 10 h 30 - Séance plénière**

**La médecine est-elle en crise ?**

**9 h - 9 h 30**

*La médecine actuelle est-elle en crise ?*

Israël Nisand, Strasbourg

**9 h 30 - 10 h**

*Nouveautés et récurrences du thème de la crise*

Christian Bonah, Strasbourg

**10 h - 10 h 30**

*Les sciences humaines et sociales enseignées  
en médecine : une réponse à la crise ?*

Jacques Gonzalès, Paris

**10 h 30 - 11 h - Pause**

**11 h - 12 h 30 - Séance plénière**

**Table ronde : la situation française  
au miroir des expériences  
étrangères**

Table ronde animée par Daniel Orban, Nice

*Les sciences humaines en médecine :*

*l'expérience helvétique*

Vincent Barras, Lausanne

*Éthique médicale ou histoire de la médecine ?*

*Le nouveau contexte allemand  
de l'enseignement des sciences humaines  
et sociales en médecine*

Christian Hick, Cologne

*Construire un enseignement de sciences  
sociales et d'humanités médicales : l'expérience  
de la faculté de médecine de Tel Aviv*

Etienne Lepicard, Tel Aviv

*L'expérience du Royaume-Uni dans le domaine  
des sciences humaines et sociales*

Catherine Déchamp-Le Roux, Bobigny

**12 h 30 - 14 h - Déjeuner**

**Jeudi 16 septembre 2004,  
14 h - 17 h 30**

**Au-delà du PCEM 1**

**14 h - 15 h - Séance plénière**

**Au-delà du PCEM 1**

**14 h - 14 h 30**

*Les sciences humaines en médecine*

*au-delà du PCEM 1 : repères conceptuels,  
exemples d'application*

Jean Jouquan, Danièle Le Boul, Claudie Haxaire,  
Philippe Bail, Brest

**14 h 30 - 15 h**

*L'enseignant en médecine, initiateur et témoin*

Philippe Bagros, Tours

**15 h - 15 h 15 - Pause**

**15 h 15 - 16 h 45 - Ateliers**

*A5 Enseigner l'éthique médicale ?*

*A6 Enseigner les SHS au-delà du PCEM 1 :  
expériences et propositions (2)*

*A7 Compétences médicales et relations  
médecins/malades : exercer la médecine  
demain*

*A8 Les SHS en médecine : un terrain  
de recherche et de réflexion ?*

**16 h 45 - 17 h 30 - Restitution des ateliers**

**Conclusions**

**Mercredi 15 septembre, 16 h 30 - 18 h**

**Atelier 1, Forum salle 209**

**Quelles disciplines pour quels objectifs en PCEM 1 ?**

Animateur : Christian Michel

- *De l'ouverture disciplinaire au dialogue entre les disciplines dans les sciences humaines en médecine*  
Christian Michel, Strasbourg
- *Bobigny, vingt-cinq ans d'expérience en sciences humaines et sociales*  
Dominique Neuman, Bobigny
- *Du vivant au patient : une proposition d'enseignement articulant l'histoire des sciences et la philosophie de la médecine en PCEM 1*  
Céline Lefève, Paris
- *Quels objectifs pour les sciences sociales en PCEM 1 ?*  
Claudie Haxaire, Brest

**Atelier 2, Forum salle 210**

**Quels outils pédagogiques et docimologiques pour le concours de PCEM 1 ?**

Animateur : Michel Patris

- *Réflexions suscitées par la correction d'une épreuve d'histoire de la médecine au concours de PCEM 1*  
A. Caubet, H. Mesbah, F. Legall, J. Segalen, F. Paysant, Rennes
- *Les SHS en médecine : une docimologie nouvelle à créer ?*  
Michel Patris, Strasbourg
- *Évaluer la place des SHS dans le concours de PCEM 1*  
Laurent Visier, Montpellier

**Atelier 3, Forum salle 211**

**Textes, images et supports de cours : comment enseigner les SHS ?**

Animateur : Philippe Bagros

- *L'abécédaire des sciences humaines en médecine*  
Philippe Bagros, Tours
- *Le multimédia au service de l'enseignement des SHS*  
Christelle Rabier, Tours
- *En revenir aux sources : textes et images dans la formation médicale*  
Anne Rasmussen, Strasbourg

**Atelier 4, Forum salle 212**

**Enseigner les SHS au-delà du PCEM 1 : expériences et propositions (1)**

Animateurs : Catherine Draperi, Antoine Drizenko

- *Au-delà du PCEM 1 : finalité de l'enseignement et diversification des apports*  
Catherine Draperi, Amiens
- *Au-delà du PCEM 1 : l'expérience lilloise*  
Antoine Drizenko, Lille
- *Quelques réflexions sur la place de l'enseignement de l'histoire de la médecine*  
Jean-Marie Vetter, Strasbourg

**Jeudi 16 septembre, 15 h 15 - 16 h 45**

**Atelier 5, Forum salle 209**

**Enseigner l'éthique médicale ?**

Animateurs : Grégoire Moutel, Jean-Christophe Weber

- *Les sciences humaines et l'éthique médicale : perspectives dans le cadre de l'enseignement du PCEM 1 et du cursus des étudiants en médecine*  
Grégoire Moutel, Paris 5
- *L'évolution critique de la relation médecin/malade ; quand, comment, pourquoi l'enseigner ?*  
Jean-Christophe Weber, Strasbourg
- *Pour une formation des étudiants en médecine à la réflexion philosophique et éthique*  
Pierre Boitte, Lille

**Atelier 6, Forum salle 210**

**Enseigner les SHS au-delà du PCEM 1 : expériences et propositions (2)**

Animateur : Christian Bonah

- *Enseigner la relation thérapeutique*  
Danièle Leboul, Brest
- *Propositions pour une utilisation du 7<sup>e</sup> art pour enseigner les relations entre sciences, médecine et société*  
Christian Bonah, Strasbourg
- *Cinéma, médecine et culture : un atelier de medical humanities pour les années cliniques*  
Étienne Lepicard, Tel Aviv

**Atelier 7, Forum salle 211**

**Compétences médicales et relations médecins/malades : exercer la médecine demain**

Animateur : André Clavert

- *L'analyse de pratiques médicales, entre assurance qualité et éthique*  
André Clavert, Strasbourg
- *La mort et le médecin*  
Jérôme Goffette, Lyon
- *Enseigner la profession médicale ?*  
Romain Desgrappes, Strasbourg

**Atelier 8, Forum salle 212**

**Les SHS en médecine : un terrain de recherche et de réflexion ?**

Animateur : Maël Lemoine

- *Peut-on faire de la recherche en sciences humaines en médecine ? Un exemple de recherche philosophique*  
Maël Lemoine, Tours
- *De la difficulté des soins dans un centre de rétention administrative*  
Murielle Rondeau-Lutz, Strasbourg
- *Prendre le contre-pied de l'exactitude des sciences « dures » : l'enseignement des SHS en médecine est-il l'enseignement d'un non-savoir ?*  
Guy Chouraqui, Strasbourg