



HAL
open science

Enseigner l'éthique et les humanités en santé dans les facultés de médecine françaises

Cynthia Fleury-Perkins, Benoît Berthelier, Nathalie Nasr

► To cite this version:

Cynthia Fleury-Perkins, Benoît Berthelier, Nathalie Nasr. Enseigner l'éthique et les humanités en santé dans les facultés de médecine françaises. [Travaux universitaires] Chaire Humanité et santé (Cnam); Chaire de philosophie à l'hôpital (GHU Paris Psychiatrie et neurosciences). 2019. hal-03244317

HAL Id: hal-03244317

<https://cnam.hal.science/hal-03244317v1>

Submitted on 1 Jun 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**ENSEIGNER L'ÉTHIQUE
ET LES HUMANITÉS EN SANTÉ
DANS LES FACULTÉS
DE MÉDECINE FRANÇAISES :
ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES**

C.Fleury, B. Berthelier, N. Nasr



ENSEIGNER L'ÉTHIQUE ET LES HUMANITÉS EN SANTÉ DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE FRANÇAISES : ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES

CHAIRE HUMANITÉS ET SANTÉ (CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET MÉTIERS-CNAM)
CHAIRE DE PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL – GHU PARIS PSYCHIATRIE ET NEUROSCIENCES

AUTEURS : C.FLEURY¹, B. BERTHELIER², N. NASR³



1 Professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers, titulaire de la Chaire « Humanités et santé », titulaire de la Chaire de Philosophie à l'Hôpital-GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences.

2 Élève de l'École Normale Supérieure de Paris (ENS Ulm – PSL).

3 Maître de Conférences — Praticien hospitalier en Neurologie à la Faculté de Médecine de Toulouse-Rangueil. Coordinatrice de l'Enseignement d'Éthique des Facultés de Médecine de Toulouse.



TABLE DES MATIÈRES

CONSIDÉRATIONS LIMINAIRES : OBJECTIFS ET MÉTHODE	P. 05
INTRODUCTION	P. 07
MÉDECINE ET HUMANITÉS : DIVORCE ET RÉASSOCIATION	P. 07
HUMANITÉS MÉDICALES OU MÉDECINE HUMANISTE ? ENJEUX DÉFINITIONNELS, TERMINOLOGIQUES ET DISCIPLINAIRES	P. 08
DES MÉDECINS « HUMANISTES » AUX HUMANITÉS EN SANTÉ : LE LONG CHEMIN DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE FRANÇAISES	P. 12
MÉDECINE EN « CRISE », HUMANITÉS ET RÉFLEXION ÉTHIQUE. UNE MISE EN PERSPECTIVE HISTORIQUE	P. 12
LE GRAND TOURNANT DES ANNÉES 1990 : LE RETOUR DES HUMANITÉS DANS LE CURSUS MÉDICAL	P. 15
DE NOUVEAUX QUESTIONNEMENTS À PARTIR DES ANNÉES 2000	P. 17
LA RÉFORME DE 2009 ET SES PROLONGEMENTS : VERS UN REFLUX DES HUMANITÉS EN SANTÉ ?	P. 18
TOUR D'HORIZON INTERNATIONAL : ASPECTS HISTORIQUES ET CONTEXTUELS	P. 21
PREMIÈRES EXPÉRIENCES EN AMÉRIQUE : NAISSANCE(S) DES MEDICAL HUMANITIES	P.21
<i>Les medical humanities : une histoire américaine</i>	P.21
<i>La place actuelle des medical humanities dans les études médicales américaines</i>	P.24
LES AMBIGUÏTÉS DES MEDICAL HUMANITIES BRITANNIQUES 29	P.26
EN EUROPE CONTINENTALE : QUEL HÉRITAGE POUR LES « HUMANITÉS » DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE ?	P.28
<i>Italie et Espagne : la primauté de l'histoire de la médecine et de l'éthique biomédicale</i>	P.28
<i>Allemagne : Histoire, Théorie et Éthique de la médecine (GTE)</i>	P.28
<i>Belgique : deux exemples assez proches du cas français</i>	P.30
QUELS ENJEUX POUR LES « HUMANITÉS MÉDICALES » HORS D'OCCIDENT ?	P.31
ESQUISSE CARTOGRAPHIQUE DE L'ENSEIGNEMENT DE L'ÉTHIQUE ET DES HUMANITÉS EN SANTÉ DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE FRANÇAISES	P. 35
L'ENSEIGNEMENT DES HUMANITÉS DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE : TENDANCES, SYMPTÔMES, SINGULARITÉS	P.35
Précisions méthodologiques	P.35
Statut, volume horaire et répartition des enseignements d'éthique et d'humanités en santé (EHS)	P.36
Poids dans le concours de PACES et modalités d'évaluation des enseignements d'EHS	P.43
Les formations complémentaires (Masters et Diplômes universitaires)	P.48
Enseignants, enseignements, recherche	P.51
HORS LES MURS. QUELS ENSEIGNEMENTS EN DEHORS DES FACULTÉS DE MÉDECINE ?	P.56
À l'Université : un aperçu des humanités en santé hors des facultés de médecine	P.56
À l'hôpital : les lieux non-académiques de la réflexion éthique	P.57
Dispositifs hybrides et innovants : sur l'émergence d'un récent écosystème d'enseignement et de recherche en humanités et santé	P.58
TENTATIVE DE BILAN CRITIQUE	P. 60

L'ÉTHIQUE ET LES HUMANITÉS EN SANTÉ : QUEL ENSEIGNEMENT POUR DEMAIN ?	P. 62
RISQUES ET DIFFICULTÉS	P. 62
Les risques de « dénaturation » de l'enseignement des humanités en santé	P. 62
Les risques concernant la « réception » des humanités en santé : rejet des enseignements, décrédibilisation des humanités, creusement des inégalités	P. 63
Comment évaluer l'« utilité » de l'enseignement des humanités en santé ? Un faux problème qui met les humanités en difficulté	P. 64
POURQUOI DES HUMANITÉS EN SANTÉ ? ENJEUX ET MOTIFS D'UN ENSEIGNEMENT CRITIQUE	P. 66
Pour une « école française du soin » ?	P. 66
En quoi les mutations contemporaines de la médecine et du soin mettent-elles en jeu les humanités ?	P. 67
Humanités et professionnalisme	P. 68
TABLEAU SYNTHÉTIQUE	P. 62
COMMENT ARTICULER ÉTHIQUE CLINIQUE ET HUMANITÉS EN SANTÉ ?	P. 70
EN PRATIQUE : DE MULTIPLES QUESTIONS À TRANCHER	P. 71
DIX RECOMMANDATIONS	P. 74
LISTE DES FIGURES	P. 76
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SITOGRAPHIQUES	P. 83
TEXTES ET RAPPORTS OFFICIELS	P. 83
Arrêtés et bulletins officiels (France)	P. 83
Rapports et textes institutionnels	P. 83
Autres rapports	P. 84
OUVRAGES, ARTICLES ET TRAVAUX GÉNÉRAUX DE SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES	P. 84
Ouvrages	P. 84
Article	P. 84
Travaux de recherche	P. 84
Autre	P. 85
L'ENSEIGNEMENT DE L'ÉTHIQUE ET DES HUMANITÉS EN SANTÉ EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER	P. 85
Problèmes généraux	P. 85
France	P. 86
États-Unis, Royaume-Uni, Canada	P. 87
Europe : Italie, Espagne, Allemagne	P. 87
Reste du monde	P. 88
SITOGRAPHIE	P. 88

CONSIDÉRATIONS LIMINAIRES : OBJECTIFS ET MÉTHODE

OBJECTIFS

La vocation principale de ce travail se veut synthétique plus qu'analytique. Il s'agit en effet de mettre ici à profit la masse d'articles scientifiques publiés en langue anglaise et française — et, dans une moindre mesure, en allemand — dans le domaine de l'enseignement de l'éthique et des humanités en santé depuis le début des années 1990. Par une revue de littérature aussi systématique que possible et une série de méta-analyses afférentes, nous avons voulu repérer et cartographier, à défaut de quantifier et de mesurer, le champ des questions qui se posent actuellement en France et à l'international en matière d'enseignement de l'éthique et d'humanités en santé, dans les facultés de médecine principalement.

Cela ne signifie pas que nous nous soyons pour autant exclusivement intéressés au cas des facultés de médecine : au contraire, nous avons souhaité rendre justice à toutes les initiatives qui se structurent à leur « périphérie » et qui jouent aujourd'hui un rôle croissant dans la formation aux humanités en santé et à l'éthique. Cette formation fonctionne en effet à différents niveaux, au sein d'un maillage territorial complexe qui déborde très largement le cadre institutionnel restreint que lui alloue l'université, c'est pourquoi nous avons choisi, autant que possible, de faire leur place aux dispositifs expérimentaux et aux innovations locales, en nous rendant tout particulièrement sensibles aux spécificités des cadres et des dynamiques de l'enseignement de l'éthique et des humanités en santé, mais aussi aux différences et aux inégalités territoriales qui pouvaient ainsi se dessiner.

Le but n'est donc pas tant de faire le compte rendu d'une enquête, nécessairement imparfaite, mais de circonscrire et d'explorer un espace problématique, dans ses différentes dimensions, en restant ouvert aux fluctuations de ses frontières, sans les fixer par avance. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous parlerons ici d'« humanités et santé » ou d'« humanités en santé » plus volontiers que d'« humanités médicales ». En effet, le rôle des humanités en santé ne peut se définir seulement par le rapport de ces dernières à la profession médicale et encore moins par la place que leur laissent les facultés de médecine. C'est donc de cette sorte de « postulat d'inclusivité » que nous partons, ne sachant certes pas vraiment jusqu'où peut s'étendre le champ des humanités en santé, mais sachant du moins qu'elles ne sauraient être uniquement « médicales ».

De là, ce travail vise également à penser l'articulation des sciences humaines et sociales en médecine, de l'éthique clinique et des humanités en santé, qui ne doivent pas être confondues ni traitées comme un bloc homogène. Toutes ces disciplines ont quelque chose de vaguement « littéraire », ce pourquoi on les tient trop souvent pour homologues, mais cela ne suffit pas. C'est pourquoi nous voudrions aussi examiner l'unité et le mode d'interaction spécifique que ces disciplines doivent trouver.

MÉTHODE

Outre un balayage initial réalisé à partir du moteur de recherche de Google et notamment de GoogleScholar, nous avons consulté plusieurs bases de données en nous intéressant, sauf exception, aux articles postérieurs à 2010, notamment PubMed et Cairn, où nous avons collecté plusieurs articles à partir des mots-clés suivants :

« *medical education* » et « *medical humanities* » ou « *health humanities* » ; « sciences humaines » ou « SHS » et « médecine » ; « humanités médicales », « humanités » et « santé » ; « enseignement » et « éthique médicale » ou « humanités médicales ». L'étude des bibliographies propres aux articles examinés nous a permis d'identifier d'éventuels manques et de les compléter. Nous avons également consulté les données présentes sur plusieurs sites institutionnels, notamment les sites du Ministère des Solidarités et de la Santé, du Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, mais aussi Legifrance (www.legifrance.gouv.fr) et La Documentation française (www.ladocumentationfrancaise.fr) pour les textes et rapports officiels. Nous avons enfin recueilli plusieurs informations directement sur les sites institutionnels de certaines universités, françaises ou étrangères.

Cette revue de littérature préliminaire a été complétée par un relevé quantitatif partiel, portant sur l'enseignement de l'éthique et des humanités dans les facultés de médecine françaises, effectué essentiellement à partir de documents réglementaires mis en ligne par les facultés (modalités de contrôle de connaissances et syllabus). La méthodologie de ce relevé est détaillée plus loin, au début de la troisième partie.

INTRODUCTION

MÉDECINE ET HUMANITÉS : DIVORCE ET RÉASSOCIATION

Le vaste tissu historique qui a constitué au cours des siècles les « Humanités » croise et recouvre en de multiples points de ses métamorphoses les fils de l'histoire de la médecine. Même si l'expression a sans doute toujours souffert d'un certain « flou », caractéristique de son ambition universaliste et de son horizon irrédudiblement ouvert à toutes les possibilités de « l'exception » humaine, les « Humanités » demeurent chargées d'un héritage qui coïnciderait presque avec l'idée d'éducation toute entière. En effet, dans une large mesure, et ce jusqu'au XIX^e siècle en France, apprendre, c'est toujours, d'une certaine façon, « faire ses Humanités ». C'est en particulier vrai pour les étudiants de médecine, dont la formation a été, depuis les premiers enseignements hippocratiques, alimentée par des connaissances que nous jugerions aujourd'hui, par illusion rétrospective, singulièrement « non-scientifiques ». Rappelons qu'au XIII^e siècle, on n'entre pas à la faculté de médecine sans être « maître ès arts », c'est-à-dire sans s'être préalablement incorporé l'indispensable propédeutique du *trivium* et du *quadrivium*. De même au XV^e siècle, la Renaissance est tout autant celle des belles-lettres que celle de la médecine : l'Homme qui « renaît » alors et qu'il faut penser est esprit *et* corps.

Du point de vue de l'histoire européenne du savoir, il peut donc sembler assez naturel de lier ensemble les destins respectifs des Humanités et de la médecine. À l'heure du positivisme scientifique (*evidence-based medicine*) et des technologies de pointe, face aux difficultés suscitées par des systèmes de santé et de soin au bord de l'implosion, le lien des humanités et de la médecine paraît pourtant plus distendu que jamais. Tout se passe comme si l'héritage « humaniste » des sciences médicales avait été oublié, à tel point que la réintroduction des « sciences humaines et sociales » en médecine passe aujourd'hui pour une révolution. En effet, depuis les années 1950, une nouvelle page de l'histoire des Humanités en médecine s'est écrite, à petits pas : celle des *medical humanities*, plus tardivement arrivées en France sous le nom d'« humanités médicales ». Ce terme flottant désigne un mouvement de « réassociation » progressive, selon des voies diverses, de la philosophie, des sciences sociales, de la littérature et des arts d'un côté, et de la médecine de l'autre, après que la division des « sciences » et des « lettres », ou des « sciences dures » et « molles », a été accentuée au cours des XIX^e et XX^e siècles. Au début des années 1960, certains théoriciens en viennent même à parler de « deux cultures » opposées, le monde anglophone ayant tout particulièrement été agité par cette question d'une dichotomie apparemment insurmontable et dommageable entre les « sciences » d'un côté et les Humanités (*humanities*) de l'autre⁴. C'est précisément ce *hiatus* entre l'héritage multiséculaire des Humanités européennes dans l'enseignement de la médecine et la naissance très récente des « humanités médicales » qui doit nous interroger. C'est ce soudain besoin d'« humaniser » la formation des médecins qui fait problème. Toutefois, le but n'est pas ici de faire la généalogie d'un « divorce » ambigu entre les humanités et la médecine, mais plutôt d'interroger à nouveaux frais les finalités et les modalités de leur alliance. Car si l'histoire de l'Université ne nous laisse aucun doute sur le fait que la médecine *peut* être nourrie par les Humanités, cela ne résout pas d'emblée le problème de leur « réassociation » contemporaine. Quelle place les humanités

4 SNOW, C. P., *The Two Cultures and the scientific revolution*, Cambridge: Cambridge University Press, 1962 [1959].

doivent-elles donc aujourd'hui tenir dans l'enseignement des facultés de médecine? De quelles humanités parle-t-on? Car il ne s'agit évidemment pas de réenseigner la grammaire et la rhétorique aux jeunes médecins. Comment concevoir ce nouveau rapport des Humanités et de la médecine à travers cette catégorie émergente et problématique d'« humanités médicales »? Faut-il vouloir des Humanités « ajoutées » au cursus médical, « appliquées » à la médecine, « intégrées » à la logique du soin et à la pratique clinique? Ces questions elles-mêmes ont une histoire. En effet, le retour des sciences humaines et sociales dans les facultés de médecine commence en France au début des années 1990 : depuis lors, les initiatives se sont multipliées, et de nombreux dispositifs innovants ont vu le jour pour accompagner cette « deuxième Renaissance » des humanités en médecine, innovations que la Chaire de Philosophie à l'Hôpital a à cœur de mettre en avant.

« Culture générale », « sciences humaines et sociales », « santé, société, humanité », et plus récemment « humanités médicales » : les noms changent, de même que les pratiques d'enseignement. Le terme « humanités médicales » n'est lui-même utilisé pour décrire les enseignements de sciences humaines et sociales en médecine que depuis peu. À titre d'exemple, le programme « Humanités médicales » de l'Université Sorbonne Paris Cité est créé seulement en 2015. Le Collège des enseignants de SHS en médecine et santé (COSHSEM), fondé en 2008 n'est devenu le Collège des humanités médicales (COLHUM) qu'en 2016. La Chaire « Humanités et santé » du CNAM est quant à elle créée en 2018. En ce qui concerne les enseignements dispensés dans les facultés de médecine, même s'ils trouvent un caractère disciplinaire commun dans leur qualité d'enseignements de « sciences humaines et sociales », leur contenu reste difficile à décrire de façon univoque tant il semble divers. C'est pourquoi avant de pouvoir évaluer les manques et les avancées possibles d'un enseignement aux contours fluctuants et au devenir incertain, il faut pouvoir « cartographier » ses grandes caractéristiques et ses spécificités, notamment en les recontextualisant d'un point de vue international. C'est seulement en tentant de restituer l'ensemble des paramètres et des paradoxes de l'enseignement des sciences humaines en médecine que l'on peut en effet espérer répondre à la question qui nous occupe ici : pourquoi et comment introduire les « humanités médicales » dans le curriculum des facultés de médecine françaises?

HUMANITÉS MÉDICALES OU MÉDECINE HUMANISTE ? ENJEUX DÉFINITIONNELS, TERMINOLOGIQUES ET DISCIPLINAIRES

En dépit de plaidoyers répétés et parfois très engagés, il n'est pas si aisé de déterminer ce que sont, en fin de compte, ces « humanités médicales » tant célébrées. Force est de constater que si elles sont aujourd'hui souvent au centre de l'attention, elles revêtent des significations très différentes et la question de leur portée, de leur sens et de leur unité reste aujourd'hui largement ouverte. L'enjeu définitionnel est donc ici littéralement primordial car de lui dépend la capacité pour les « humanités médicales » de constituer un champ de recherche et d'enseignement véritablement cohérent. En effet, on peut distinguer quatre types d'approches et d'activités qui se réclament toutes d'une certaine idée des « humanités médicales », et qui ne sont pour autant pas nécessairement convergentes⁵ :

1. La recherche et l'enseignement en sciences humaines et sociales prenant la médecine pour objet, à la fois comme science et comme pratique — ainsi la philosophie, la sociologie et l'histoire de la médecine, l'étude et la critique des représentations de la médecine et du soin dans la littérature

⁵ Nous nous inspirons ici des remarques de BLEAKLEY, A., *Medical Humanities and Medical Education: How the Medical Humanities Can Shape Better Doctors*, London: Routledge, 2015, p. 45.

- (« *medicine studies* ») ou encore l'épistémologie des sciences biomédicales ;
2. L'introduction d'enseignements, plus ou moins formels, relevant des sciences humaines et sociales, de la littérature, des arts plastiques, du théâtre, du cinéma ou de la musique dans le cursus des étudiants en santé et, plus spécifiquement, des étudiants en médecine ;
 3. Le recours aux humanités et à l'art en particulier comme ressource du soin et des pratiques soignantes — ainsi les activités d'« art-thérapie » en psychiatrie par exemple, ou plus simplement l'utilisation d'œuvres ou d'activités artistiques au potentiel « thérapeutique », notamment en contexte hospitalier ;
 4. L'alliance des humanités et de l'art avec la médecine au sein de projets de valorisation de la recherche ou de vulgarisation à travers des expositions, des spectacles, des conférences ouvertes à tous, ou d'autres dispositifs visant à mettre à profit les forces des sciences humaines pour traiter de sujets médicaux ou scientifiques complexes, dans un but d'information, d'éducation ou de prévention.

De l'enjeu définitionnel dérivent un enjeu *terminologique* et un enjeu *disciplinaire*. Aux « humanités médicales », certains préfèrent aujourd'hui le terme plus large de « *health humanities* », expression difficilement traduisible en français mais dont on retrouve la trace dans certaines formules récemment mises en avant comme « humanités en santé » ou « humanités et santé »⁶. Parler d'« humanités en santé » permet en effet de ne pas restreindre le champ d'étude à la seule profession médicale mais de l'étendre à tous les professionnels de santé ; cela permet également de mettre l'accent sur une démarche résolument interdisciplinaire ; cela permet enfin de donner une connotation nouvelle à l'objet étudié, non pas intéressé seulement par la clinique et la pathologie mais aussi, plus généralement par l'ensemble des dimensions de la vie et de la santé humaines. Etant pour notre part sensible à ce souci d'inclusivité, nous emploierons ici plus volontiers l'expression « humanités en santé ».

De là, l'enjeu disciplinaire est assez facilement repérable : qui doit enseigner les humanités en santé et où cet enseignement doit-il être dispensé ? Faut-il créer des départements ou des facultés nouvelles, spécialement dédiées à ces enseignements interdisciplinaires ? Faut-il ancrer les humanités en santé dans les facultés de philosophie, d'histoire, ou de littérature, afin de conserver intact tout leur potentiel critique vis-à-vis des sciences biomédicales ? Faut-il au contraire former des enseignants « spécialistes » d'humanités « appliquées » à la médecine, directement rattachés aux facultés de médecine, voire aux hôpitaux universitaires, pour qu'ils soient directement en prise avec l'environnement et la pratique clinique qu'ils sont censés informer ? Ces simples questions de « localisation » et de « territoires » d'enseignement et de recherche suffisent à souligner que les modalités concrètes de la formation aux « humanités en santé » sont loin d'être évidentes, d'autant qu'il est parfois difficile de distinguer ces dernières de champs d'étude particulièrement proches comme l'éthique médicale ou la bioéthique, le droit médical et la santé publique, dont les frontières ne recoupent pas exactement celles des humanités en santé, mais qui en constituent l'articulation la plus étroite avec le domaine de la médecine, comme science appliquée, lorsque l'on considère notamment l'éthique comme canal entrant des processus cognitifs de la décision médicale. Les humanités en santé ne s'insèrent donc pas *ex nihilo* dans le cursus des étudiants de médecine : polymorphes, elles y sont comme fragmentées entre différentes « matières » préexistantes. Ainsi en France, l'histoire de la médecine par exemple a-t-elle été historiquement liée à la médecine légale, ce dont certains enseignements portent

6 JONES, Th., *et al.*, « The Almost Right Word: The move From *Medical* to *Health Humanities* », *Academic Medicine*, 92(7), 2017, pp. 932-935.

encore aujourd'hui la trace dans plusieurs universités — beaucoup de professeurs de médecine légale interviennent en effet dans les enseignements de sciences humaines et sociales en médecine⁷. De même, les cours d'économie, de droit de la santé et de santé publique ont précédé l'introduction des sciences humaines dans les facultés de médecine au début des années 1990, ce qui explique pourquoi les enseignements relevant des « humanités » dispensés pendant la première année commune aux études de santé (PACES) sont encore fortement imprégnés de ces disciplines — dont l'enseignement reste tout à fait indispensable par ailleurs.

L'histoire des humanités en santé croise celle de l'éthique médicale⁸ d'une part, qui se développe dans les années 1960 après la promulgation fondatrice du code de Nuremberg en 1946, ainsi que celle de la bioéthique d'autre part, davantage concernée par les problématiques d'éthique de la recherche scientifique qui prennent leur essor dans les années 1970 en France et passent pour la première fois entre les mains du législateur en 1994⁹. Que ce soit dans le monde anglo-saxon ou en France, le destin des humanités en santé s'est donc indissolublement lié à celui de « l'éthique biomédicale » au sens large. La recherche peut bien se contenter de cette définition souple. Toutefois, il n'est pas sûr qu'elle soit satisfaisante du point de vue de l'enseignement, qui doit être guidé par des objectifs, des contenus et des méthodes précises et cohérentes. En effet, l'une des grandes failles de l'enseignement de sciences humaines en médecine pointée par les étudiants aujourd'hui est précisément l'aspect « fourre-tout » d'une matière qu'ils décrivent parfois comme relevant d'une accumulation déraisonnable de connaissances « hétéroclites » et « inutiles » à leur futur exercice¹⁰. Alors que les sciences humaines et sociales, notamment au cours du 1^{er} cycle de médecine peuvent être vues comme la phase préparatoire indispensable, en termes d'enseignement entre autres matières des bases philosophiques, sociologiques, anthropologiques et de psychologie, à l'enseignement de l'éthique médicale intégrée à la pratique clinique en 2^{ème} cycle. Nous entendons par le premier cycle les trois premières années de médecine, et non pas seulement la première année.

Comment alors enseigner les humanités en santé aux futurs médecins, en évitant l'écueil massif — trop peu souvent contourné — de leur pur et simple rejet¹¹? Car il ne s'agit pas uniquement en effet de transmettre un *contenu*, de s'assurer d'une « culture commune » des médecins en matière d'humanités, mais bien de *former* les acteurs de la santé de demain, de cultiver chez eux une certaine disposition non seulement aux humanités mais à « l'humanité » elle-même, conformément au projet d'un humanisme transformateur intéressé non pas seulement par l'ingestion de connaissances et de principes mais par la conduite et l'usage de la vie¹². La portée des humanités en santé se veut donc toujours *double* : elles doivent constituer un champ d'enseignement et de recherche apte à nourrir la médecine ; elles doivent tendre à renforcer « l'humanisme » des médecins en agissant comme un rempart face à toutes les logiques de déshumanisation à l'œuvre dans nos systèmes de soin¹³. Les humanités en santé ont donc aussi à voir avec un certain *professionnalisme* médical.

7 GALANOPOULOS, Ph., *L'Enseignement de l'histoire de la médecine à Paris au XIX^e siècle, 1794-1914 : la défaite de l'érudition*, Thèse de l'École Nationale des Chartes, sous la direction d'E. Parinet, Paris, ENC : 2009. Position de thèse en ligne : <http://theses.enc.sorbonne.fr/2009/galanopoulos>, dernière consultation le 6 juin 2019.

8 Nous entendons ici « l'éthique médicale » comme éthique clinique, appliquée. Nous parlerons d'« éthique biomédicale » pour désigner le champ commun de l'éthique médicale et de la bioéthique.

9 LE COZ, P., *L'Éthique médicale : approches philosophiques*, Aix-en-Provence : Presses Universitaires de Provence, 2018, pp. 20-22.

10 GAILLARD, M., LECHOPIER, N., « Relever le défi d'introduire aux sciences humaines et sociales en première année commune des études de santé. Mise en perspective de quelques pratiques pédagogiques », *Pédagogie médicale*, 16(1), 2015, pp. 23-34.

11 SHAPIRO, J., *et al.*, « Humanities and Their Discontents: Definitions, Critiques, and Implications », *Academic Medicine*, 84(2), 2009, pp. 192-198.

12 Ainsi MONTAIGNE, M. de, *Les Essais*, Paris : Gallimard, « Bibliothèque de la pléiade », I, 26, « De l'institution des enfants ».

13 CHIAPPERINO, L., BONIOLO, G., « Rethinking Medical Humanities », *Journal of Medical Humanities*, 35(4), 2014, pp. 377-87.

Mais là encore, l'ambition — apparemment démesurée — d'un enseignement destiné à rendre « plus humain » les jeunes médecins, si tant est que l'on puisse s'accorder sur le sens d'une telle expression, ne va pas sans ambiguïtés. C'est en effet beaucoup prêter aux Humanités que de croire que leur seul enseignement académique suffirait à rendre un individu « plus humain ». Que peut-on alors attendre des humanités en santé ?

D'abord, il ne faut pas confondre *humanisme* et *humanitarisme* : le premier est une *exigence* forte de critique, d'éducation et de culture, quand le second se définit plutôt comme une sorte de disposition morale à la bienveillance et à la compassion vis-à-vis de l'humanité toute entière. Il faut donc savoir ce que l'on veut vraiment dire lorsqu'on parle aujourd'hui d'« humaniser » la médecine. S'agit-il d'endosser la responsabilité d'un *devoir* « humaniste » au cœur du soin médical, visant à se soucier sans cesse des possibilités que porte en elle l'exception humaine, ou s'agit-il au contraire de rappeler la pratique médicale à sa dimension morale et altruiste, en ranimant son esprit « humanitaire » ? À ces questions théoriques succèdent des questions très concrètes. Où en effet trouver des moyens à la mesure d'un nouvel « humanisme médical » quand on sait que les heures et les ressources allouées aux sciences humaines dans la formation médicale ne sont pas indéfiniment extensibles ? Comment enseigner l'humanisme en médecine sans faire place neuve à une nouvelle dictature académique et morale, *normant* le soin par des rites factices et discours-types plus qu'elle ne l'humanise ? Comment négocier l'enseignement d'un soin « humain » sans professer *ex cathedra* un humanisme rigide et scolaire ?

Voilà des questions pour la philosophie des humanités en santé qui, avant d'être résolues, doivent d'abord être mieux éclairées. Cela suppose en particulier de savoir comment sont nées les humanités en santé ou plutôt, les « humanités médicales » (*medical humanities*), ce que nous nous proposons d'examiner maintenant.

DES MÉDECINS « HUMANISTES » AUX HUMANITÉS EN SANTÉ : LE LONG CHEMIN DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE FRANÇAISES

MÉDECINE EN « CRISE », HUMANITÉS ET RÉFLEXION ÉTHIQUE. UNE MISE EN PERSPECTIVE HISTORIQUE

De l'université médiévale à l'université du XXI^e siècle, il semble que l'idéal de médecins solidement formés aux « Humanités », voire de médecins « humanistes », ait toujours sommeillé à l'arrière-plan des études de médecine. Michel Patris déclarait ainsi en 2004 à propos des réformes de 1992-1994 en faveur de l'introduction des sciences humaines dans le cursus médical : « On espérait [...] 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 »¹⁴. Pour beaucoup, il s'agissait en effet de refaire une place non seulement aux Humanités mais aussi à un soin et à une éthique « humanistes » au sein d'une profession médicale alors en pleine crise¹⁵. L'idée n'est pas nouvelle et rappelle de façon saisissante les réflexions de Max Simon, auteur d'une somme pionnière de « déontologie médicale » en 1845 :

La loi, qui impose aux adeptes des sciences médicales l'obligation d'études littéraires fortes et étendues, ne saurait jamais se montrer trop sévère. Non seulement la nécessité d'une telle préparation est commandée par les difficultés mêmes d'une science, à l'étude de laquelle on ne saurait apporter un esprit trop exercé ; mais en déposant dans l'âme le germe d'idées nobles et élevées, en développant par une culture salutaire les sentiments généreux du cœur, les lettres prémunissent le jeune médecin contre l'influence dangereuse, que peuvent exercer sur lui les études nouvelles auxquelles il va se livrer. [...] [L]es lettres et la philosophie préparent seules d'une manière convenable l'intelligence et le cœur de l'homme, à l'étude d'une science aussi difficile et aussi périlleuse que la médecine. L'esprit du jeune médecin doit surtout avoir été nourri de fortes études philosophiques. C'est par là seulement qu'il pourra échapper à ce matérialisme grossier, qu'il puisera à la fois dans les amphithéâtres, où l'on respire cette doctrine comme une miasme funeste [...].¹⁶

14 PATRIS, M., « Enseigner les sciences humaines et sociales : bilan de dix années », in BONAHE, C., RASSMUSSEN, A. (éd.), *Sciences humaines et sociales en médecine. Bilan et perspectives de 10 ans d'enseignement. Actes du colloque de Strasbourg. 15-16 septembre 2004*, Strasbourg : Faculté de médecine, 2005, p. 11. [En ligne : <https://colhum.hypotheses.org/files/2013/10/Actes-du-colloque-2005.pdf>, dernière consultation le 6 juin 2019.]

15 Voir CORDIER, A., « Éthique et professions de santé », Rapport au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Mai 2003, p. 9.

16 SIMON, M., *Déontologie médicale ou Des devoirs et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation*, Paris : J. B. Baillière, 1845, pp. 72-73.

Ce recours aux Humanités ne doit pas nous étonner. Force est de constater que, paradoxalement, les Humanités ont en effet souvent constitué un élément fort de l'*identité* et du *prestige* de la profession de médecin. Au Moyen-Âge et même, dans une certaine mesure, à la Renaissance, la connaissance des Anciens a ainsi longtemps été la condition de l'excellence médicale. Même si ce n'est plus vrai actuellement, on peut noter que le serment d'Hippocrate, aujourd'hui dénué de toute valeur scientifique et juridique, continue pourtant de jouer un rôle symbolique et initiatique fort pour la profession médicale et reste ainsi une référence structurante de l'identité du médecin. Au XIX^e siècle et jusqu'à aujourd'hui, l'histoire de la médecine a également rempli une fonction que l'on pourrait qualifier de « patrimoniale » : encore enseignée dans la plupart des facultés de médecine en première année, elle donne un socle au prestige de la profession, en inscrivant les générations successives de médecins dans la continuité d'une grande « famille » médicale aux noms illustres. Dans le plan de réforme de l'instruction médicale rédigé par Félix Vicq d'Azyr pour l'Assemblée constituante en 1790, l'histoire de la médecine est ainsi pensée comme le « couronnement » de la formation des médecins¹⁷. La première chaire d'histoire de la médecine en France est ainsi créée en même temps que l'École de santé de Paris, en 1794.

Au XIX^e siècle, l'enseignement de l'histoire de la médecine n'a toutefois pas seulement été motivé par une logique patrimoniale : il s'agissait aussi, en cette grande période de positivisme historique, de contribuer aux avancées des sciences médicales par l'étude des ressources documentaires et des données cliniques prolifiques offertes par l'histoire, tout en tentant d'identifier en même temps les lois historiques du progrès médical. Face au perfectionnement des sciences et des techniques médicales, l'histoire de la médecine et plus généralement les humanités furent cependant assez vite marginalisées dans le monde hospitalo-universitaire du XIX^e siècle français. La chaire d'histoire de l'École de Paris disparaît ainsi en 1822, par ordonnance royale, et ne sera rétablie qu'en 1870 : sa suppression donne lieu à de vifs débats au sein de la communauté médicale, entre ceux qui jugent son rétablissement indispensable à la bonne formation des médecins, et ceux qui considèrent qu'il ne s'agit là que d'un luxe superflu¹⁸. Tout se passe donc comme si le positivisme scientifique du XIX^e siècle avait fait émerger un questionnement récurrent, toujours d'actualité, sur la place et le rôle des humanités dans l'identité, la pratique et la formation des médecins.

C'est ce que souligne à juste titre Christian Bonah : ce questionnement, de même que la « crise » de la profession médicale, ne sont pas des phénomènes radicalement nouveaux, mais sont au contraire hérités de la fin du XIX^e siècle¹⁹. C'est à cette époque que l'on voit en effet apparaître les mots « déontologie » ou « dicéologie ». Au même moment, les réflexions sur l'éthique et le professionnalisme médical sont de plus en plus nombreuses, les premiers syndicats médicaux apparaissent, les procès en responsabilité contre les médecins se multiplient. Tout cela explique la tenue en 1900 du premier Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale à Paris²⁰. « Crise » du soin et réflexion sur « l'humanité » de la médecine sont donc déjà à l'ordre du jour en 1900.

Déjà intenses au tournant du XX^e siècle, les débats sur le statut des humanités au sein de l'apprentissage de la médecine connaissent une nouvelle inflexion dans l'entre-deux-guerres. La question qui se pose alors concerne la détermination du bagage théorique nécessaire dont les étudiants souhaitant s'inscrire à la faculté de médecine doivent disposer. Une réforme de 1893, arrêtée par le recteur de l'Université de Paris,

17 GALANOPOULOS, Ph., *op. cit.*

18 *Ibid.*

19 BONA, Ch., « La médecine en crise : nouveautés et récurrences », in BONA, Ch., RASSMUSSEN, A. (ed.), *Sciences humaines et sociales en médecine...*, p. 21 sq.

20 *Ibid.*, p. 25.

avait en effet imposé l'obtention d'un certificat de physique, de chimie et de sciences naturelles (PCN), délivré par la Faculté des sciences, pour pouvoir poursuivre des études de médecine. Cette mesure fait l'objet de vifs débats dans l'entre-deux-guerres, certains doyens et professeurs de médecine s'opposant fermement à une disposition qui repousse d'autant le contact des étudiants avec la pratique hospitalière, tandis que d'autres prétendent au contraire qu'une formation universitaire préalable est nécessaire, mais qu'elle devrait être littéraire plutôt que scientifique. Ces débats sont un bon révélateur des problèmes rencontrés par le système d'enseignement médical français, hérité du début du XIX^e siècle et traditionnellement caractérisé en France par la prépondérance de la clinique et de l'internat hospitalier sur l'enseignement facultaire — le concours d'internat, introduit en 1802 à Lyon puis à l'Assistance publique de Paris en 1804, servait en effet à distinguer « l'élite » des jeunes médecins de la masse beaucoup plus large des étudiants en faculté de médecine²¹. Les partisans de la clinique et d'une médecine expérimentale, comme le doyen de la faculté de Paris Victor Balthazard, regrettent que le PCN ne suffise pas à assurer une formation scientifique solide pour des étudiants qui sont alors, rappelons-le, très majoritairement issus de terminales littéraires. Tièdement réformé par Victor Balthazard, Gustave Roussy et André Mayer au début des années 1930, le PCN est également critiqué, pour des raisons tout à fait opposées, par le doyen de Lyon, Jean Lépine, et le doyen de Montpellier, Gaston Giraud, encore très attachés à l'ambition de former des médecins humanistes et cultivés, le premier voyant « un véritable danger à faire des facultés de simples écoles techniques », et le second louant, encore en 1944, « l'utilité des très grandes humanités pour les futurs médecins »²².

Dans le même temps voient le jour des projets qui tranchent avec ces débats anciens, et qui reconfigurent la pensée des rapports entre médecine et sciences humaines et sociales. C'est le cas notamment de la « Fondation française pour l'étude des problèmes humains », fondée en 1941, avec le soutien de Pétain, par Alexis Carrel, prix Nobel de médecine en 1912. Après plusieurs passages par l'Institut Rockefeller de New York, Carrel publie en 1935 un ouvrage qui aura un retentissement mondial, *L'Homme, cet inconnu*, sorte de plaidoyer eugéniste ambitionnant la constitution d'une « science de l'homme » où la médecine serait reine, englobant à la fois les sciences humaines et les sciences sociales²³. Tisser des liens entre de tels projets de subordination des sciences humaines et sociales à la médecine et d'autres programmes, « biologisant » ou « médicalisant » l'humanité elle-même serait sans doute hasardeux et mériterait un examen plus approfondi que nous ne pouvons nous permettre ici. Il reste néanmoins que la Seconde guerre mondiale aura marqué un moment de crise fort à la fois des Humanités, de l'humanité et de la médecine. Cela explique en particulier le mouvement de réglementation d'après 1945 en matière d'éthique et de déontologie médicale.

Sans rentrer plus avant dans les multiples détours de l'histoire des rapports complexes et ambivalents, comme on l'a vu, des humanités et de la médecine en France, il nous faut toutefois poser un dernier jalon pour comprendre les réformes de l'enseignement médical des années 1990. À la fin des années 1980, les sciences humaines et la médecine forment en effet une nouvelle alliance devant la menace sanitaire sans précédent engendrée par le VIH. Comme le note C. Tourette-Turgis, le sida, confrontant les médecins à des problèmes inédits, oblige à repenser la fonction soignante, déstabilisée par une épidémie qu'elle ne parvient pas à éradiquer au moyen de traitements médicaux « classiques »²⁴. La découverte de cette « impuissance »

21 Les éléments qui suivent sont tirés de PICARD, J.-F., MOUCHET, S., *La Métamorphose de la médecine*, Paris : PUF, « Science, histoire et société », 2009, p. 16 sq.

22 Cités par PICARD, J.-F., MOUCHET, S., *op. cit.*, p. 17.

23 CARREL, A., *L'Homme, cet inconnu*, Paris : Plon, 1935.

24 TOURETTE-TURGIS, C., *L'activité de maintien de soi en vie et son accompagnement : un nouveau champ de recherche en éducation. Habilitation à diriger des recherches en Sciences de l'éducation, spécialité formation des adultes*, Paris : CNAM, 2013, p. 15.

de la médecine scientifique fait muter le soin, qui ne peut plus seulement être pensé d'après le modèle de la clinique mais qui doit avoir recours aux ressources de la psychologie, de la philosophie ou de la sociologie, pour être redéfini comme écoute et *accompagnement*. Comment accompagner des malades sans traitement? Des malades ignorant leur statut sérologique? Des malades gérant difficilement leur traitement? Des malades en voie de guérison et souhaitant retrouver une place dans la société? Voilà les questions auxquelles il faut trouver des réponses, et devant lesquelles la science et la médecine restent alors muettes. Le désengagement du politique et les bouleversements de la clinique provoqués par le sida, mais aussi, plus généralement, par la croissance des maladies chroniques, expliquent donc en partie comment s'est faite jour, dans les années 1990-2000, cette idée qu'il fallait, de toute urgence, réintroduire les humanités dans les facultés de médecine²⁵.

LE GRAND TOURNANT DES ANNÉES 1990 : LE RETOUR DES HUMANITÉS DANS LE CURSUS MÉDICAL

L'enseignement des humanités dans les facultés de médecine connaît un véritable tournant au début des années 1990. À l'époque, les enseignements dispensés relèvent quasi-exclusivement des sciences expérimentales et des mathématiques, auxquels s'ajoutent quelques cours de droit, d'économie et de santé publique, le tout étant évalué quasi-systématiquement par QCM. Dans quelques rares cas, certains doyens mettent en place des enseignements expérimentaux destinés à ouvrir le cursus médical aux sciences humaines et sociales. C'est notamment le cas à la faculté de médecine de Bobigny de l'Université Paris XIII, créée en 1968, où Pierre Cornillot crée en 1976 un module intitulé « L'Homme et son environnement » pour les étudiants de premier cycle, croisant des perspectives biologiques, sociologiques, anthropologiques et psychologiques²⁶. Dans la même faculté, Serge Lebovici introduit en 1983-1984 un enseignement pluridisciplinaire de psychanalyse, anthropologie et sociologie. À Tours est lancé en 1988 un cycle de conférences thématiques, ouvertes aux étudiants comme aux professeurs, organisées autour de la médecine et des sciences humaines. Pilotées par Philippe Bagros, à la demande du doyen André Gouazé, ces conférences font le plus souvent intervenir d'éminents anthropologues, historiens ou philosophes de l'époque, et — point important — font l'objet d'une évaluation obligatoire, sur un mode rédactionnel (commentaire libre d'un texte sur le thème annuel des conférences et contraction de texte)²⁷.

Le 18 mars 1992 est introduite par arrêté la plus importante réforme du premier cycle des études médicales depuis la mise en place du *numerus clausus* en 1971. L'ex-doyen de la faculté Necker, Jean Rey, conseiller auprès du ministre de l'éducation nationale, est à l'initiative de cette réforme cruciale, à un moment où le statut de la première année des études médicales (PCEM 1) est en pleine discussion — on regrette déjà à l'époque l'inadéquation de la formation et le « gâchis humain » auquel elle donne trop souvent lieu. Entré en vigueur à la rentrée 1993, l'arrêté de 1992 dispose en son article 8 que l'enseignement du premier cycle et de la première année du deuxième cycle doit porter sur « les langues étrangères, l'épistémologie, la psychologie, l'éthique médicale et la déontologie ». La première année (PCEM 1) doit comporter un module de

25 WORMS, F., *Le moment du soin. À quoi tenons-nous?*, Paris : PUF, « Éthique et philosophie morale », 2010, p. 117.

26 NEUMAN, D., « Bobigny: 25 ans d'expérience en sciences humaines et sociales » in *BONAH, Ch., RASSMUSSEN, A., op. cit.*, p. 9.

27 BAGROS, Ph., « Les sciences humaines en médecine à Tours », Journées de Tours, 18-20 mai 2012, *Histoire des sciences médicales*, 46(4), 2012, p. 348. [En ligne: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfsm/hsm/HSMx2012x046x004/HSMx2012x046x004x0347.pdf>, dernière consultation le 6 juin 2019.]

« culture générale », pouvant notamment porter sur la philosophie et l'histoire des sciences. Ce module doit obligatoirement être évalué et le coefficient des épreuves portant sur ce module doit être au moins égal à 10% de la somme des coefficients du concours. En deuxième année du premier cycle, entre 80 et 100 heures par an d'enseignements complémentaires doivent être laissées au choix de l'étudiant et peuvent notamment porter sur le droit et l'économie, l'anthropologie, la sociologie, l'informatique, la philosophie des sciences, l'histoire de la médecine, ou les techniques d'expression et de communication. Comme le note Laurent Visier, si peu de facultés auront saisi l'opportunité d'ouvrir des cours de sciences humaines après la PCEM 1, l'obligation du module de « culture générale » est quant à elle fortement prescriptive : ne pas respecter les dispositions de l'arrêté sur ce point ferait courir le risque aux facultés de l'annulation d'un concours « sur lequel la pression juridique est forte »²⁸.

Le 21 avril 1994, année où est promulguée la première loi de bioéthique française, un nouvel arrêté change encore la donne : le module de « culture générale » est renommé « module de sciences humaines et sociales » et sa part dans le total des coefficients du concours passe de 10 à 20%. De 1994 à 2009, les « sciences humaines et sociales » représentent donc le coefficient le plus important du concours de PCEM 1 et jouent ainsi un rôle déterminant dans la sélection des futurs médecins. L'arrêté du 2 mai 1995 vient préciser les modalités de l'enseignement de sciences humaines et sociales de la PCEM 1. D'abord, cet enseignement doit permettre « 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 » mais aussi « d'aborder les grandes questions d'éthique dans la société » : la philosophie, l'histoire des sciences et l'épistémologie, citées en exemple en 1992, ont fait place à l'éthique médicale en 1995. L'arrêté de 1995 oblige également les facultés à organiser des épreuves *intégralement* rédactionnelles à double correction pour cet enseignement de sciences humaines et sociales : il s'agit d'une petite révolution dans l'organisation des épreuves de PCEM 1, reposant alors quasi-exclusivement sur des QCM. Enfin, l'arrêté de 1995 dispose, de façon assez ambiguë, que l'enseignement de sciences humaines et sociales doit être assuré « avec le concours d'universitaires des disciplines concernées » et évalué « avec le concours des universitaires ayant participé à l'enseignement ». Comme le souligne Laurent Visier, cela laisse penser que l'enseignement obligatoire de culture générale et de sciences humaines et sociales était alors surtout assuré par des médecins. Peu formalisé, cet enseignement reposait et, pour une grande part, repose encore aujourd'hui sur « des arrangements locaux, des bonnes volontés et des pôles d'intérêt de quelques enseignants, des liens tissés entre les différentes UFR et universités au sein d'une même ville »²⁹. Cela induit bien sûr d'importantes disparités territoriales, car ces « arrangements » sont beaucoup plus aisés à mettre en place dans les grandes villes, qui concentrent les universités, les universitaires et les ressources permettant de mener à bien la collaboration requise pour ces enseignements interdisciplinaires. En 2006, 78% des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine sont ainsi de statut hospitalo-universitaire, et seulement 10% sont des universitaires venant des sciences humaines et sociales, recrutés spécifiquement pour cet enseignement³⁰. La situation en 2019 est difficile à chiffrer, mais il y a fort à parier que le problème qui se posait en 2006 n'ait pas été entièrement résolu. Peu de postes de sciences humaines ont été créés depuis au sein des facultés de médecine et il est rare que les postes de maîtres de conférences en histoire, philosophie ou anthropologie se transforment, dans les facultés de médecine, en postes de professeurs des universités, ce qui peut être vu comme un frein

28 VISIER, L., « Vingt ans d'enseignement des SHS dans les études médicales en France », *Bioethica Forum*, 4(4), 2011, p. 144.

29 *Ibid.*, p. 145.

30 Administration Universitaire Francophone et Européenne en Médecine et Odontologie (AUFEMO), *Les enseignants en sciences humaines et sociales : qui sont-ils ?* 2006.

à l'interdisciplinarité des enseignements d'humanités médicales et à l'existence d'un « monde » de l'enseignement et de la recherche qui leur soit dédié.

DE NOUVEAUX QUESTIONNEMENTS À PARTIR DES ANNÉES 2000

Après quelques années de recul, les finalités et les modalités de l'enseignement d'éthique et de sciences humaines et sociales en médecine sont réinterrogées au début des années 2000 dans trois textes influents: de façon indirecte dans le rapport Lecourt en 2000, de façon directe dans le rapport Cordier en 2003 et dans l'Avis n°84 du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) en 2004, davantage concernés par la formation à l'éthique médicale. Si la légitimité et la pertinence de ces enseignements ne sont pas remises en cause, trois questions semblent centrales dans les réflexions qui sont alors amorcées: (1) Comment enseigner les sciences humaines et l'éthique en médecine? Faut-il intégrer cet enseignement à la pratique clinique, l'assortir de stages et d'expériences concrètes ou continuer de l'enseigner de façon académique? (2) Comment éviter de transformer ces disciplines, censées porter un potentiel d'ouverture critique et réflexive pour les jeunes médecins, en matière à bachotage, en particulier en première année? (3) Comment cette formation aux humanités et à l'éthique peut-elle influencer sur le profil des futurs médecins?

Remis en février 2000, le rapport Lecourt insiste sur « l'urgence » d'implanter un enseignement de philosophie des sciences dans les cursus scientifiques, en s'appuyant sur le concours de philosophes, en particulier dans les facultés de médecine³¹. Ces recommandations ont pu favoriser l'introduction d'enseignements d'histoire et de philosophie des sciences mais aussi d'épistémologie en PCEM 1 dans certaines facultés, l'Université Paris-Diderot ayant sur ce plan joué un rôle pionnier. Parallèlement, le rapport Cordier (2003) plaide en faveur d'une plus grande attention consacrée à la réflexion éthique dans la formation initiale des professionnels de santé³². Le rapport insiste sur la nécessité d'« incarner » l'éthique et de la transmettre sous forme de *questions* plutôt que sous forme de préceptes. Il propose notamment la création d'un stage « préparatoire » d'éveil à l'éthique médicale, qui prendrait place entre le baccalauréat et la PCEM 1, mais aussi un rééquilibrage (à la hausse) de la part donnée aux sciences humaines en médecine, évoquant également la possibilité pour des étudiants venant d'autres horizons que la PCEM 1 de s'inscrire directement en PCEM 2. D'autres recommandations du rapport semblent être toujours d'actualité: la création de séminaires communs à tous les futurs professionnels de santé pendant le second cycle, la création de séminaires de réflexion éthique à participation obligatoire pendant l'internat, la création et la diversification de formations complémentaires (Diplômes Universitaires, DEA) en éthique et sciences humaines pour ceux qui souhaitent devenir « référents pour la réflexion éthique » au sein de leur clinique, ou encore l'ouverture de départements interdisciplinaires *ad hoc* au sein des facultés de médecine.

L'avis n°84 du CCNE sur la formation à l'éthique médicale (2004) reprend et discute les principales pistes suggérées par le rapport Cordier³³. La notion d'« éveil » à l'éthique, développée par le rapport Cordier, suscite quelques réserves de la part du CCNE qui rappelle que le volume horaire, les modalités d'enseignement et de sélection de la PCEM 1 s'accommodent en pratique assez mal d'une logique de « sensibilisation » et de prise de conscience. Le CCNE souligne ainsi que l'enseignement d'éthique en PCEM 1 pourrait gagner

31 LECOURT, D., « L'enseignement de la philosophie des sciences », rapport au Ministre de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie, Février 2000, p. 27.

32 CORDIER, A., « Éthique et Professions de santé », déjà cité.

33 Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE). « Avis sur la formation à l'éthique médicale », Avis n°84 [Rapporteur: P. Le Coz], Avril 2004.

en pertinence s'il était axé sur l'étude de certains cas cliniques exemplaires et précis, et sur une introduction à l'épistémologie et aux valeurs de la recherche scientifique. De façon plus générale, l'avis du CCNE propose une conception de l'éthique médicale sensiblement différente de celle qui se dégage du rapport Cordier : à une éthique intersubjective et existentielle non dénuée de résonances lévinassiennes, le CCNE préfère une éthique délibérative et rationnelle, fondée sur la discussion de principes partagés, qui doivent donc être enseignés aux étudiants en médecine de façon académique mais critique. Cet enseignement devrait revenir aux enseignants de sciences humaines selon le CCNE et non à des « référents en éthique » de statut hospitalo-universitaire. Il est en tout cas indispensable selon le CCNE que les enseignants concernés soient titulaires d'un doctorat attestant d'une double compétence en sciences humaines et en sciences médicales, la création de postes de MCU et de PU dédiés à l'éthique médicale et aux sciences humaines en médecine devant être encouragée.

LA RÉFORME DE 2009 ET SES PROLONGEMENTS : VERS UN REFLUX DES HUMANITÉS EN SANTÉ ?

Entre 2009 et 2011, les études médicales françaises connaissent une profonde réorganisation. L'arrêté du 28 octobre 2009 crée la PACES (première année commune aux études de santé), au sein de laquelle le module de sciences humaines et sociales (SHS) de 1994 est remplacé par « l'UE 7 », intitulée « Santé, Société, Humanité » (SSH). Cette UE est structurée selon quatre grandes composantes : les « sciences humaines et sociales » (anthropologie, histoire, philosophie, sociologie, psychologie, épistémologie, économie, droit, sciences politiques), « l'Homme et son environnement » (grands règnes du monde vivant, évolution et biodiversité, mutations de l'environnement), la « santé publique » (épidémiologie, médecine d'urgence, économie de la santé, médecine légale, etc.) et les « capacités d'analyse et de synthèse ». Outre l'introduction des sciences humaines dans les facultés de pharmacie, trois éléments méritent ici d'être soulignés :

1. L'extrême hétérogénéité des contenus devant être enseignés au sein de l'UE 7, qui pèse sur la légitimité des sciences humaines en médecine tant elles semblent noyées dans un programme pour le moins éclectique, et qui rend très difficile de savoir quelle proportion au sein de l'UE 7 est véritablement consacrée aux sciences humaines ou à l'éthique, les universités étant *a priori* libres d'organiser la répartition horaire des cours relevant de l'UE 7 comme elles l'entendent ;
2. La disparition du caractère obligatoirement et intégralement rédactionnel des épreuves de sciences humaines, qui devront désormais être organisées « au moins en partie, sous forme rédactionnelle » ;
3. La disparition de l'obligation de pondération des sciences humaines à hauteur de 20% du total des coefficients du concours de PACES. Force est de constater qu'aujourd'hui, la part des sciences humaines dans le concours s'élève en moyenne à un peu plus de 13%, certaines facultés étant même redescendues aux 10% prévus en 1992.

D'après Laurent Visier, ces changements ne constituent pas toujours une régression mais accentuent plutôt la diversité des situations selon les facultés³⁴. Plus positive est la mise en place le 22 mars 2011 d'enseignements obligatoires de tronc commun en SSH dans les deuxième et troisième années du premier cycle (Diplôme de formation générale en sciences médicales, DFGSM). S'y joint un quota d'Unités d'Enseignement Libres (UEL) pouvant porter sur des domaines non biologiques ou non médicaux — sont par exemple mentionnés

34 VISIER, L. Collège des sciences humaines et sociales en santé, « Enquête sur l'UE7 (SSH) dans la première année des études de santé », Note de synthèse, 28 janvier 2011.

l'éthique, la philosophie et le droit de la santé. Ces UEL peuvent de plus « constituer un véritable parcours proposé par la structure en charge de la formation et constituer ainsi le début d'un double cursus qui sera poursuivi au cours de la formation au niveau master ». Les humanités et l'éthique ne sont donc plus seulement un outil de sélection réservé à la PACES mais sont véritablement approfondies tout au long du premier cycle, les cours du tronc commun étant censés aborder des thèmes comme « l'être humain devant la souffrance et la mort », les « expériences et représentations du corps, de la maladie et des traitements », les « relations soignants-soignés », les « politiques et systèmes de santé », ou encore la « formation à la démarche scientifique et à l'épistémologie ».

Après la PACES et le premier cycle, le second cycle des études médicales est réformé par l'arrêté du 8 avril 2013. Le nouveau Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM), correspondant à « l'externat », se divise entre formation de tronc commun et « parcours personnalisé pluriannuel » permettant notamment à l'étudiant d'« approfondir ou [...] [de] compléter ses connaissances et compétences dans des disciplines non strictement médicales », ce qui laisse entendre qu'il est possible, voire souhaitable pour les « externes » de se former en sciences humaines et en éthique. L'éthique et la réflexivité sont d'ailleurs mentionnées comme des compétences phares devant être acquises durant le DFASM. L'accent est également mis sur l'apprentissage pratique lors de stages, l'étudiant devant consigner les situations qu'il rencontre lors de ceux-ci dans un carnet, afin de « poursuivre l'apprentissage de la réflexion éthique ». Structuré par grands domaines médicaux, le programme du DFASM fait intervenir l'éthique de façon intégrée dans la plupart des enseignements. L'éthique médicale correspond également à un sous-item de l'UE 1 intitulée « Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle », d'autres sous-items étant consacrés à la « relation médecin-malade » et à l'organisation du système de soins et de la sécurité sociale. Si l'éthique est très présente, les sciences humaines et sociales ont quasiment disparu en tant que telles, ce qui explique qu'elles soient aujourd'hui quasiment inexistantes en deuxième cycle en France, ou bien uniquement présentes sous forme d'enseignement optionnel ou d'UEL.

La dernière réforme en date concernant l'enseignement des sciences humaines et sociales en médecine est celle du 12 juin 2018 définissant les modalités du service sanitaire pour les étudiants en santé. Le service sanitaire consiste en une formation théorique et pratique à la prévention et à la promotion de la santé, suivie d'une intervention concrète auprès de publics prédéfinis réalisée en troisième année du premier cycle des études médicales (DFGSM3), et d'une évaluation de cette intervention. La formation théorique des étudiants et la préparation de l'intervention sont notamment intégrées aux unités d'enseignement de SSH, sans que n'aient été prévues ni augmentation du volume horaire ni augmentation du budget en conséquence. Dans certaines facultés, comme à Bordeaux ou Bobigny par exemple, il semble que la préparation du service sanitaire ait été clairement couplée à l'enseignement de SSH et il serait intéressant de savoir ce qui en résultera sur le moyen et le long terme. Nous avons pour l'instant assez peu de recul sur ce dispositif très récent, il est donc difficile de savoir s'il permet de renforcer l'enseignement des humanités en santé ou s'il tend à les faire dévier de leur objectif critique et réflexif en les orientant davantage vers des actions de prévention et de communication.

Au terme de cette remise en contexte, un bref bilan des évolutions réglementaires que nous avons décrites s'impose. Nous notons ainsi :

1. Un net progrès dans l'extension de l'enseignement des sciences humaines et de l'éthique au-delà de la PACES, notamment en instaurant un tronc commun de SSH dans le DFGSM — sans qu'ait été fixé un volume horaire minimal cependant ;
2. Un important recul du poids des enseignements de sciences humaines et sociales dans le concours

de PACES en termes de coefficients, et un abandon regrettable de l'obligation d'épreuves intégralement rédactionnelles pour évaluer ces enseignements ;

3. Une hétérogénéisation croissante des contenus et des objectifs de l'enseignement de SSH, qui dilue leur légitimité, émiette leur potentiel de questionnement et de réflexivité et favorise le survol superficiel d'un très grand nombre de sujets sans cohérence ni lien entre eux ;
4. Une absence prudente de mesures spécifiques favorisant la création de postes ou la structuration institutionnelle de l'enseignement des humanités et de l'éthique en médecine, ouvrant la porte à de nombreuses disparités territoriales ;
5. Le peu d'avancées réalisées en termes d'innovations pédagogiques et de concrétisation d'une interdisciplinarité *cohérente* pour l'enseignement de SSH : malgré de très nombreuses propositions, souvent pertinentes et rarement retenues, il semble bien que les grandes questions posées par le rapport Cordier et l'avis n°84 du CCNE au début des années 2000 n'aient pas été résolues ou soient du moins toujours d'actualité.

TOUR D'HORIZON INTERNATIONAL : ASPECTS HISTORIQUES ET CONTEXTUELS

PREMIÈRES EXPÉRIENCES EN AMÉRIQUE : NAISSANCE(S) DES *MEDICAL HUMANITIES*

Les medical humanities : une histoire américaine

L'expression « *medical humanities* » apparaît pour la première fois aux États-Unis en 1948³⁵. Dans la première moitié du XX^e siècle, à la suite de l'important rapport Flexner sur l'enseignement de la médecine aux États-Unis et au Canada (1910), la priorité n'est clairement pas donnée aux humanités dans les facultés de médecine, Flexner préconisant surtout une uniformisation et une amélioration des standards scientifiques dans les études de médecine, qui étaient alors extrêmement variables. C'est donc seulement après la Seconde guerre mondiale que certains précurseurs anglo-saxons (principalement américains, mais aussi canadiens, britanniques et australiens) commencent à promouvoir un enseignement médical faisant une plus large part aux humanités. Ainsi en 1951, le professeur canadien H. B. Van Wyck consacre-t-il un article pionnier au rôle des humanités dans l'éducation des médecins³⁶. En 1952, les premiers essais d'intégration des « humanités » dans l'enseignement médical voient le jour à Cleveland, dans l'Ohio, au sein de l'école de médecine de l'Université Case Western Reserve, qui offre notamment aux étudiants un enseignement optionnel d'histoire de la médecine³⁷. À peu près à la même époque, le britannique Hugh Barber propose de recourir à la littérature pour introduire les étudiants en médecine aux subtilités de la nature humaine, dont ils doivent selon lui être familiers pour être de bons médecins³⁸. Ces premières tentatives sont très marquées par l'idéal d'un médecin « honnête homme » ou « *gentleman* », incarné par des médecins comme William Osler par exemple, lequel prônait justement une « réhumanisation de la médecine » par la culture et les arts libéraux, la pratique médicale relevant d'après lui d'un « art » ne pouvant être bien exercé que par des hommes au « caractère » noble et éduqué, aussi bien versés dans les sciences que dans les humanités³⁹. On retrouve la même conception des humanités médicales, comprises comme une éthique du « caractère » soignant, chez E. E. Reinke appelant en 1937 à rééquilibrer l'enseignement « technique » et scientifique de la médecine par une éducation « libérale » classique⁴⁰.

À partir de la fin des années 1960, les « *medical humanities* » prennent un nouveau départ, qui les projette sur le devant de la scène dans les années 1970. En 1967, la faculté de médecine de l'Université d'Etat

35 BLEAKLEY, A., *op. cit.*, p. 12. Pour tout ce qui suit, nous nous appuyons sur les travaux d'Alan Bleakley.

36 VAN WYCK, H. B., « Humanities in Medical Education », *Canadian Medical Association Journal*, 64, 1951, pp. 254-260.

37 BLEAKLEY, A., *ibid.*, p. 14.

38 BARBER, H., *The Rewards of Medicine and Other Essays*, London: HK Lewis, 1959, p. 78.

39 WARNER, J. H., « The Humanising Power of Medical History: Responses to Biomedicine in the 20th Century United States », *Medical Humanities*, 37, 2011, p. 92.

40 REINKE, E. E., « From the Archives: Liberal Values in Premedical Education », *Academic Medicine*, 78, 2003 [*The Journal of the Association of American Medical Colleges*, 1937].

de Pennsylvanie développe un programme incluant des éléments éthiques, spirituels et sociaux au sein de ses enseignements médicaux, destiné aux étudiants de premier cycle, donnant lieu, pour la première fois, à la création d'un «Département des Humanités» *au sein même* de la faculté de médecine, responsable de cours de théologie, de philosophie et d'histoire appliqués à la médecine, des cours de littérature étant ajoutés au programme à partir de 1969⁴¹. En 1969 naît également la «*Society for Health and Human Values*», soutenant la diffusion des valeurs humanistes dans les facultés et écoles de médecine américaines. En 1998, la Société est intégrée à l'«*American Society for Bioethics and Humanities*», ce qui montre encore une fois la porosité des champs de la bioéthique et des humanités médicales dans le contexte américain⁴². Notons que cela n'a pas été le cas au Royaume-Uni où l'établissement de cours d'éthique et de droit obligatoires pour les étudiants en médecine est resté assez éloigné de la dynamique propre aux humanités médicales. C'est pourquoi, selon Alan Bleakley, il paraît assez douteux que les enseignements d'humanités médicales, restant aujourd'hui très largement exclues du cursus obligatoire des études médicales au Royaume-Uni, puissent aisément se «brancher» sur les enseignements d'éthique et de droit actuels⁴³.

Selon K. Ludmerer, l'enseignement médical aux États-Unis se transforme dans les années 1960-1970 sous l'effet de deux tendances concomitantes, rendant toutes deux possibles l'introduction de nouveaux cours d'«humanités» dans les facultés de médecine : (1) la montée de la contestation politique avec la guerre du Vietnam et le mouvement des droits civiques, ayant ouvert la voie à l'idée d'une responsabilité et d'une adaptabilité sociale et éthique des médecins, quittant progressivement la sphère étroite de la seule expertise scientifique ; (2) la libéralisation croissante de l'économie de la santé sur la même période, changeant la donne de la relation médecin-patient, ce dernier étant de plus en plus appelé à agir comme un consommateur capable de recourir à la justice pour faire valoir ses droits — on parle de «judiciarisation» des conflits médicaux —, tout cela poussant à repenser le mode d'interaction du médecin avec sa «clientèle-patiente»⁴⁴. Ces deux tendances posent le cadre d'un débat animé qui prend place dans les années 1970 et qui voit s'opposer les défenseurs d'une médecine «humaniste» résistant à la toute-puissance de la médecine technoscientifique, et la «majorité silencieuse» des médecins sceptiques, peu convaincus par le projet d'un progrès médical autre que scientifique, alors formulé dans des termes parfois très flous⁴⁵. En 1973 est fondé à l'Université du Texas, Galveston, un «Institut des Humanités médicales» (*Institute of Medical Humanities*), principalement intéressé par les rapports de la médecine et de la littérature. Anne Hudson Jones rejoint l'institut en 1979 et est alors l'un des premiers professeurs de littérature enseignant dans une faculté de médecine. Aujourd'hui, l'Institut propose une formation en humanités intégrée au cursus standard de quatre ans formant les futurs médecins aux États-Unis (*Medical school*) ainsi que des formations de master et de doctorat spécifiquement dédiées aux humanités médicales. En 1979, le «*North American Journal of Medical Humanities*» voit également le jour, offrant une plateforme d'échange nécessaire à un champ alors en pleine émergence.

Les États-Unis ne détiennent toutefois pas le monopole des initiatives dans les années 1970, des pays comme l'Australie ou l'Argentine n'étant pas en reste en matière d'innovation pédagogique. Ainsi dès

41 HAWKINS, A. H., *et al.*, « Humanities Education at Pennsylvania State University College of Medicine, Hershey, Pennsylvania », *Academic Medicine*, 78, 2003, pp. 1001-1005.

42 BLEAKLEY, A., *op. cit.*, pp. 14-15.

43 *Ibid.*

44 LUDMERER, K., *Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*, Oxford: Oxford University Press, 1999.

45 BLEAKLEY, A., *op. cit.*, p. 13.

1976 l'Université de La Plata en Argentine développe un enseignement optionnel d'humanités médicales (littérature, anthropologie, histoire de la médecine, musique et danse), progressivement amélioré et renforcé jusqu'à aujourd'hui malgré les difficultés économiques et financières du pays⁴⁶.

Les années 1980-1990 ouvrent une période de consolidation pour les humanités médicales américaines, notamment favorisée par la publication en 1984 d'un rapport influent du «Hastings Center», le plus grand institut de bioéthique aux États-Unis. Le rapport s'intitule «La place des humanités en médecine» (*The Place of the Humanities in Medicine*) et est rédigé par un médecin spécialiste d'éthique, Eric Cassell⁴⁷. Le financement des humanités médicales est favorisé par la création en 1988 d'une fondation publique, la «Arnold P. Gold Foundation», qui a appuyé jusqu'à aujourd'hui divers projets de recherche, d'enseignement ou de vulgarisation (*public engagement*), inspirés par une conception «humaniste» — humanitariste ? — du professionnalisme médical mais aussi par les humanités médicales au sens large⁴⁸.

Au début des années 1990, les humanités médicales gagnent encore en visibilité et tendent à sortir de la dimension périphérique et «accessoire» où elles étaient trop souvent cantonnées. La faculté de médecine de l'Université du Missouri-Kansas City ouvre ainsi en 1992 un département spécialisé en bioéthique et humanités médicales, le «Sirridge Office of Medical Humanities», responsable d'enseignements *obligatoires* — parfois en tronc commun, parfois à choix — intégrés à la formation médicale dans son ensemble, et non plus seulement limités à un éventail de cours optionnels réservés à une poignée d'intéressés⁴⁹. À peu près au même moment, l'Université de New York (NYU) et l'Université Columbia se dotent de départements et de programmes d'humanités médicales aujourd'hui très influents — c'est en particulier vrai du programme de médecine narrative de Columbia, dirigé par Rita Charon, dont l'œuvre a été récemment traduite en français. Déjà tâtonnante dans les années 1970, la médecine «narrative», faisant une large part à une analyse quasiment littéraire des «cas» médicaux, se caractérise par une attention à la singularité des récits du patient, à leur contexte social et culturel mais aussi par le recours à la littérature pour éclairer la pratique médicale. La médecine narrative est véritablement formalisée par Kathryn Montgomery Hunter qui lui donne en 1991 un accent «épistémologique» dans son livre *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*⁵⁰. On y trouve notamment une critique de l'éducation médicale, faisant trop peu de place selon l'auteure aux compétences «littéraires» — au sens large — des médecins, rendus incapables de développer une pensée «narrative», soucieuse des histoires singulières de chaque patient. La médecine narrative gagne encore en visibilité grâce aux travaux de Rita Charon, tout cela expliquant pourquoi les humanités médicales ont été très tôt comprises, aux États-Unis et ailleurs, à travers le prisme théorique de la médecine narrative — *narrative-based medicine*, par opposition à l'*evidence-based medicine*.

Au début des années 2000, il semble que les humanités médicales aient atteint une reconnaissance académique réelle dans le champ des études médicales. En témoigne la publication en octobre 2003 d'un numéro spécial de la revue *Academic Medicine*, entièrement consacré à l'enseignement des humanités médicales (vol. 78, n°10). Si celles-ci se sont indéniablement fait une place dans le paysage de l'éducation médicale américaine, leurs frontières ne sont pas pour autant fixes : élargissant encore un peu plus leur périmètre,

46 ACUNA, L. E., «Teaching Humanities at the National University of La Plata, Argentina», *Academic Medicine*, 2003, 78(10), pp. 1024-1027.

47 CASSELL, E. J., «The Place of the Humanities in Medicine», Hastings Center, NY, 1984.

48 BLEAKLEY, A., *op. cit.*, p. 17.

49 Voir la description en ligne : <http://med.umkc.edu/md/curriculum/>, dernière consultation le 6 juin 2019.

50 HUNTER, K. M., *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*, Princeton, NJ: Princeton University Press, 1991.

les humanités médicales tendent aujourd'hui à changer de nom en faveur d'«humanités en santé» (*health humanities*) plus inclusives. Au cours du XX^e siècle, les humanités médicales ont donc acquis un véritable poids institutionnel aux États-Unis, le plus souvent déployé à l'intérieur des facultés de médecine, ce qui permet l'établissement de véritables logiques interdisciplinaires, adaptées et nourries par la pratique clinique — ce qui diffère assez nettement du contexte britannique, où les humanités médicales restent le plus souvent rattachées aux départements littéraires des universités concernées.

La place actuelle des medical humanities dans les études médicales américaines

Le tableau actuel de l'enseignement des humanités médicales aux États-Unis mérite toutefois d'être complété. Contrairement aux facultés françaises, les écoles ou facultés de médecine américaines ne proposent pas de formation dès la sortie des études secondaires. Il faut d'abord obtenir un «*Bachelor*» ou «*Baccalaureate*», correspondant à la «licence» française, et nécessitant généralement trois ou quatre ans d'études au niveau *undergraduate*, puis réussir un test standardisé faisant office d'examen d'admission, le MCAT (*Medical College Admission Test*). Chaque école de médecine décide d'une liste de cours prérequis que le candidat doit avoir suivi pendant son *Bachelor* afin d'y être «admissible» — biologie, chimie, physique, mathématiques, parfois un cours attestant de compétences rédactionnelles, etc. Le domaine de spécialisation du *Bachelor* n'importe donc pas: il faut seulement pouvoir prouver que l'on a bien suivi ces cours prérequis (*prerequisite coursework*) pour postuler. Parmi ces prérequis, certaines universités imposent d'avoir suivi un cours d'humanités médicales, c'est le cas notamment de la prestigieuse faculté de médecine de l'Université Johns Hopkins qui exige des candidats qu'ils aient suivi au moins 24 heures de cours dans le domaine des humanités (anglais, histoire, lettres classiques, langue étrangère, philosophie, art), des sciences sociales (sociologie, économie, sciences politiques, anthropologie) et des sciences comportementales (psychologie notamment)⁵¹. C'est le cas également de l'Université Emory qui impose 18h de cours minimum d'humanités et de sciences sociales. L'Université de Pennsylvanie et l'Université de Stanford imposent quant à elles d'avoir suivi des cours relevant des sciences sociales et comportementales ainsi que des cours favorisant les qualités d'expression et de communication. À l'incontournable Harvard, les humanités ne font pas partie des prérequis, même s'il est clairement indiqué qu'un cours d'humanités est très bienvenu pour satisfaire les exigences de l'école de médecine en matière d'expression écrite. En 2011, 52% des facultés de médecine américaines accréditées imposaient aux candidats d'avoir suivi des cours d'humanités médicales ou de sciences sociales pour postuler⁵². De plus en plus de candidats optent donc aujourd'hui pour une formation pré-médicale (*pre-medical baccalaureate*) faisant une place importante aux humanités, choisies soit comme majeure, soit comme mineure de leur diplôme. Aussi en 2009, 15% des candidats à l'entrée des écoles de médecine américaines détenaient un «*Baccalaureate*» avec une majeure en sciences humaines et sociales⁵³. Aujourd'hui, les formations pré-médicales disposant de certificats optionnels, de spécialisations, de mineures ou de majeures en humanités se multiplient aux États-Unis: en mars 2019, 85 universités offrent des programmes de ce type (cf. *Fig. 1*)⁵⁴.

51 Voir la description en ligne: https://www.hopkinsmedicine.org/som/admissions/md/application_process/prerequisites_requirements.html, dernière consultation le 6 juin 2019.

52 BANASZEK, A., « Medical humanities courses becoming prerequisites in many medical schools », *Canadian Medical Association Journal*, 183(8), 2011, E441-442.

53 WERSHOF SCHWARTZ, A., *et al.*, « Evaluating the Impact of the Humanities in Medical Education », *Mount Sinai Journal of Medicine*, 76(4), 2009, pp. 372-380.

54 LAMB, E. G., BERRY, S., JONES, Th., Hiram College, « Health Humanities Baccalaureate Programs in the United States », Mars 2019. [En ligne: https://www.hiram.edu/wp-content/uploads/2019/03/Health-Humanities-Program_2019_final.pdf, dernière consultation le 6 juin 2019.]. Voir également LAMB, E. G., BERRY, S., « Snapshots of Baccalaureate Health Humanities Programs », *Journal of Medical Humanities*, 38, 2017, pp. 511-534.

Total U.S. Baccalaureate Health Humanities Programs

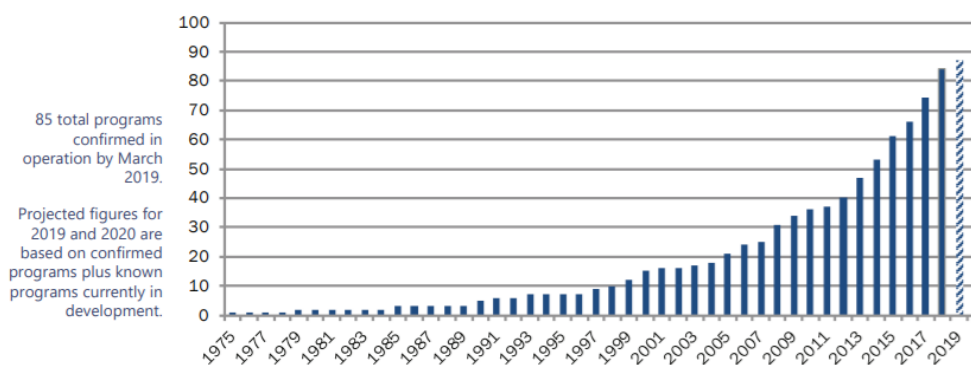


Fig. 1 — Nombre de programmes universitaires niveau « Baccalaureate » en humanités médicales aux États-Unis depuis 1975 [NB : les projections pour 2020 sont basées sur la prise en compte des programmes actuellement en cours de développement].
Source : Hiram College (voir n. 44).

La mineure en « Humanités médicales » ou « Humanités en santé » semble être le format le plus adopté par les universités (dans plus de 50% des cas), probablement parce qu'il permet de répartir plus équitablement la charge de cours entre les humanités et les nombreuses disciplines scientifiques faisant partie des prérequis exigés par les écoles de médecine. Harvard propose par exemple un *Bachelor* en Histoire des sciences avec une option « Médecine et société », destinée aux étudiants souhaitant poursuivre leurs études en école de médecine⁵⁵. À l'inverse, le programme de Columbia, « Médecine, littérature et société » (majeure) semble plus ambitieux et permet aux étudiants de s'orienter par la suite aussi bien vers des études littéraires et anthropologiques que médicales ou économiques.

Une fois passé le cap des études « pré-médicales », les étudiants rejoignent une école* de médecine où ils obtiennent, généralement au bout de quatre ans d'études, le titre de « Doctor of Medicine » (MD). Ils suivent ensuite une formation de 3 à 7 ans sous la tutelle d'un médecin plus expérimenté au sein d'un hôpital ou d'une clinique déterminée, afin d'acquérir des compétences dans une spécialité médicale particulière (*residency*). Après cette période, la plupart rejoignent un cabinet ou un hôpital, certains effectuant une formation supplémentaire (*fellowship*) dans certains domaines de recherche précis (neurochirurgie, néonatalogie, etc.) avant d'exercer pleinement leur activité. Comme nous l'avons souligné plus haut, un certain nombre d'écoles de médecine américaines prestigieuses proposent des formations assez poussées en humanités médicales (Columbia, Duke, Johns Hopkins, etc.), qui ne sont généralement pas obligatoires mais qui constituent une voie de spécialisation librement choisie par les étudiants, qui doivent le plus souvent s'acquitter de la rédaction d'un mémoire de recherche sur un sujet relevant des humanités médicales. Il semble donc — et c'est assez peu étonnant au vu du système universitaire américain — que les écoles de médecine favorisent la liberté de choix des étudiants dans la construction de leur parcours, sans imposer obligatoirement des cours d'humanités parfois assez mal reçus⁵⁶.

Si les humanités médicales ont sans doute plus de visibilité institutionnelle aux États-Unis qu'en France du fait de l'histoire particulière que nous avons décrite plus haut, cela ne signifie donc absolument pas que les humanités médicales y soient davantage enseignées, et encore moins que cet enseignement soit uniforme sur le territoire américain. Du fait de l'autonomie quasi-totale des universités et des facultés,

55 Voir la description en ligne, dernière consultation le 6 juin 2019 : <https://histsci.fas.harvard.edu/academics/undergraduate-program>.

56 SHAPIRO, J., *et. al.*, *art. cit.*, 2009.

échappant le plus souvent à toute coordination gouvernementale au niveau fédéral ou au niveau des États, l'enseignement des humanités médicales reste très hétérogène et fait assez rarement l'objet d'évaluations formelles ou standardisées⁵⁷. En outre, les disparités affectant le système universitaire américain de façon générale se retrouvent également dans l'enseignement des humanités médicales, peu voire pas représentées dans les États du centre et du Nord-Ouest, et surreprésentées au contraire dans les États de la côte Est abritant les plus prestigieuses universités américaines — qui sont aussi les mieux dotées financièrement⁵⁸.

LES AMBIGUÏTÉS DES *MEDICAL HUMANITIES* BRITANNIQUES

Les « *medical humanities* » britanniques, quoique largement ouvertes à l'influence américaine, trouvent cependant d'autres racines, parmi lesquelles « l'art-thérapie » joue un rôle déterminant. Introduite au Royaume-Uni par les œuvres pionnières du peintre Adrian Hill dans les années 1940, l'art-thérapie connaît un développement assez notable dans l'après-guerre britannique, qui explique que les humanités médicales aient souvent été confondues avec elle, et ce jusqu'à aujourd'hui : plus qu'ailleurs, les arts plastiques et arts du spectacle tiennent une place importante dans la nébuleuse des « humanités médicales » au Royaume-Uni. Selon Alan Bleakley, cela tient également à l'influence conjuguée de deux médecins, Robin Philipp et Kenneth Calman, le premier défendant la pertinence du recours aux arts pour promouvoir la santé, le second s'étant penché sur l'intégration des humanités dans l'enseignement médical⁵⁹. Les premières initiatives, portées par ces deux personnalités dans les années 1990, sont marquées par un certain idéalisme très enthousiaste, visant à rendre à la médecine son « humanité », en alliant la santé et le bonheur de tous — soignants et soignés : pour Bleakley, les humanités médicales sont alors conçues comme un moyen d'accroître le bien-être des patients et des citoyens en général, le terme « humanités » étant ici compris tantôt dans le sens d'un surcroît de « charité » de la part des médecins, tantôt comme une sorte de contrepoint plaisant à la rigueur des « dures » sciences biomédicales. C'est du moins le sentiment général qui anime les conférences de Windsor de 1998 et de 1999 sur les humanités médicales⁶⁰, où leur aspect critique et véritablement scientifique semble passer au second plan. C'est pourquoi, comme le note Bleakley, les orientations pédagogiques qui ressortent de ces conférences restent très floues, oscillant entre la tentation d'un enseignement intégré et obligatoire des humanités dans les études de médecine et l'idée, beaucoup moins contraignante, d'un diplôme « intercalé » (*intercalated degree*) entre le premier et le second cycle d'études, demeurant donc optionnel.

De fait, les recommandations du General Medical Council (GMC) — sorte de Conseil de l'ordre des médecins britannique, notamment chargé d'établir les grandes orientations et les standards de l'éducation médicale au Royaume-Uni — semblent également hésitantes en la matière. Coïncidant quasiment avec le calendrier français, le cadre de référence des études médicales établi en 1993 par le GMC impose en effet l'introduction de modules d'enseignement optionnels, incluant des disciplines comme l'histoire de la médecine ou la littérature. À la différence de la France, les humanités médicales restent donc une option et ne rejoignent pas le tronc commun des études de médecine. L'importance des humanités médicales est toutefois réaffirmée en 2003 par le GMC, toujours sans contrainte pour les universités d'imposer un enseignement

57 WEAR, D., « The Medical Humanities: Toward a Renewed Praxis », *Journal of Medical Humanities*, 30, 2009, pp. 209-220.

58 LAMB, E. G., BERRY, S., JONES, Th., Hiram College, *op. cit.*

59 BLEAKLEY, A., *op. cit.*, p. 25.

60 Voir PHILIPP, R., *et al.*, *Beyond the Millennium: A Summary of the Proceedings of the First Windsor Conference*, London : Nuffield Trust, 1999; PHILIPP, R., *et al.*, *Arts, Health and Well-being. From the Windsor I conference to a Nuffield forum for the medical humanities*, London : Nuffield Trust, 2002.

obligatoire, et sans non plus que soient évoqués un soutien budgétaire spécifique ou la création de postes dédiés⁶¹. Dans ses recommandations, le GMC sépare nettement les humanités médicales de l'éthique et du droit, qui deviennent quant à eux un élément obligatoire du tronc commun à la même période⁶². En 2009, le GMC semble toutefois revenir sur son enthousiasme initial : les recommandations ne font aucune mention des humanités médicales et préconisent une réduction assez conséquente du volume des unités d'enseignement optionnelles, auparavant censées être précisément dédiées aux humanités.

L'enseignement des humanités médicales semble donc bénéficier de peu de soutien institutionnel au niveau national au Royaume-Uni, ce qui explique en partie la grande hétérogénéité des formations proposées selon les universités, avec certaines facultés pionnières et d'autres restant largement à l'écart. Parmi les universités à l'avant-garde, on peut citer UCL (University College London) et l'Université de Durham, qui ont toutes deux ouvert des centres de recherche en humanités médicales à la fin des années 1990, mais aussi l'Université de Swansea, au pays de Galles, qui a créé le premier Master en humanités médicales au Royaume-Uni en 1997. La faculté de médecine née de la collaboration des Universités d'Exeter et de Plymouth au début des années 2000 a également joué un rôle clé et aura constitué un cas unique d'enseignement *obligatoire* des humanités médicales au Royaume-Uni, jusqu'à la séparation récente des deux universités. À l'heure actuelle, les formations britanniques en humanités médicales restent donc, dans l'écrasante majorité des cas, des formations spécialisées et optionnelles, prenant la forme soit de *Bachelors* intercalés (impliquant donc la suspension pour un an ou plus des études médicales), soit de Masters (*MA*) post-études (*postgraduate*), plutôt destinés à des étudiants en médecine déjà diplômés. Des programmes de ce type sont proposés par exemple par les Universités de Bristol, Exeter ou King's College pour les *intercalated BA*, et par les universités de Birkbeck, UCL, Canterbury ou York pour les Masters of Art.

Tout comme aux États-Unis, la grande autonomie des universités britanniques rend l'évaluation nationale des enseignements d'humanités médicales assez complexe, chaque université ayant ses traditions et ses spécificités. De façon générale, peu d'études semblent avoir été produites sur la variabilité des enseignements et des modalités d'évaluation dans les différentes écoles de médecine britanniques⁶³. On peut donc simplement noter que les enseignements d'humanités médicales obligatoires sont extrêmement rares, voire inexistants, d'après ce que nous avons pu observer, la plupart des universités leur préférant des modules de « communication », d'éthique et déontologie, de droit, et plus globalement de santé publique (*social medicine*). Les humanités en tant que telles sont ainsi absentes des plaquettes de la faculté de médecine d'Oxford par exemple, ce qui est également vrai pour Cambridge, même si une plus large place semble y être faite aux aspects éthiques et socioculturels de l'apprentissage médical⁶⁴. Si l'enseignement des humanités médicales est beaucoup plus disparate au Royaume-Uni qu'en France, cela n'est cependant pas vrai de la recherche qui semble florissante dans ce domaine — grâce aux financements du *Wellcome Trust*, riche fondation pour la santé et la recherche biomédicale — assez bien structurée et bien représentée sur le territoire, quoiqu'elle reste très fréquemment rattachée aux facultés de sciences humaines plutôt qu'aux écoles de médecine, comme nous l'avons déjà souligné.

61 KIRKLIN, D., « Acquiring Experience in Medical Humanities Teaching: The Chicken and Egg Conundrum », *Medical Humanities*, 28, p. 101.

62 DOYAL, L., « Medical ethics and law as a core subject in medical education », *British Medical Journal*, 316(7145), 1998, pp. 1623-24.

63 DEVINE, O. P., HARBORNE, A. C., MCMANUS, I. C., „Assessment at UK medical schools varies substantially in volume, type and intensity and correlates with postgraduate attainment“, *BioMed Central Medical Education*, 15: 146, 2015.

64 Voir les descriptions en ligne, dernière consultation le 6 juin 2019 : <https://www.medsci.ox.ac.uk/study/medicine> pour Oxford et <https://www.undergraduate.study.cam.ac.uk/courses/medicine> pour Cambridge.

EN EUROPE CONTINENTALE : QUEL HÉRITAGE POUR LES « HUMANITÉS » DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE ?

Les grandes facultés de médecine européennes ont en partage une histoire commune, remontant au Moyen-Âge, dans laquelle les Humanités constituaient souvent un prérequis aux études de médecine. C'est pourquoi ces facultés font en quelque sorte face à une même question : celle de la réinvention de la place des humanités dans leur enseignement médical.

Italie et Espagne : la primauté de l'histoire de la médecine et de l'éthique biomédicale

Le cas italien ne s'éloigne pas sensiblement du contexte anglo-saxon, contrairement à ce que l'on aurait pu croire⁶⁵, le débat sur l'introduction des humanités médicales dans les facultés de médecine survenant à peu près en même temps qu'en France et au Royaume-Uni, au début des années 1990. Aujourd'hui, l'enseignement des humanités médicales est préconisé au niveau national, mais inégalement appliqué selon les facultés, souvent faute de ressources humaines et financières d'une part, et de collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle d'autre part⁶⁶. Si la recherche en éthique et humanités médicales est loin d'être négligeable, les enseignants d'humanités médicales ne semblent pas s'être regroupées au niveau national — un équivalent du « Colhum » français par exemple, paraît faire défaut. Les humanités médicales sont donc manifestement assez peu enseignées, ou du moins secondarisées dans la plupart des facultés, sont peu rémunérées en termes de crédits ECTS, restent très souvent optionnelles et font l'objet de peu de considération institutionnelle — en dehors des disciplines mieux installées comme l'histoire de la médecine⁶⁷. L'éthique médicale restant attachée au secteur médico-légal, il n'y a pas véritablement de section spécifique dédiée, au sein de l'enseignement supérieur, aux humanités en médecine. Le tableau ne doit cependant pas être excessivement noirci : des enseignements de sciences humaines et d'éthique sont généralement proposés aux étudiants en médecine en Italie dans les premières années d'enseignement, quoique l'histoire de la médecine, et dans une moindre mesure, l'éthique biomédicale, tiennent ici une place que l'on pourrait tenir pour écrasante, par rapport à la littérature, les sciences sociales ou les arts, quasiment absents des programmes. La situation est à peu près équivalente en Espagne où l'éthique est cependant plus présente que l'histoire de la médecine, à la différence du cas italien où dans 80% des cas l'éthique est intégrée à une autre matière (santé publique, médecine légale)⁶⁸. Dans ces deux pays, un fossé important sépare les universités privées des universités publiques, les premières offrant systématiquement un enseignement — optionnel ou obligatoire — relevant des humanités médicales, ce qui n'est pas vrai pour les secondes.

Allemagne : Histoire, Théorie et Éthique de la médecine (GTE)

L'enseignement supérieur allemand est décentralisé et repose sur l'autonomie décisionnaire des Länder en matière d'éducation. L'Etat fédéral ne fait que délivrer l'*Approbatonsordnung für Ärzte* (ÄApprO), sorte de règlement des connaissances minimales que les étudiants en médecine doivent acquérir pour pouvoir

65 FIESCHI, L. *et al.*, « Medical Humanities in Healthcare Education in Italy: A Literature Review », *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 49, 2013, pp. 56-64.

66 *Ibid.*

67 PATUZZO, S., CILIBERTI, R., « Medical Humanities. Recognition and reorganization within the Italian University », *Acta Bio-Medica*, 88(4), 2017, pp. 512-513.

68 OREFICE, C., PEREZ, J., BANOS, J.-E., « The presence of humanities in the curricula of medical students in Italy and Spain », *Educacion Médica*, 20(S1), 2018, p. 81.

exercer. L'expression « humanités médicales » semble assez peu utilisée dans l'enseignement supérieur allemand, sans doute parce que le développement des enseignements non-scientifiques dans les facultés de médecine a suivi une logique assez différente du modèle anglo-saxon. Si certaines universités disposent déjà d'instituts ou de chaires d'histoire de la médecine rattachées aux facultés de médecine allemandes dans l'entre-deux-guerres, comme à Leipzig, à Würzburg ou à Fribourg par exemple, le mouvement se généralise à partir des années 1970 : la plupart des universités allemandes dispensent alors un cours magistral facultatif d'histoire de la médecine et un cours de terminologie médicale obligatoire évalué par QCM⁶⁹. Dans les années 1980, cet enseignement d'histoire est complété par une formation en éthique médicale, parfois assumée par des historiens de la médecine (comme à Münster), parfois par des philosophes (comme à Mainz, on parle alors de « théorie de la médecine »), au sein des départements de philosophie ou à travers la mise en place de structures dédiées (comme l'« *Akademie für Ethik in Medizin* » de Göttingen par exemple). Dans les années 1990, les « Instituts d'histoire de la médecine » changent de nom et deviennent des « Instituts d'histoire et d'éthique de la médecine », le premier d'entre eux étant établi à Cologne en 1994⁷⁰. On peut noter qu'à la différence de ce qui se passe en Suisse au même moment, l'éthique se greffe en Allemagne sur l'activité préexistante des Instituts d'histoire de la médecine. Comme au Royaume-Uni, en Italie et en France, cette période marque un renouveau, qui culmine en 2002 dans la rédaction d'une nouvelle *Approbnationsordnung* créant un nouveau bloc d'enseignement transversal *obligatoire*, la « GTE » (*Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*), regroupant des cours d'histoire, de « théorie » — c'est-à-dire principalement de philosophie — et d'éthique de la médecine. L'ÄApprO de 2002 décrit en effet la connaissance des « fondements intellectuels, historiques et éthiques de la conduite professionnelle du médecin » comme un objectif de première importance. En Allemagne, les études médicales sont divisées en deux phases : une phase d'enseignement théorique pré-clinique de deux ans (*Vorklinik*) sanctionnée par la première partie du *Staatsexamen*, et une phase d'enseignement théorique et pratique de quatre ans (*Klinik* et *Praktisches Jahr* pour la dernière année), validée par la seconde partie du *Staatsexamen*. L'enseignement de la « GTE » prend généralement place dans la seconde phase des études médicales et consiste en un cours magistral, parfois assorti de séminaires ou d'ateliers plus interactifs⁷¹. Les cours durent entre 1h et 6h par semaine selon les cas et sont généralement regroupés sur un seul semestre⁷². Les thèmes abordés sont extrêmement divers et varient selon les facultés : parmi les plus fréquemment cités, on peut relever l'histoire de la médecine sous le nazisme, l'histoire de la médecine antique et médiévale, l'étude des concepts de maladie et de santé, l'épistémologie de la médecine, mais aussi et surtout l'éthique de la fin de vie, l'autonomie du patient ou encore certains enjeux précis de bioéthique⁷³. La grande autonomie des universités allemandes en matière de curriculum explique pour une grande partie les différences observées entre les différents programmes de GTE, qui dépendent également des dynamiques de collaboration locales — selon que l'enseignement de GTE fait intervenir les départements d'anesthésiologie, de soins palliatifs, de psychiatrie, etc. comme c'est très souvent le cas⁷⁴.

69 HICK, Ch., « Éthique médicale ou histoire de la médecine ? Le nouveau contexte allemand de l'enseignement des sciences humaines et sociales en médecine », in BONAHO, Ch., RASMUSSEN, A., *op. cit.*, p. 56.

70 *Ibid.*, p. 57.

71 SCHULZ, S., *et al.*, « How Important is Medical Ethics and History of Medicine Teaching in the Medical Curriculum? An Empirical Approach towards Students' Views », *German Medical Science Journal of Medical Education*, 29(1), 2012, D8.

72 SCHILDMANN, J., *et al.*, « History, Theory and Ethics of Medicine : The Last Ten Years. A Survey of Course Content, Methods and Structural Preconditions at Twenty-nine German Medical Faculties », *German Medical Science Journal of Medical Education*, 34(2), 2017, D23.

73 *Ibid.*

74 *Ibid.*

À l'Université d'Ulm par exemple, l'enseignement était en 2012 composé d'un séminaire introductif de 10h en quatrième année (organisé sur une journée), d'un cours magistral d'1 heure par semaine en cinquième année (10h de cours au total), et d'un séminaire d'approfondissement de 14h sur deux jours⁷⁵. Ces 34h d'enseignement, relativement à d'autres disciplines, sont assez conséquentes — le volume horaire est quasiment le même que pour la dermatologie par exemple. Il semble que la démarche privilégiée à Ulm fasse une plus grande part à la « théorie » (philosophie) de la médecine qu'ailleurs, avec une vraie tentative de la part des enseignants pour donner une unité à un enseignement souvent assez fragmenté entre ses trois composantes.

Dans toutes les universités, l'enseignement de la « GTE » fait l'objet d'une évaluation écrite obligatoire précédant la seconde partie du *Staatsexamen* survenant à la fin de la sixième et dernière année d'études. Dans la majorité des universités — mais pas dans toutes, une chaire professorale est exclusivement dédiée à la GTE. L'organisation du cours est variable, la répartition des trois composantes se faisant souvent au profit de l'éthique (50% du volume d'enseignement en moyenne), puis de l'histoire (35%), la « théorie » occupant en moyenne 15% du temps d'enseignement. Cette répartition est également valable pour l'évaluation, où l'éthique tient là encore la plus large place. L'évaluation consiste le plus souvent en un QCM (dans 50% des cas), dans certains cas assortie de courts essais, de présentations orales effectuées en cours ou d'études de cas⁷⁶. Des possibilités d'approfondissement optionnelles existent également, comme à l'Université de Würzburg qui offre un très riche programme d'enseignement en sciences humaines, sur le modèle abandonné du « *Philosophicum* », cette formation initiale en philosophie et humanités, sanctionnée par un examen, sur lequel s'ouvrait jusqu'au milieu du XIX^e siècle le cursus médical allemand avant d'être remplacée par le « *Physicum* » (*Vorklinik*)⁷⁷.

Les principales difficultés rencontrées par les facultés de médecine allemandes tiennent à la rareté des postes dédiés à l'enseignement de la *GTE* — problème partagé par beaucoup de facultés françaises, l'insuffisance du volume horaire — beaucoup moins élevé qu'en France et surtout absent du premier cycle des études⁷⁸, ainsi que le manque de considération dont la *GTE* fait l'objet de la part des médecins, mais aussi des étudiants — ce qui semble être un problème dans tous les pays que nous avons cités.

Belgique : deux exemples assez proches du cas français

En Belgique, l'enseignement de sciences humaines et sociales dans les facultés de médecine de la communauté française semble être assez proche du système français. Nous nous contenterons ici d'en donner simplement deux exemples : celui de l'Université Catholique de Louvain et celui de l'Université Libre de Bruxelles.

À l'Université Catholique de Louvain, l'enseignement d'éthique est assez développé — ce qui est également le cas de l'Université Catholique de Lille en France. Le « Bachelier » de médecine de l'UC Louvain — correspondant au premier cycle des études, d'une durée de trois ans — comporte en première année un module conséquent intitulé « Approche contextuelle de la santé et de la maladie », mêlant des cours de

75 POLIANSKI, I. J., FANGERAU, H., « Toward « harder » medical humanities: moving beyond the 'two cultures' dichotomy », *Academic Medicine*, 87(1), 2012, pp. 121-126.

76 SCHILDMANN, J., *art. cit.*

77 Voir BOHRER, Th., *et al.*, « Medizinstudium: Die Schwester der Medizin », *Deutsche Ärzteblatt*, 107(51-52), 2010 ; BOHRER, Th., *et al.*, « Zur Notwendigkeit der Philosophie im Medizinstudium », *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 143(17), 2018, pp. 1272-75.

78 Schulz *et al.*, *art. cit.*, *regrettent d'ailleurs que l'enseignement de la GTE ne survienne pas plus tôt dans le cursus médical allemand, en particulier dès le premier semestre d'études.*

philosophie (30h), d'épidémiologie et de santé publique (50h), de statistiques (50h), et de psychologie (50h) — le volume horaire total de cet enseignement dépasse donc très largement la moyenne des quelques 65 heures allouées à l'UE 7 de la PACES française, et ce même si l'on ne tient pas compte de l'enseignement de statistiques, qui ne fait pas partie de l'UE 7 en France. En deuxième et en troisième année, des modules (obligatoires) à choix en sciences humaines font également partie du cursus, avec une forte prépondérance des enseignements de psychologie. Succédant au « Bachelier », le « Master en médecine » (correspondant au DFASM français), d'une durée de trois ans, fait à Louvain une place non négligeable à l'éthique, à la sociologie et au droit médical, introduit en première année (deux enseignements de 15 et 24 heures). Un module transversal visant à former les étudiants à la « relation de soin » est également intégré au curriculum. Il correspond en partie à l'UE 1 du DFASM français — « Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle ». Ces enseignements sont prolongés et approfondis au cours de la deuxième année du « Master » à partir des expériences de stage des étudiants qui sont invités à présenter les difficultés qu'ils ont rencontrées lors de leur apprentissage clinique. Plusieurs enseignements optionnels sont également proposés, notamment des enseignements faisant intervenir les arts vivants (cinéma, théâtre). Enfin, l'UC Louvain impose, en première année du « Master », un cours obligatoire de « Sciences religieuses » de 15 heures, sur des thèmes croisant théologie chrétienne, éthique médicale et santé.

À l'Université Libre de Bruxelles (ULB), un enseignement de « sciences humaines » de 46 heures, mêlant psychologie et épistémologie est, comme à Louvain, obligatoire en première année du « Bachelier » de médecine, complété par un enseignement de santé publique et d'économie de la santé de 24 heures. Là encore, le volume horaire total est légèrement plus important que celui de l'UE 7 française, même si le décalage est moins criant qu'avec l'Université de Louvain. Notons également que la répartition des heures d'enseignement se fait plutôt au profit des sciences humaines par rapport à la santé publique, ce qui n'est pas systématiquement le cas en France. En deuxième et troisième année du « Bachelier », l'enseignement de sciences humaines disparaît toutefois du cursus standard proposé par l'ULB — tandis que la plupart des facultés françaises continuent d'imposer un minimum d'enseignement de sciences humaines et d'éthique après la PACES. En « Master », les étudiants de l'ULB retrouvent un enseignement transversal de médecine sociale et légale de 50 heures, présentant l'organisation du système de soins belge, sans apparemment y faire intervenir d'enjeux éthiques ou philosophiques.

QUELS ENJEUX POUR LES « HUMANITÉS MÉDICALES » HORS D'OCCIDENT ?

Si notre tour d'horizon de l'enseignement des humanités médicales s'est beaucoup attardé sur des pays occidentaux, cela ne signifie pas cependant que le problème de la (ré)introduction des « humanités » au sein des facultés de médecine doive nécessairement être un problème « *occidental* ». Il est sans doute encore moins vrai de dire qu'il s'agit là d'un « problème de riches », d'une sorte de luxe pédagogique réservé aux seuls pays développés. L'introduction des humanités médicales dans la formation des médecins des pays les moins avancés ou en voie de développement ne doit pas être remise à plus tard : au contraire, le cas de systèmes de santé où les ressources sont limitées et les services de soin absents ou très rares nous montre que les humanités médicales ne sont jamais un luxe et toujours une pièce centrale de « l'intelligence générale » des situations — complexes — auxquelles sont confrontés les professionnels de santé⁷⁹. Là où les aspects techniques

79 CAULI, M., « L'apport des SHS dans la formation des professionnels de santé en Afrique : une expérience dans le cadre du FSP mère/enfant », *Santé publique*, 6(25), 2013, pp. 857-861.

ou administratifs du soin médical font défaut (manque de moyens, instabilité politique et conflits chroniques, maillage territorial inégal des infrastructures de santé, errance thérapeutique des patients devant multiplier les recours pour obtenir des soins, etc.), les sciences humaines et sociales sont d'autant plus nécessaires pour apprendre à gérer l'accompagnement des patients, leur douleur et leur détresse, comme le note Marie Cauli. Ce sont les outils des sciences humaines qui peuvent permettre aux médecins d'adapter leur pratique à tel contexte social et économique difficile, à telles réalités familiales, à telles données culturelles. Les « humanités », en ce sens, peuvent munir les médecins des compétences réflexives dont ils ont besoin pour nourrir et affiner leur façon de soigner et leur professionnalisme, mis à mal par un système défaillant. L'anthropologie et la sociologie en particulier ont donc beaucoup à nous apprendre sur les mille et une manières d'actualiser le soin *en contexte*. Si les professionnels de santé ont un rôle à jouer dans le développement des sociétés, s'ils ont une « responsabilité sociale » comme le soutient l'OMS⁸⁰, alors celle-ci ne peut se déployer adéquatement sans le soutien des humanités médicales. Le renforcement des enseignements de sciences humaines et sociales dans les facultés de médecine ne concerne donc pas seulement les pays du Nord les plus avancés mais semble au contraire constituer une opportunité réelle pour améliorer concrètement la formation des médecins et la qualité des soins dans les pays les moins avancés. Plusieurs initiatives ont été menées en ce sens par le Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP) du Ministère des Affaires étrangères français dans 17 pays d'Afrique et d'Asie du Sud-Est depuis 2010. Des enseignements favorisant une approche culturelle et anthropologique de la maladie et du soin, mais aussi des enseignements de périnatalogie s'attachant à restituer la pensée de la vulnérabilité propre aux enfants malades ont ainsi pu être financées dans le cadre du FSP Mère-enfant à Dakar et à l'Université Gaston Berger de Saint-Louis du Sénégal en 2012⁸¹. Un projet du même type, mené en partenariat avec l'ONG Santé Diabète, est également en cours à l'Université de Bamako, la Chaire de Philosophie à l'Hôpital, dirigée par Cynthia Fleury, ayant apporté son soutien à la faculté de médecine pour mettre en place une formation aux humanités en santé, notamment axée sur la question des maladies chroniques⁸².

« L'exportation » des humanités médicales, notamment dans le cadre de projets d'aide au développement tel que ceux que nous venons d'évoquer, est toutefois elle-même paradoxale et mérite d'être soigneusement réfléchie. Les « humanités » sont-elles européennes ? La question de « l'universalisme » des humanités et de l'humanisme se trouve comme redoublée dans les humanités médicales, car il ne s'agit pas seulement pour les humanités médicales de s'ajuster à la multiplicité de chaque *situation* de soin, mais aussi à la singularité de chaque *relation* de soin. Comment donc dire le soin et ses valeurs au pluriel sans réduire leur portée ? Censées infuser dans la pratique des professionnels de santé les idées et les valeurs d'une culture, les humanités médicales, quoiqu'elles puissent sans doute prétendre à éclairer la médecine du point de vue d'un savoir « humaniste » général et non pas seulement particulier, doivent toujours en même temps être contextualisées⁸³. Si l'on peut souhaiter voir se développer des enseignements faisant intervenir les sciences humaines et sociales dans l'éducation des futurs médecins, il faut se garder en même temps, d'encourager du même coup un nouvel impérialisme : tout l'enjeu pour les humanités médicales est précisément de se tenir hors d'un relativisme plat, tout en sachant s'adapter tendanciellement à chaque région du monde, à chaque pays, à chaque tradition locale et en définitive à chaque individu, en gardant une exigence commune de

80 BOELEN, Ch., « Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine », *Santé Publique*, 23(3), 2011, pp. 247-50.

81 CAULI, M., *art. cit.*

82 Chaire de Philosophie à l'Hôpital, *Rapport d'activité 2016-2018*, Paris, 2019.

83 BLEAKLEY, A., *op. cit.*, p. 33.

faire du mieux que l'on peut avec l'existant⁸⁴. C'est cette logique de contextualisation culturelle qui a présidé par exemple à l'ouverture en janvier 2019 d'un Diplôme Universitaire intitulé « Éthique et pratique de santé : contribution des sociétés créoles », à l'Université des Antilles, en collaboration avec les Espaces de Réflexion Éthique Régionaux de Guadeloupe et de Martinique.

L'effort de contextualisation des humanités médicales, il est vrai, ne va pas de soi, et peut être rapidement bloqué s'il n'est pas soutenu par les universités et les États. L'exemple de la Chine, de Taïwan et de Hong-Kong est sur ce point assez révélateur. Y. Qian *et al.* présentent l'enseignement d'humanités médicales chinoises comme visant une éducation « humaniste » (*humanistic*) et « morale » (*moral-oriented*) des futurs médecins, ce qui passe par la transmission de l'« auto-discipline » (*self-discipline*) et la connaissance des « conditions pratiques » (*practicalities*) de la carrière médicale. Ces éléments assez hétérogènes reflètent manifestement une conception des humanités médicales qui diffère de celle qui a cours actuellement aux États-Unis ou en France par exemple. Pour autant, l'article de Qian semble tenir les « *medical humanities* » chinoises et américaines pour homologues puisqu'il compare sans cesse les premières aux secondes, en déplorant le « retard » pris par la Chine en la matière — ce qui ne peut avoir de sens qu'en regard d'une « norme » internationale... dont nous questionnons justement ici la pertinence. L'enseignement des humanités médicales est pour autant loin d'être inexistant en Chine depuis les années 2000 : dans les dix plus grandes universités du pays, des cours de « médecine sociale » et de santé publique sont généralement dispensés, avec dans certains cas des cours de philosophie, de sociologie, d'histoire ou de psychologie, comme à l'Université Tsinghua ou de Fudan par exemple. Au vu des critères européens, le programme le plus complet est sans doute proposé par l'Université de Pékin, qui s'est dotée en 2008 d'un « Institut d'humanités médicales »⁸⁵. À Taïwan et Hong-Kong, les humanités médicales sont également représentées au sein des facultés de médecine, après y avoir été introduites dans les années 1990-2000 à l'occasion de réformes plus générales de systèmes de santé et d'éducation⁸⁶.

Comme le notent H. Y.-J. Wu *et al.*, les humanités médicales peinent toutefois à émerger pleinement, que ce soit en Chine, à Taïwan ou à Hong-Kong⁸⁷. Du fait de la nouvelle donne internationale en matière de concurrence des universités et des établissements de recherche, la pression exercée sur ces systèmes universitaires rend difficile la collaboration interdisciplinaire et l'investissement dans une recherche véritablement critique et contextualisée en matière d'humanités médicales. La recherche biomédicale et clinique bénéficiant de beaucoup plus de fonds et de soutien institutionnel⁸⁸, la moindre probabilité de pouvoir publier des travaux interdisciplinaires (par rapport à des travaux strictement disciplinaires), mais aussi le manque d'enseignants spécialistes, sont autant de paramètres qui limitent la croissance des humanités médicales chinoises. Enfin, le poids des logiques de classement et de compétition entre universités, ayant donné lieu à

84 Pour un exemple d'humanités médicales culturellement « contextualisées », on pourra se reporter à l'expérience menée par la faculté de médecine de l'Université Alfaisal de Riyadh, qui a introduit des modules d'histoire de la médecine médiévale arabe, de poésie arabe et islamique, ou encore d'« éthique médicale islamique » dans le cursus médical. ABDEL-HALIM, R. E., ALKAT-TAN, K. M., « Introducing medical humanities in the medical curriculum in Saudi Arabia: A pedagogical experiment », *Urology Annals*, 4(2), 2012, pp. 73-79.

85 QIAN, Y., HAN, Q., YUAN, W., FAN, C., « Insights into medical humanities education in China and the West », *Journal of International Medical Research*, 46(9), 2018, pp. 3507-3517.

86 WU, H. Y.-J., CHEN, J. Y., « Conundrum between internationalisation and interdisciplinarity: reflection on the development of medical humanities in Hong Kong, Taiwan and China », *MedEdPublish*, 7(3), 2018, 46.

87 *Ibid.*

88 YUN, X., GUO, J., QIAN, H., « Preliminary thoughts on research in medical humanities », *BioScience Trends*, 11(2), 2017, pp. 148-151.

tout un arsenal métrique permettant de quantifier leur plus ou moins grande « réussite »⁸⁹, a plutôt favorisé les départements de « sciences dures » au sein des universités chinoises, par rapport aux départements de sciences humaines et sociales, ce qui nuit d'autant à la qualité de l'enseignement des humanités médicales. Ces mêmes logiques de compétition et d'évaluation des universités ont tendance à réduire le financement alloué aux enseignements d'humanités médicales, dont les bénéfices (*outcomes*) sont jugés inévaluables : comme d'autres enseignements se prêtant assez mal à une évaluation standardisée et systématique, les humanités médicales sont ainsi laissées de côté par beaucoup d'universités⁹⁰.

Il apparaît ainsi que l'« évaluation » serait le remède qui permettrait d'intégrer, y compris dans des environnements universitaires concurrentiels, les sciences humaines et sociales dans les cursus médicaux, plus spécifiquement l'éthique médicale vue comme canal entrant incontournable des aspects cognitifs de la décision médicale. Nous aborderons à nouveau cette question plus loin dans le texte.

89 CHOU, C. P., LIN H. F., CHIU, Y., « The impact of SSCI and SCI on Taiwan's academy: an outcry for fair play », *Asia Pacific Education Review*, 14, 2013, pp. 23-31.

90 WU, H. Y.-J., CHEN, J. Y., *art. cit.*

ESQUISSE CARTOGRAPHIQUE DE L'ENSEIGNEMENT DE L'ÉTHIQUE ET DES HUMANITÉS EN SANTÉ DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE FRANÇAISES

L'examen du contexte national et international de l'enseignement de l'éthique et des humanités en santé nous laisse entrevoir le vaste éventail des questions qui peuvent se poser aujourd'hui aux gouvernements, aux universités, aux enseignants et aux étudiants, lorsqu'il s'agit de mettre en place un enseignement de sciences humaines et sociales ou d'éthique au sein des facultés de médecine. Il faut tenter maintenant d'entrer plus avant dans ces questions, que nous n'avons fait qu'effleurer, et cela suppose de pouvoir s'appuyer sur quelques données fiables et récentes, sur une sorte de « cartographie » des humanités en santé, que nous nous proposons ici de restituer succinctement.

L'ENSEIGNEMENT DES HUMANITÉS DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE : TENDANCES, SYMPTÔMES, SINGULARITÉS

Précisions méthodologiques

Les données que nous présentons ci-après et qui constituent l'ossature de ce que nous appellerions volontiers un « relevé cartographique » de l'enseignement des humanités et de l'éthique dans les facultés de médecine françaises, ne sont pas les résultats d'une enquête statistique formelle et systématique, et encore moins les résultats d'une « évaluation » dudit enseignement. Il s'agissait simplement pour nous de rassembler suffisamment d'informations pertinentes pour voir se dessiner des grandes tendances, des points saillants ou des symptômes récurrents, en essayant d'adopter une perspective aussi large et aussi exhaustive que possible, ce pourquoi nous avons choisi de nous intéresser à l'ensemble des 39 facultés de médecine françaises. Ne pouvant prétendre embrasser l'intégralité du paysage des études de santé en France dans ce relevé préliminaire, nous nous concentrons donc uniquement sur les facultés et les études de médecine.

L'enseignement de l'éthique médicale et les humanités en santé constitue l'objet principal du relevé ici présenté. Nous considérons en effet que ce sont là deux dimensions essentielles et non-identiques, comme nous l'avons rappelé plus haut, qui méritent d'être distinguées et cependant en même temps tenues ensemble : éthique et humanités nourrissent et doivent toutes deux nourrir l'agir médical, chacune à leur manière. Nous emploierons donc à partir d'ici l'expression « éthique et humanités en santé » (EHS) pour décrire les divers enseignements faisant intervenir les savoirs des sciences humaines et sociales dans les études de médecine.

Nous nous sommes exclusivement appuyés sur des documents disponibles en ligne, en libre consultation. Nous avons exploité en priorité des documents officiels validés par le conseil de l'UFR ou de la faculté concernée, ou arrêtés par le Président de l'université. Parmi ceux-ci, nous avons privilégié les textes

définissant les « Modalités de Contrôle de Connaissances » (MCC) de l'année universitaire 2018-2019 et, dans certains cas, de l'année 2017-2018. Les MCC établissent les conditions et les paramètres des examens auxquels les étudiants doivent se soumettre en termes d'ECTS, de coefficients, de calendrier, de durée, d'évaluation et de compensation. Elles doivent ainsi être approuvées par le Conseil d'Administration de l'université et obligatoirement mises à disposition des étudiants, ce qui en fait une source très commode pour l'enquêteur, à la fois publique et *a priori* assez fiable puisque légalement contraignante. Lorsqu'ils étaient librement consultables en ligne, nous nous sommes également penchés sur les « livrets d'enseignement », « syllabus » ou « programmes » de l'année universitaire 2018-2019. Consignant la liste des cours proposés par les facultés pour chaque année ou pour chaque cycle d'études, ces documents ont pu fournir un éclairage plus qualitatif aux données recueillies. Lorsque ni les MCC, ni les livrets ou syllabus n'étaient disponibles en ligne pour certaines facultés ou pour certains niveaux d'études, nous avons complété notre relevé cartographique par des informations trouvées directement sur les sites institutionnels des facultés, ou très marginalement par des informations provenant de sites d'associations étudiantes ou de services privés (« boîtes à colles »), en croisant autant que possible nos sources dans ce dernier cas.

Nous ne pouvons donc ici qu'avertir du caractère provisoire du tableau général que nous nous apprêtons à broser ici : s'il est sans doute suffisamment exhaustif pour pouvoir servir de *base* à une analyse pertinente, il ne peut en lui-même constituer un *fondement* assez solide et sûr et appelle à être confirmé et complété par des enquêtes et des relevés ultérieurs.

Statut, volume horaire et répartition des enseignements d'éthique et d'humanités en santé (EHS)

La première année des études de santé, de la PCEM 1 à la PACES

FACULTÉ	VOLUME HORAIRE TOTAL EN 1996 (H) [SHS] ¹	VOLUME HORAIRE TOTAL EN 2019 (H) [SSH]	VOLUME HORAIRE CONSACRÉ À L'EHS ² (H)	VOLUME HORAIRE NON CONSACRÉ À L'EHS (H)	PÉRIODE D'ENSEIGNEMENT
AIX-MARSEILLE	60	64	-	-	S2
AMIENS	70	74	-	-	S2
ANGERS	60	135,66	55,66	80	S1 + S2
ANTILLES	-	64	30	34	S1 + S2
BESANÇON	56	-	-	-	S2
BORDEAUX	62	60	30	30	S1 + S2
BREST UBO	60	58	-	-	S2
CAEN	60	74	32	42	S2
CLERMONT-FERR.	74	70	44	26	S2
CORSE	-	72	40	-	S2
DIJON	92	57	-	-	S2
GRENOBLE	76	-	-	-	S2
GUYANE	-	62	30	32	S1 + S2
LA REUNION	-	64	-	-	S2
LILLE	78	63	-	-	S1 + S2
LILLE - UNIV. CATHO.	60	54	-	-	S2
LIMOGES	60	70	-	-	S1 + S2
LORRAINE	83	68	21	47	S2

FACULTÉ	VOLUME HORAIRE TOTAL EN 1996 (H) [SHS] ¹	VOLUME HORAIRE TOTAL EN 2019 (H) [SSH]	VOLUME HORAIRE CONSACRÉ À L'EHS ² (H)	VOLUME HORAIRE NON CONSACRÉ À L'EHS (H)	PÉRIODE D'ENSEIGNEMENT
LYON EST	60/66 ³	64	-	-	S2
LYON SUD	60	64	-	-	S2
MONTPELLIER	76	65	-	-	S2
NANTES	80	-	-	-	S1 + S2
NICE	70	64	-	-	S2
PARIS DESCARTES	60	64	-	-	S2
PARIS DIDEROT	60/90	68	46	14	S2
PARIS EST - UPEC	62	55	-	-	S2
PARIS SUD	61	80	-	-	S2
PARIS XIII BOBIGNY	80	-	-	-	S1 + S2
POITIERS	80	-	-	-	-
REIMS	60	71	-	-	S2
RENNES	89	70	-	-	S2
ROUEN	88	64	-	-	S1 + S2
SAINT-ÉTIENNE	72	52	-	-	S2
SORBONNE UNIV.	60/68	60	-	-	S2
STRASBOURG	90	64	43	21	S2
TOULOUSE (P) ⁵	90	47	-	-	S2
TOULOUSE (R) ⁶	90	47	-	-	S2
TOURS	90	62	-	-	S2
UVSQ	60	46	-	-	S2
VUE GLOBALE	MOYENNE : 70,6	MOYENNE : 65,2	-	-	S2 : 71,8%
	MAX. : 92	MAX. : 135,66			S1 + S2 : 28,2%
	MIN. : 56	MIN. : 46			S1 : 0%

Fig. 2 — Évolution et répartition du volume horaire de l'enseignement de sciences humaines et sociales en première année dans les facultés de médecine (1996-2019).

¹ Ces données sont issues d'une enquête réalisée par l'AUFEMO en 1996, reprises par Louis ARBUS, Yves LAZORTHES et Daniel ROUGÉ in BONAHE, Ch., RASMUSSEN, A. (ed.), *Sciences humaines...*, op. cit., p. 31.

² EHS : Éthique et humanités en santé.

³ Nous donnons deux valeurs lorsque les facultés concernées sont issues de regroupement de plusieurs facultés existant en 1996. Par exemple, la faculté de médecine l'Université Paris-Diderot créée en 2005 résulte de l'association des UFR Xavier Bichat et Lariboisière-Saint-Louis, UFR qui ne consacraient pas le même volume horaire à l'enseignement de « culture générale » en 1996.

⁵ Toulouse (P) : Faculté de médecine de Toulouse Purpan.

⁶ Toulouse (R) : Faculté de médecine de Toulouse Rangueil.

En moyenne, le volume horaire total aujourd'hui consacré à l'enseignement de l'UE 7 « Santé, Société, Humanité » en PACES est donc de 65,2 heures, d'après les données recueillies, contre 63,8 heures en 2010-2011 — année de la mise en place de la PACES — et 70,6 heures en revanche en 1996 pour l'enseignement de sciences humaines et sociales alors dispensé par les facultés de médecine en première année (PCEM 1). Si l'on fait abstraction du « PluriPass » d'Angers qui offre plus de 135 heures d'enseignement en sciences humaines et sociales, la moyenne du volume horaire total retombe à 63 heures en 2019, soit presque 1 heure de moins qu'en 2010. Nous nous permettons en effet de mettre à l'écart le dispositif pilote inauguré à Angers en 2015

pour deux raisons: d'abord parce que le volume horaire total des UE «non-scientifiques» est composé à 40% d'enseignements à distance ou *d'e-learning*, ce qui est beaucoup plus que dans la plupart des facultés; ensuite parce que le «PluriPass» d'une façon générale n'a rien d'une PACES classique: il s'agit plutôt d'une formation «socle» pluridisciplinaire permettant d'accéder à divers cursus qui ne relèvent pas forcément des filières santé (droit, sciences économiques, mathématiques, etc.). Le choix opéré à Angers de décroquer la PACES en mettant fortement l'accent sur les sciences humaines et sociales, le droit et l'économie, notamment en mettant à profit les avantages de l'enseignement à distance, fait donc figure d'exception dans le paysage de l'enseignement des humanités en santé.

Si l'on ne tient pas compte du «PluriPass» d'Angers, l'écart-type de la série est divisé par deux, passant de 15 à un peu moins de 8. La dispersion est donc assez faible, près de 85% des facultés ayant un horaire global d'enseignement compris entre 55 heures et 80 heures en 2019, contre 94% en 2010⁹¹. Si l'on se fie aux données disponibles pour 1996, 2010 et 2019, on constate en moyenne une baisse assez nette du volume horaire total d'enseignement des sciences humaines et sociales, avec notamment un nombre croissant de facultés passant sous la barre des 55 heures d'enseignement (0 en 1996, 5 en 2019). Il ne faut pas cependant tirer ici de conclusions trop hâtives: en 1996, l'enseignement obligatoire de SHS n'est présent qu'en première année, ce qui n'est plus le cas à partir de 2011 où les SHS, comme nous l'avons rappelé, gagnent le tronc commun du DFGSM. Il est vrai cependant qu'en 1996 et jusqu'en 2009, l'enseignement de PCEM 1 était exclusivement concerné par les sciences humaines et sociales, alors qu'à partir de 2009 il comporte un très grand nombre de disciplines et de thématiques qui ne relèvent pas directement de ces dernières (la biologie, la psychologie clinique, la santé publique et l'épidémiologie par exemple). C'est pourquoi nous avons tenté, lorsque c'était possible, d'identifier précisément le volume horaire accordé à l'éthique et aux humanités en santé au sein de l'UE 7. Ce volume horaire «spécifique» semble assez variable selon les facultés et il est difficile de tirer ici des conclusions fiables au vu du peu d'informations que nous avons recueillies. De façon générale, il est assez difficile d'identifier clairement le détail et la nature précise des cours composant l'UE 7, dont les énoncés sont parfois vagues et imprécis, ainsi que le volume horaire qui leur est alloué. On peut simplement noter que l'UE 7 est souvent partagée entre un pôle «santé publique» et un pôle «sciences humaines et sociales», le module «l'Homme et son environnement» étant diversement traité par les facultés – tantôt d'un point de vue anthropologique, tantôt d'un point de vue biologique. Dans certaines facultés, le pôle «santé publique» reste très «médical», comme à la faculté des Antilles par exemple où, les enseignements relèvent surtout de l'épidémiologie, de la médecine légale, de la médecine du travail, ou encore de la médecine d'urgence: parler de l'UE 7 comme d'une UE de «sciences humaines» ou d'«humanités» ne semble donc pas tout à fait pertinent dans ces conditions.

L'enseignement de SSH prend aujourd'hui place au cours du second semestre de l'année universitaire dans près de 72% des cas. Il n'est en tout cas jamais enseigné uniquement au premier semestre et est dans 28% des cas enseigné tout au long de l'année universitaire, le partage Semestre 1/Semestre 2 recoupant souvent une division disciplinaire entre SHS/Santé publique. La part des travaux dirigés (TD) dans le volume horaire total est assez rarement indiquée, probablement parce que l'UE 7 est principalement enseignée sous forme de cours magistraux ou de conférences, même si certaines facultés organisent au moins un TD pour l'UE 7, notamment pour traiter des questions de méthodologie, comme à Lyon Est par exemple. De même, la

91 VISIER, L. Collège des sciences humaines et sociales en santé, «Enquête sur l'UE7 (SSH) dans la première année des études de santé», note de synthèse déjà citée.

place tenue par l'enseignement à distance (ED) ou l'*e-learning* est assez difficile à évaluer de façon systématique. On peut simplement souligner ici qu'une évaluation précise de l'enseignement à distance de SHS est souhaitable, le cas de Lyon Est (4 heures d'ED en 2019) ayant montré, d'après M. Gaillard et N. Lechopier, que les cours en présentiel, non vidéo-transmis, importaient aux yeux des étudiants, la moitié d'entre eux tendant à penser que la retransmission des cours dans de multiples amphithéâtres nuisait à leur apprentissage⁹².

Le premier cycle (DFGSM2, DFGSM3)

FACULTÉ	DFGSM2			DFGSM3		
	EHS	OBLIGATOIRE (H)	OPTIONNEL (UEL ¹ , ETC.)	EHS	OBLIGATOIRE (H)	OPTIONNEL (UEL, ETC.)
AIX-MARSEILLE	OUI	20	1 UEL	NON	0	0
AMIENS	-	-	-	-	-	-
ANGERS	OUI	12	1 PARCOURS (65H)	OUI	OUI	UEL(S)
ANTILLES	-	-	-	-	-	-
BESANÇON	NON	0	0	OUI	21	0
BORDEAUX	NON	0	0	OUI	20	-
BREST UBO	OUI	16	2 UEL	OUI	36	2 UEL
CAEN	OUI	0	5 UEL	-	EI ²	-
CLERMONT-FERR.	OUI	20	0	OUI	39	-
CORSE	-	-	-	-	-	-
DIJON	OUI	0	2 UEL	OUI	32	-
GRENOBLE	OUI	0	3 UEL	-	EI	-
GUYANE	-	-	-	-	-	-
LA REUNION	NON	0	0	OUI	40	1 UEL
LILLE	OUI	25,25	6 UEL	OUI	21,25	6 UEL
LILLE — UNIV. CATHO.	-	-	-	-	-	-
LIMOGES	-	-	-	-	-	-
LORRAINE	-	-	-	OUI	0	1 UEL (30H)
LYON EST	OUI	34	UEL(S)	OUI	15	-
LYON SUD	NON	0	0	OUI	24	-
MONTPELLIER	OUI	0	2 UEL (48H)	OUI	16	-
NANTES	NON	0	0	OUI	76	-
NICE	OUI	20	0	OUI	0	1 UEL (RECHERCHE)
PARIS DESCARTES	OUI	0	2UEL (35H)	OUI	0	1 PARCOURS (35H) ET 2 UEL
PARIS DIDEROT	OUI	20	-	OUI	16	-
PARIS EST - UPEC	NON	0	0	OUI	44	-
PARIS SUD	OUI	-	UEL(S)	NON	0	0
PARIS XIII BOBIGNY	NON	0	0	OUI	-	-
POITIERS	NON	0	0	OUI	52	-
REIMS	OUI	30	0	NON	0	0
RENNES	OUI	0	3 UEL	OUI	OUI	UEL(S)
ROUEN	-	EI	-	OUI	-	-

92 GAILLARD, M., LECHOPIER, N., *art. cit.*, 2015, p. 28.

FACULTÉ	DFGSM2			DFGSM3		
	EHS	OBLIGATOIRE (H)	OPTIONNEL (UEL ¹ , ETC.)	EHS	OBLIGATOIRE (H)	OPTIONNEL (UEL, ETC.)
SAINT-ÉTIENNE	OUI	34	1 UEL (22H)	OUI	24	1 PARCOURS
SORBONNE UNIV.	NON	0	0	OUI	10	-
STRASBOURG	OUI	11	-	OUI	12	1 UEL
TOULOUSE (P)	OUI	27	0	NON	0	0
TOULOUSE (R)	OUI	27	0	NON	0	0
TOURS	NON	0	-	OUI	36	-
UVSQ	OUI	16	0	NON	0	0
VUE GLOBALE	OUI : 53,84% NON : 25,64% ABS. : 20,51%	MOYENNE (ENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE) : 22,3 ³		OUI : 64,10% NON : 15,38% ABS. : 20,51%	MOYENNE (ENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE) : 29,68 ³	

Fig. 3 — Répartition et volume horaire des enseignements d'éthique et d'humanités en santé dans les deuxième et troisième années du premier cycle des études médicales (2019).

¹ UEL : Unité d'enseignement libre (cours optionnel à choix). Le volume horaire des UEL est assez variable selon les facultés et souvent non-indiqué, c'est pourquoi nous ne le reportons pas ici.

² EI : Enseignement intégré. L'enseignement d'EHS (Éthique et humanités en santé) est intégré à d'autres enseignements, d'une autre nature (par exemple les aspects éthiques ou déontologiques liés à une pathologie particulière peuvent être étudiés au sein même de l'enseignement médical dédié à cette pathologie).

³ Cette moyenne est calculée en prenant uniquement en compte les facultés où un enseignement d'EHS est effectivement dispensé pour l'année concernée.

Depuis 2011, l'enseignement de SSH fait partie intégrante du tronc commun du DFGSM, ce qui explique que toutes les facultés, du moins celles pour lesquelles nous disposons de données, ont mis en place un enseignement obligatoire faisant intervenir l'éthique et les humanités en santé, soit en DFGSM2, soit en DFGSM3. Dans la majorité des cas, l'enseignement n'est dispensé qu'au cours d'une seule année sur les deux possibles (plus fréquemment en DFGSM3), certaines facultés ayant toutefois fait le choix de répartir l'enseignement de tronc commun sur les deux années, comme à Strasbourg, Paris Diderot, Lyon Est ou Lille. En deuxième année (DFGSM2), le volume horaire total de l'enseignement de tronc commun est en moyenne d'environ 22 heures. Il s'élève à un peu plus de 29 heures en DFGSM3 en moyenne. Pour le DFGSM dans sa globalité, sans la PACES, on tournerait ainsi autour d'une moyenne de 33 heures d'enseignement obligatoire de SSH, ce qui est peu au vu des ambitieux objectifs fixés par l'arrêté du 22 mars 2011. Alors que la dispersion est assez faible pour l'enseignement de SSH de PACES, où l'on a constaté l'existence d'une quasi-norme nationale du point de vue du volume horaire, la dispersion est beaucoup plus importante pour les années de DFGSM2 et de DFGSM3 (écart-type supérieur à 17). En effet, parmi les facultés pour lesquelles les données sont disponibles, 10 consacrent en DFGSM (hors PACES) un volume horaire global pour l'enseignement de SSH inférieur à 23 heures, tandis que 6 facultés y consacrent un volume horaire au moins deux fois supérieur.

Cette forte hétérogénéité doit toutefois être remise en perspective, notamment en prenant en compte la place tenue par les enseignements optionnels de sciences humaines et d'éthique, investis par une petite majorité. Ces enseignements optionnels sont généralement proposés sur les deux années, les étudiants devant d'ailleurs souvent faire leur choix dans une liste unique, restant la même pour l'année de DFGSM2 et l'année de DFGSM3. Le volume horaire et, par conséquent, l'investissement demandé par les enseignements optionnels sont très variables, certaines UEL ne s'étalant que sur une dizaine d'heures, quand d'autres avoisinent plutôt les 20 heures de cours. D'autres encore exigent un investissement beaucoup plus

important de la part des étudiants, à l'image des cours de latin et de grec ancien proposés par la faculté de Lille, qui donnent à l'expression « humanités en santé » une signification toute littérale... Quelques facultés proposent également des « parcours » spécialisés en éthique et humanités médicales assez conséquents en termes d'horaires, comme à Angers ou à Paris Descartes par exemple.

L'enseignement d'éthique et d'humanités en santé en premier cycle est donc un enseignement émietté, discontinu et fluctuant selon les facultés. En rupture avec l'UE 7 de PACES où la moyenne des enseignements tourne autour d'une soixantaine d'heures, l'enseignement de SSH voit son poids horaire divisé de moitié à partir du DFASM2. Les humanités en santé ne pouvant se réduire à un simple outil de sélection pour le concours de première année, la place et la structure de leur enseignement au sein du premier cycle doivent donc être repensées, afin de permettre à cet enseignement de gagner en pertinence et en continuité avec l'éthique médicale appliquée qu'il paraît indispensable de traiter en 2^{ème} cycle lorsque les étudiants intègrent leurs stages hospitaliers.

Le second cycle (DFASM)

FACULTÉ	DFASM1			DFASM2			DFASM3		
	EHS	OBLIG. ¹ (H)	OPTIONNEL	EHS	OBLIG. (H)	OPTIONNEL	EHS	OBLIG. (H)	OPTIONNEL
AIX-MARSEILLE	NON	0	0	NON	0	0	NON	0	0
AMIENS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ANGERS	OUI	0	UEL(S)	OUI	0	UEL(S)	OUI	0	UEL(S)
ANTILLES	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BESANÇON	OUI	1 MODULE	-	-	-	-	-	-	-
BORDEAUX	NON	0	0	OUI	0	1 UEL (30H)	-	EI	-
BREST UBO	-	EI ²	-	-	EI	-	NON	0	0
CAEN	OUI	25 ³	-	NON	0	0	NON	0	0
CLERMONT-FERR.	OUI	0	1 PARCOURS (15H)	NON	0	0	-	EI	-
CORSE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIJON	-	EI	-	NON	0	0	NON	0	0
GRENOBLE	OUI	1 SÉANCE	-	-	-	-	-	-	-
GUYANE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LA REUNION	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LILLE	NON	0	0	NON	0	0	NON	0	0
LILLE — UNIV. CATHO.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LIMOGES	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LORRAINE	OUI	-	-	NON	0	0	OUI	0	2 UEL
LYON EST	-	EI	-	NON	0	0	NON	0	0
LYON SUD	NON	0	0	NON	0	0	NON	0	0
MONTPELLIER	OUI	0	2 UEL	OUI	1 SÉMIN.	-	-	-	-
NANTES	-	EI	-	-	-	-	-	-	-
NICE	NON	0	0	NON	0	0	NON	0	0
PARIS DESCARTES	OUI	15	0	NON	0	0	OUI	1 SÉMIN.	0
PARIS DIDEROT	OUI	0	1 UEL (30H)	OUI	0	1 UEL	OUI	0	1 UEL
PARIS EST - UPEC	NON	0	0	-	-	-	-	-	-
PARIS SUD	-	EI	UEL(S) MASTER	NON	0	0	NON	0	0

FACULTÉ	DFASM1			DFASM2			DFASM3		
	EHS	OBLIG. ¹ (H)	OPTIONNEL	EHS	OBLIG. (H)	OPTIONNEL	EHS	OBLIG. (H)	OPTIONNEL
PARIS XIII BOBIGNY	-	-	-	-	-	-	-	-	-
POITIERS	NON	0	0	-	-	-	-	-	-
REIMS	OUI	0	UEL(S)	-	-	-	NON	0	0
RENNES	OUI	0	2 UEL	OUI	0	2 UEL	OUI	0	2 UEL
ROUEN	NON	0	0	-	-	-	-	-	-
SAINT-ÉTIENNE	OUI	0	1 UEL (HISTOIRE)	-	-	-	-	-	-
SORBONNE UNIV.	-	EI	-	-	-	-	-	-	-
STRASBOURG	OUI	10	3 UEL	OUI	0	3 UEL	NON	0	0
TOULOUSE (P)	OUI	2 ATELIERS	-	OUI	2 ATELIERS	-	OUI	1 ATELIER	0
TOULOUSE (R)	OUI	2 ATELIERS	-	OUI	2 ATELIERS	-	OUI	1 ATELIER	0
TOURS	NON	0	0	NON	0	0	NON	0	0
UVSQ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VUE GLOBALE	OUI : 33,33% NON : 23,08% ABS. : 43,59%	OBLIG. : 6 FACULTÉS		OUI : 15,38% NON : 30,77% ABS. : 53,85%	OBLIG. : 1 FACULTÉ		OUI : 12,82% NON : 35,89% ABS. : 51,28%	OBLIG. : 1 FACULTÉ	

Fig. 4 – Répartition et volume horaire des enseignements d'éthique et d'humanités en santé dans le second cycle des études médicales (DFASM) (2019).

¹ Oblig. : Enseignement obligatoire.

² Enseignement intégré. Voir n. 2, Fig. 3.

³ À Caen, l'enseignement obligatoire est à choix, entre deux modules de 25 heures chacun.

N.B. : Plusieurs facultés, notamment en Outre-mer, ne proposent pas de formation pour le DFASM, ce qui d'où l'absence de données correspondantes.

Le caractère extraordinairement fragmentaire des données recueillies sur le 2^{ème} cycle (Figure 4) indique d'emblée la secondarisation dont les humanités font l'objet dans le second cycle des études médicales. Le peu d'informations disponibles montre assez que, dans la plupart des cas, les enseignements d'humanités et d'éthique ne sont pas un élément de valorisation ou de promotion affichées pour les facultés. La présence d'enseignements d'éthique et d'humanités en second cycle n'étant pas légalement requise, elle se trouve le plus souvent réduite à quelques heures disséminées çà et là, à part dans certains cas exceptionnels. En DFASM1, 6 facultés offrent des enseignements obligatoires en éthique ou en sciences humaines et sociales. Une poignée seulement de facultés propose des enseignements optionnels. Un tiers des facultés propose des enseignements d'EHS, obligatoires et optionnels, en première année du second cycle, un peu plus de 15% en deuxième année, et seulement 13% en troisième année. La troisième année, généralement accaparée par la préparation aux Épreuves Nationales Classantes (ECNi), ne fait pratiquement aucune place aux sciences humaines en dehors des enseignements d'éthique susceptibles de faire l'objet d'une évaluation lors des épreuves. Aussi l'éthique n'est-elle pas totalement absente du second cycle : elle reste souvent une sous-composante de certaines UE — comme l'UE 1 « Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle » — ou intervient ponctuellement dans certains blocs d'enseignement, en même temps que certaines questions déontologiques ou juridiques — par exemple pour l'assistance médicale à la procréation (UE 2), pour les soins palliatifs (UE 5) ou la transplantation d'organes (UE 7). La faculté de médecine

de Toulouse fait figure d'exception dans la mesure où elle fait de l'éthique médicale un enseignement à part entière, obligatoire en 2^{ème} cycle, centrés sur les aspects décisionnels de l'éthique, et faisant l'objet d'une évaluation dans le cadre du certificat de compétences cliniques⁹³. Concernant l'arrêté de 2013, il met l'accent, pour la quasi-totalité des UE, sur l'importance d'aborder les questions « techniques, relationnelles et éthiques en cas d'évolution défavorable ». Le volume horaire exact consacré à ces questions au sein de chaque UE est toutefois très difficile à chiffrer, de même que la part faite aux réflexions éthiques durant les stages hospitaliers. Les deux facultés de médecine de Toulouse ont par exemple choisi de mettre en place des ateliers obligatoires d'éthique clinique, d'une durée d'1h45, organisés dans les différentes disciplines au cours des stages hospitaliers⁹³. Les étudiants doivent présenter par groupes de cinq un cas clinique réel ou fictif à partir de leur expérience de stage, en mobilisant des notions d'éthique clinique classiques, les présentations de chaque groupe étant ensuite ouvertes à la discussion, l'enseignement étant résolument conçu comme l'une des dimensions de l'apprentissage de la décision clinique.

Sur ce point, l'un des principaux défis pour l'éthique et les humanités en deuxième cycle consiste précisément à trouver un juste équilibre entre un enseignement nourri et orienté par la formation *pratique* caractérisant l'externat, et un enseignement académique en continuité avec le premier cycle. On peut imaginer que cet équilibre émerge à la faveur d'une plus grande *personnalisation* du parcours suivi par l'étudiant, celui-ci choisissant d'approfondir en cours les éléments qui lui ont semblé décisifs lors de ses stages, ce qui suppose de pouvoir proposer une formation d'éthique et d'humanités en santé certes obligatoire, mais modulable et ouverte aux intérêts et aux demandes des étudiants. Il y aurait ainsi la place pour une UE optionnelle dédiée à l'éthique au 2^{ème} cycle qui donnerait la possibilité aux étudiants qui le souhaitent de revenir aux bases philosophiques de l'éthique appliquée au terrain clinique et à la décision en santé.

Poids dans le concours de PACES et modalités d'évaluation des enseignements d'EHS

Le concours de PACES : modalités et poids de l'évaluation des sciences humaines en première année

FACULTÉ	MODALITÉS D'ÉVALUATION	DURÉE DE L'ÉVALUATION (MIN)	ECTS	% DU TOTAL DES COEFF.
AIX-MARSEILLE	QCM ¹ , QR ²	60	-	14,29%
AMIENS	QCM, QR	180	8	12,50%
ANGERS	QCM (MAJORITAIRE), QROC	>60	13	25%
ANTILLES	-	120	-	10%
BESANÇON	-	-	8	-
BORDEAUX	QCM, QROC ³	120	9	10%
BREST UBO	QCM, QR (CONTRACTION DE TEXTE, 2 RÉDACTIONS)	210	10	11,67%
CAEN	QCM, QR (COMMENTAIRE ET ANALYSE DE TEXTE)	180	10	13,89%
CLERMONT-FERR.	QCM, QR	120	8	11,11%
CORSE	QCM, QROC	120	8	13,33%

93 NASR, N., « Enseignement de l'éthique dans le tronc commun du deuxième cycle des études médicales : de la mise en place de l'enseignement jusqu'à l'évaluation », Communication au 8^e Congrès du Collège des humanités médicales (COLHUM), Paris, Université Paris-Diderot, 27-28 juin 2019.

FACULTÉ	MODALITÉS D'ÉVALUATION	DURÉE DE L'ÉVALUATION (MIN)	ECTS	% DU TOTAL DES COEFF.
DIJON	QCM, QROC	45	-	11,43%
GRENOBLE	-	120	8	14,28%
GUYANE	-	-	8	-
LA REUNION	QCM, QR (COMMENTAIRE ET ANALYSE DE DOCUMENT)	90	6	14,29%
LILLE	QCM, QR (SUR PROGRAMME D'ŒUVRES)	120	8	20%
LILLE - UNIV. CATHO.	QR, QROC, QR	150	8	14,29%
LIMOGES	QCM, QR	-	8	
LORRAINE	-	-	-	
LYON EST	QR (DISSERTATION)	180	-	13,33%
LYON SUD	QR (DISSERTATION GUIDÉE)	150	-	12,90%
MONTPELLIER	QCM, QR, QROC	180	-	15,63%
NANTES	-	150	-	11,67%
NICE	QCM, QR	60	8	13,33%
PARIS DESCARTES	-	180	-	13,33%
PARIS DIDEROT	QR (EPISTÉMO., ÉTHIQUE, PSYCHO.), QCM (SANTÉ PUBLIQUE)	>255	-	18,33%
PARIS EST - UPEC	QCM, QR	90	8	15,15%
PARIS SUD	QCM, QROC	105	11	13,33%
PARIS XIII BOBIGNY	-	-	8	-
POITIERS	-	120	-	13,33%
REIMS	QCM, QR	150	8	14,75%
RENNES	QCM, QROC	90	8	11,43%
ROUEN	QCM, QROC	90	-	16,67%
SAINT-ÉTIENNE	QR	60	8	12,31%
SORBONNE UNIV.	QCM, QR	90	-	13,33%
STRASBOURG	QCM, QROC	-	8	11,36%
TOULOUSE (P)	QCM, QR (CONTRACTION DE TEXTE, QUESTIONS, SYNTHÈSE)	120	-	13,33%
TOULOUSE (R)	QCM, QR (CONTRACTION DE TEXTE, QUESTIONS, SYNTHÈSE)	120	-	13,33%
TOURS	QCM, QR	180	8	13,89%
UVSQ	QCM, QR	120	8	13,50%
VUE GLOBALE	-	MOYENNE : 124,8	8 ECTS : 46,2% > 8 ECTS : 15,4% ABS. : 38,4%	MOYENNE : 13,83%

Fig. 5 – Modalités d'évaluation et poids des enseignements de sciences humaines et sociales dans le concours de PACES (2019).

¹ QCM : Questionnaire à choix multiples.

² QR : Question rédactionnelle (réponse à longueur variable).

³ QROC : Question à réponse ouverte courte (réponse précise et concise).

Les enseignements de sciences humaines et sociales sont généralement évalués en PACES au sein de l'UE 7, sauf dans certains rares cas où elles font aussi partie de l'enseignement des UE spécifiques, comme à Paris Diderot par exemple (8 heures de cours, évaluées par QCM en même temps que d'autres disciplines au cours d'une épreuve d'1 heure). Si l'UE 7 est enseignée au S1 et au S2, l'évaluation se fait en deux temps et donne donc lieu à deux épreuves distinctes, l'une prenant place au S1, l'autre au S2. La durée des épreuves est quant à elle extrêmement variable, allant de 45 minutes à Dijon (où l'enseignement de SSH est couplé à l'enseignement de langue étrangère) à plus de 4 heures au total à Paris Diderot.

L'arrêté de 2009 oblige les facultés à évaluer l'enseignement de SSH « au moins en partie sous forme rédactionnelle », ce qui explique la présence d'épreuves de type QR ou QROC dans la totalité des universités, même si les QCM restent souvent très privilégiés, du fait de leur moindre coût matériel⁹⁴ et de leur plus grande uniformité. Les épreuves « réellement » rédactionnelles de type commentaire, essai ou dissertation, sont donc assez peu courantes et tranchent avec le reste des épreuves du concours, systématiquement évaluées par QCM, ce qui a pour effet de redoubler par l'évaluation la dualité sciences humaines/sciences biomédicales⁹⁵. Les épreuves basées sur une étude de documents ou sur un programme d'œuvres prédéfini sont également marginales. La plupart des QR — c'est encore plus vrai pour les QROC — se limitent donc à une restitution organisée de connaissances, structurée par un réseau de mots-clés que l'étudiant doit mémoriser à court terme et savoir définir. Cette façon de procéder est assez commode pour les enseignants et les correcteurs, les grilles d'évaluation étant dans ces conditions faciles à établir — schématiquement : soit la définition donnée est juste, soit elle est erronée ; soit les mots-clés attendus figurent dans la réponse, soit ils n'y figurent pas, etc. Des QR plus ouvertes — donnant donc lieu à une épreuve plus longue — existent aussi, elles visent alors davantage à évaluer les qualités d'argumentation, de problématisation et de réflexion des étudiants. À Lyon Est par exemple, l'UE 7 est ainsi évaluée par une véritable dissertation de 3 heures, portant sur des sujets comme « Peut-on prescrire le bonheur sur ordonnance ? » ou « Sommes-nous égaux face à la maladie ? »⁹⁶. Comme le notent M. Gaillard et N. Lechopier, le point de vue des étudiants sur ce type d'épreuves reste toutefois assez partagé : d'un côté, ils regrettent que l'UE 7 n'échappe que trop rarement à l'apprentissage mécanique et à la logique de bachotage présidant à l'ensemble du concours, d'un autre côté, ils semblent méfiants vis-à-vis de la correction jugée « subjective », voire « arbitraire », d'exercices moins uniformes que les QCM⁹⁷. Il est certain, en tout cas, que les épreuves rédactionnelles « ouvertes » comme la dissertation supposent que les étudiants puissent s'entraîner à maîtriser une méthodologie complexe, qui ne s'acquiert que graduellement. Imposer une épreuve rédactionnelle sanctionnant l'UE 7 n'est donc pas en soi-même suffisant : au contraire, cela peut s'avérer contre-productif sans un suivi des étudiants à la hauteur de ces exigences.

En termes de poids dans le concours, les sciences humaines et sociales occupent une place non négligeable : elles comptent pour 8 ECTS dans les trois quarts des facultés pour lesquelles nous disposons de données et représentent en moyenne 13,8% du total des coefficients des épreuves. Si l'on met encore une fois à part le PluriPass d'Angers où les sciences humaines et sociales, le droit et l'économie occupent une place considérable dans le concours (25%), le poids moyen des SHS retombe à 13,5%, avec 5 facultés au-dessus

94 Les épreuves rédactionnelles doivent notamment faire l'objet d'une double correction, ce qui n'est pas le cas des QCM dont la correction est automatisée.

95 VISIER, L., « L'impact des sciences humaines et sociales dans la sélection des futurs médecins », in BONAHA, Ch., RASSMUSSEN, A., *Sciences humaines...*, op. cit., p. 41.

96 GAILLARD, M., LECHOPIER, N., art. cit., 2015, p. 31.

97 *Ibid.*

de 15%, 1 seulement à 20%, et 8 en-dessous de 12%. Aucune faculté n'accorde cependant un poids inférieur à 10% à l'UE 7. Dans la majorité des facultés, le poids de l'enseignement de SSH oscille donc entre 12 et 15%, avec une faible dispersion. Par rapport à la période 1994-2009 où la pondération des sciences humaines et sociales s'élevait réglementairement à 20%, on constate donc un très net recul, d'autant plus que, rappelons-le, les enseignements actuels de SSH ne relèvent pas que des sciences humaines et sociales.

Le rôle spécifiquement joué par les sciences humaines et sociales dans le classement des étudiants au concours de PACES est assez difficile à évaluer d'un point de vue général et dépend de tous les paramètres que nous venons d'évoquer. D'une part, il est certain que l'introduction des SHS en première année n'aura pas vraiment favorisé les bacheliers issus de séries autres que scientifique, qui restent ultra-minoritaires sur les bancs des facultés de médecine⁹⁸. D'autre part, d'après l'enquête menée par Laurent Visier en 2004 à l'Université de Montpellier, l'influence du « facteur SHS » dans la sélection des futurs médecins est important, mais pas significativement supérieur à celui joué par les autres UE⁹⁹. L'idée répandue selon laquelle les SHS seraient une discipline « discriminante » pour les étudiants paraît donc devoir être relativisée, ou du moins appelée à être confirmée statistiquement.

Après la PACES : du DFGSM au DFASM

FACULTÉ	DFGSM2			DFGSM3		
	DURÉE (MIN)	MODALITÉS	ECTS	DURÉE (MIN)	MODALITÉS	ECTS
AIX-MARSEILLE	120	-	2	0	/	-
AMIENS	-	-	-	-	-	-
ANGERS	>240	QCM, QROC, QR (DISSERTATION)	-	-	-	-
ANTILLES	-	-	-	-	-	-
BESANÇON	0	/	-	-	-	1
BORDEAUX	0	/	-	-	CC : SYNTHÈSE D'UN OUVRAGE/ARTICLE	-
BREST UBO	120	QROC (QUESTIONS SUR TEXTE)	3	-	-	1
CAEN	0	/	-	-	-	-
CLERMONT-FERR.	-	-	2,5	-	-	5
CORSE	-	-	-	-	-	-
DIJON	0	/	-	90	CC ¹ & CT ² : QR	4
GRENOBLE	-	-	-	-	-	-
GUYANE	-	-	-	-	-	-
LA REUNION	-	-	-	45	QCM, QROC, QR	-
LILLE	150	QR, QROC	-	-	-	-
LILLE - UNIV. CATHO.	-	-	-	-	-	-
LIMOGES	-	-	-	-	-	-
LORRAINE	-	-	-	0	/	-
LYON EST	X	CC	-	-	-	6
LYON SUD	0	/	-	90	-	6

98 FAUVET, L., MIKOL, F., « Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé », *Études et Résultats*, MENESR et DREES, N°0927, Juillet 2015.

99 Nous renvoyons aux résultats de l'étude de Laurent VISIER, in BONAHE, Ch., RASSUMSSEN, A., *Sciences humaines...*, op. cit., qui mériteraient toutefois d'être actualisés.

FACULTÉ	DFGSM2			DFGSM3		
	DURÉE (MIN)	MODALITÉS	ECTS	DURÉE (MIN)	MODALITÉS	ECTS
MONTPELLIER	0	/	-	60	QCM	-
NANTES	0	/	-	-	-	-
NICE	30	-	2	-	-	-
PARIS DESCARTES	0	/	-	0	/	-
PARIS DIDEROT	150	QCM	3	120	QR (2)	4
PARIS EST - UPEC	-	-	-	-	CC & CT	6
PARIS SUD	150	QR (2)	2	0	/	-
PARIS XIII BOBIGNY	-	-	-	-	-	4
POITIERS	-	-	-	90	QCM	-
REIMS	-	-	-	0	/	-
RENNES	0	-	-	-	-	-
ROUEN	-	-	-	QCM	-	4
SAINT-ÉTIENNE	-	QCM, QR	3	-	-	2
SORBONNE UNIV.	0	/	-	X	CC	1
STRASBOURG	45	QCM, QROC	-	-	-	-
TOULOUSE (P)	45	QCM	-	0	/	-
TOULOUSE (R)	40	QCM	-	0	/	-
TOURS	0	/	-	0	CC	4
UVSQ	60	-	-	0	/	-
VUE GLOBALE	MOYENNE :> 91 MIN			-		

Fig. 6 – L'évaluation de l'enseignement obligatoire d'éthique et des humanités en santé dans les deuxième et troisième années du premier cycle des études médicales (DFGSM) (2019).

¹ CC : Évaluation par contrôle continu. 2 CT : Évaluation par contrôle terminal (examen).

Les données éparses que nous avons recueillies concernant l'évaluation du module de SSH, et plus généralement des enseignements obligatoires d'humanités et d'éthique dans les deuxième et troisième années du premier cycle, confirment le peu de place et de visibilité dont disposent ces dernières après la PACES. Concernant le recours aux questions rédactionnelles, les remarques que nous avons faites plus haut à propos de la PACES sont ici également valables, les QCM tendant à s'imposer d'autant plus facilement que l'arrêté de 2011 ne contraint pas les facultés à évaluer, même minimalement, les enseignements de SSH sous forme rédactionnelle. Certaines facultés ont recours à une évaluation par contrôle continu plutôt qu'à un examen final, dont les modalités sont souvent non précisées dans les documents que nous avons consultés. Enfin, le très faible nombre d'ECTS alloué aux enseignements d'humanités laisse deviner que leur poids dans la formation est assez réduit et qu'ils jouissent par conséquent d'une moindre considération que d'autres enseignements.

En deuxième cycle, les informations que nous avons trouvées se font encore plus maigres, la question de savoir comment sont évalués les très rares enseignements d'éthique et d'humanités encore présents au cours du DFASM restant le plus souvent sans réponse. Certains enseignements ponctuels se valident en présentiel, d'autres demandent plus d'implication de la part des étudiants, mais il s'agit alors généralement d'enseignements optionnels qui ne concernent qu'une poignée d'entre eux. Aussi paraît-il souhaitable qu'une feuille de route nationale soit établie pour le deuxième cycle, fixant des objectifs et des modalités

claires pour toutes les facultés, *y compris* en matière d'évaluation. Le Colhum a notamment proposé il y a peu que soit introduit un « socle commun » d'humanités en deuxième cycle, sanctionné par « une épreuve rédactionnelle nationale obligatoire intégrée au contrôle terminal en 5^e année », ce qui n'est pas sans ressemblance avec le modèle allemand, déjà évoqué¹⁰⁰. Les modalités d'évaluation proposées par le Colhum sont assez souples, l'épreuve pouvant prendre la forme d'une dissertation, d'une analyse d'extraits vidéo, ou encore d'un récit argumenté d'expérience clinique, mais devant être corrigée par une équipe nationale de correcteurs spécialistes de SHS, incluant également des praticiens hospitaliers. Bien que ces suggestions mériteraient sans doute d'être précisées, nous ne pouvons qu'approuver l'idée d'établir un « socle » ferme et partagé pour les humanités en second cycle, celles-ci y souffrant aujourd'hui encore assez cruellement d'un manque de reconnaissance institutionnelle.

Une autre version de cette évaluation en fin de 2^{ème} cycle, centrée sur l'éthique médicale, déjà appliquée dans les facultés de médecine à Toulouse, pourrait se décliner sous la forme de la rédaction, dans une thématique donnée qui change tous les ans, d'une situation clinique qui a posé question à l'étudiant sur le plan éthique et son cheminement pour y répondre, avec une grille de correction et l'application d'un logiciel anti-plagiat. Cette évaluation à Toulouse a été intégrée au certificat de compétences cliniques dont la note a été incrémentée de 25 à 30 pour inclure l'éthique dont la note est ainsi pondérée au sixième de la note globale (présenté par Nathalie Nasr au congrès du Colhum 2019).

Les formations complémentaires (Masters et Diplômes universitaires)

FACULTÉ	MASTERS			DU, DIU, ... ¹
	MASTER FLÉCHÉ EHS ²	COLLABORATION AVEC UNE AUTRE UFR/ UNIVERSITÉ	INTITULÉ DU MASTER	NOMBRE DE FORMATIONS FLÉCHÉES EHS
AIX-MARSEILLE	OUI	-	MASTER « HUMANITÉS MÉDICALE »	2
AMIENS	NON	/	/	2
ANGERS	NON	/	/	1
ANTILLES	NON	/	/	1
BESANÇON	NON	/	/	1
BORDEAUX	OUI	-	MASTER PHILOSOPHIE, « SOIN, ÉTHIQUE ÉTHIQUE ET SANTÉ » (BORDEAUX III)	1
BREST UBO	OUI	-	MASTER « ÉTHIQUE ÉTHIQUE, SOIN ET SANTÉ »	1
CAEN	OUI	OUI	MASTER SANTÉ PUBLIQUE, PARCOURS « ÉTHIQUE ÉTHIQUE EN SANTÉ »	-
CLERMONT	NON	/	/	2
CORSE	-	-	-	-
DIJON	NON	/	/	1
GRENOBLE	NON	/	/	1
GUYANE	-	-	-	-
LA REUNION	-	-	-	-
LILLE	NON	/	/	-

100 COLHUM, « Sur la formation en SHS dans le futur 2^e cycle des études médicales », 16 janvier 2019. [En ligne : <https://colhum.hypotheses.org/809>, dernière consultation le 6 juin 2019.]

FACULTÉ	MASTERS			DU, DIU, ... ¹
	MASTER FLÉCHÉ EHS ²	COLLABORATION AVEC UNE AUTRE UFR/ UNIVERSITÉ	INTITULÉ DU MASTER	NOMBRE DE FORMATIONS FLÉCHÉES EHS
LILLE - UNIV. CATHO.	-	-	MASTER « INNOVATIONS EN SANTÉ » EN COURS DE DÉVELOPPEMENT (SEPT. 2020)	7
LIMOGES	NON	/	/	1
LORRAINE	-	-	MASTER SANTÉ PUBLIQUE, PARCOURS « ÉTHIQUEÉTHIQUE DU SOIN, DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DES NOUVELLES TECHNOLOGIES »	2
LYON EST	OUI	OUI	MASTER « LOGIQUE, HISTOIRE ET PHILOSOPHIE DES SCIENCES ET DES TECHNIQUES » (LYON I, LYON III) / MASTER PHILOSOPHIE, « CULTURE ET SANTÉ » (LYON III)	1 (LYON III)
LYON SUD	NON	/	/	1
MONTPELLIER	OUI	-	MASTER « SOIN, HUMANITÉS, SOCIÉTÉ »	1
NANTES	OUI	OUI	MASTER « ÉTHIQUEÉTHIQUE »	-
NICE	NON	/	/	2
PARIS DESCARTES	OUI	-	MASTER « ÉTHIQUEÉTHIQUE MÉDICALE ET BIOÉTHIQUE »	1
PARIS DIDEROT	OUI	OUI	MASTER « LOPHISS », DOUBLE CURSUS ENS MÉDECINE-HUMANITÉS (USPC)	0
PARIS EST - UPEC	OUI	OUI	MASTER PHILOSOPHIE, « ÉTHIQUEÉTHIQUE MÉDICALE ET HOSPITALIÈRE APPLIQUÉE » (PARIS EST UPEM-UPEC) ; MASTER « HUMANITÉS MÉDICALES » (RECHERCHE)	1
PARIS SUD	OUI	-	MASTER « ÉTHIQUEÉTHIQUE » (ADOSSÉ À L'ERER)	-
PARIS XIII BOBIGNY	NON	/	/	0
POITIERS	NON	/	/	3
REIMS	NON	/	/	1
RENNES	NON	/	/	2
ROUEN	NON	/	/	2
SAINT-ÉTIENNE	OUI	OUI	MASTER « MÉDECINE ET SCIENCES SOCIALES » (ENS LYON) ; MASTER « ENJEUX ET POLITIQUES DE SANTÉ » (SCIENCES PO LYON, VETAGRO SUP LYON)	-
SORBONNE UNIV.	NON	/	/	0
STRASBOURG	OUI	-	MASTER « ÉTHIQUEÉTHIQUE » (ADOSSÉ À L'ERER, PLUSIEURS PARCOURS) ; MASTER SCIENCES POLITIQUES « SANTÉ, ENVIRONNEMENT, POLITIQUE » (IEP STRASBOURG/FACULTÉ DE MÉDECINE)	-
TOULOUSE (P)		-	-	-
TOULOUSE (R)	OUI	OUI	MASTER « ÉTHIQUEÉTHIQUE DU SOIN ET RECHERCHE » (TOULOUSE I, II, III)	1

FACULTÉ	MASTERS			DU, DIU, ... ¹
	MASTER FLÉCHÉ EHS ²	COLLABORATION AVEC UNE AUTRE UFR/ UNIVERSITÉ	INTITULÉ DU MASTER	NOMBRE DE FORMATIONS FLÉCHÉES EHS
TOURS	OUI	-	MASTER « DIPLÔME DE PRÉPARATION À LA RECHERCHE EN SCIENCES HUMAINES »	2
UVSQ	NON	/	/	1
VUE GLOBALE	MASTER EHS : OUI : 35,89% ; NON : 46,15% ; ABS. : 17,95%		3 FACULTÉS SANS DU, DIU, ETC. EN EHS	

Fig. 7 – Les formations complémentaires en éthique et humanités en santé au sein ou hors des facultés de médecine françaises (2019).

¹ Diplômes universitaires (DU), Diplômes inter-universitaires (DIU), formations courtes, certificats, etc.

² Nous ne tenons pas compte des Masters exclusivement tournés vers la santé publique. Toutefois, entrent dans notre champ d'investigation les parcours « ÉthiqueÉthique » de certains masters mention Santé publique.

Un nombre croissant de Masters spécifiquement dédiés aux humanités en santé ou à l'éthique médicale ont vu le jour ces dernières années, dans la plupart des grandes villes universitaires. On peut donc se réjouir que ce type de formation soit de plus en plus accessible aux étudiants sur le territoire national, même si un certain nombre de Masters restent en réalité ouverts uniquement aux professionnels de santé déjà en exercice souhaitant acquérir une compétence spécifique en éthique ou en humanités. Les thématiques les plus fréquentes abordées par les Masters concernés sont l'éthique médicale, la notion de « soin » et ses diverses ramifications philosophiques, les enjeux politiques et technologiques de la santé de demain. Cependant, un grand nombre de facultés restent largement à l'écart de ce mouvement, 18 universités au moins ne proposant pas de formation au niveau master en éthique et humanités. Si certains Masters sont organisés directement par la faculté de médecine, comme le Master « Humanités médicales » de l'Université d'Aix-Marseille, d'autres sont rattachés à d'autres UFR, voire à d'autres universités de la même ville, comme à Bordeaux par exemple, où les enseignements du Master « Soins, Éthique et Santé », ouvert aux étudiants de médecine, sont dispensés par l'Université Bordeaux-Montaigne (Bordeaux III) et non par l'Université de Bordeaux dont dépend la faculté de médecine. C'est également le cas à Lyon, où le Master « Culture et santé », dépend de l'université Lyon III. À Paris-Diderot en revanche, la collaboration se joue entre UFR, le « Master Lophiss » étant proposé par le Département d'Histoire et de philosophie des sciences. Même si les modalités concrètes de ces dispositifs de collaboration inter-universitaire et inter-UFR sont difficiles à apprécier, il est certain que de telles initiatives transversales doivent être encouragées et que les facultés de médecine, à défaut d'établir en leur sein propre un département d'humanités, gagnent à multiplier les ponts qui les lient aux facultés de sciences humaines. Enfin, certains masters d'Éthique sont adossés aux Espaces de Réflexion Éthique Régionaux (ERER), qui font alors office de plateforme d'échange entre l'hôpital, la faculté de médecine et l'enseignement d'éthique, comme c'est le cas à Paris Sud et à Strasbourg.

Le développement des masters d'humanités en santé et d'éthique médicale, de même que la multiplication des dispositifs de formation continue (DU, DIU, etc.) consacrés à ces mêmes questions, doivent être salués comme une avancée majeure. Même si l'on peut regretter qu'un certain nombre de masters restent tributaires d'un ancrage disciplinaire différent – généralement la santé publique –, il faut porter au crédit de ces formations « complémentaires » mais nécessaires, d'avoir montré que les humanités pouvaient être autre chose qu'un outil de sélection en première année ou qu'un vernis destiné à redorer le blason des sciences biomédicales. Masters et DU permettent en effet de donner aux humanités en santé une nouvelle

place institutionnelle, ancrée à la fois dans leur dimension professionnalisante pour les praticiens et dans leur fécondité pour la recherche. Ces formations présentent de plus l'avantage d'être souvent ouvertes aux professionnels de santé, médecins ou non médecins. Ces formations restent optionnelles et constituent des voies parallèles riches, mais suivies par une minorité d'étudiants. On peut donc souhaiter que ces voies soient davantage fréquentées dans le futur, ce qui suppose qu'elles soient à la fois encouragées, soutenues et valorisées sur tout le territoire par le système d'enseignement supérieur.

Enseignants, enseignements, recherche

FACULTÉ	ENSEIGNANTS SHS ¹	ENSEIGNANTS SHS RATTACHÉS/NON-RATTACHÉS À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ²	DÉPARTEMENT DE SHS AU SEIN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
AIX-MARSEILLE	OUI	1 PU ³ PHILOSOPHIE	DPT. SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
AMIENS	OUI	1 MCU ⁴ HISTOIRE DES SCIENCES	UNITÉ EPISTÉMOLOGIE, HISTOIRE DES SCIENCES ET TECHNIQUES
ANGERS	OUI	1 MCU HDR PHILOSOPHIE 1 MCU SOCIOLOGIE	NON
ANTILLES	NON	/	-
BESANÇON	-	-	-
BORDEAUX	OUI	1 PU PHILOSOPHIE, 1 MCF SCIENCES DE L'ÉDUCATION NON-RATTACHÉS : PU/MCF ANTHROPO., SOCIO., ÉTHIQUE ÉTHIQUE	NON
BREST UBO	OUI	1 MCU SOCIOLOGIE [1 MCU ANTHROPOLOGIE, RETRAITÉ] NON-RATTACHÉ : 1 MCF PHILOSOPHIE	NON
CAEN	OUI	1 MCU SOCIOLOGIE	NON
CLERMONT	-	-	-
CORSE	NON	/	-
DIJON	OUI	NON-RATTACHÉ : 1 MCF SOCIOLOGIE	-
GRENOBLE	-	-	-
GUYANE	-	-	-
LA REUNION	-	-	-
LILLE	OUI	1 MCU PHILOLOGIE 1 MCU ANTHROPOLOGIE	NON
LILLE - UNIV. CATHO.	OUI	EQUIPE ETHICS (EA 7446) : PHILO., SC. DE L'ÉDUCATION	-
LIMOGES	-	-	-
LORRAINE	OUI	1 MCU DROIT 1 MCU SOCIOLOGIE	NON
LYON EST LYON SUD	OUI	1 PU, 1 MCU HDR, 2 MCU PHILOSOPHIE, 1 MCU HISTOIRE DES SCIENCES, 1 MCU ANTHROPOLOGIE.	COLLÈGE DES HUMANITÉS ET SCIENCES SOCIALES
MONTPELLIER	OUI	1 PU SOCIOLOGIE, 1 MCU PHILOSOPHIE	DPT. DE SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES EN MÉDECINE
NANTES	OUI	NON-RATTACHÉ : 1 MCF PHILOSOPHIE	NON
NICE	OUI	NON-RATTACHÉ : 1 PU PHILOSOPHIE	DPT. ÉTHIQUE ÉTHIQUE ET SCIENCES HUMAINES
PARIS DESCARTES	-	EQUIPE LEM (EA 4569) EQUIPE CERMES3	-
PARIS DIDEROT	OUI	NON-RATTACHÉ : PLUSIEURS MCF EN PHILOSOPHIE, HISTOIRE DES SCIENCES, ANTHROPO., LITTÉRATURE, ETC.	DPT. D'HISTOIRE ET DE PHILOSOPHIE DES SCIENCES (DISTINCT DE LA FACULTÉ)
PARIS EST - UPEC	OUI	1 MCU PHILOSOPHIE, EQUIPE UPEC/UPEC NON-RATTACHÉ : 1 MCF HDR PHILOSOPHIE	-

FACULTÉ	ENSEIGN-ANTS SHS ¹	ENSEIGNANTS SHS RATTACHÉS/NON-RATTACHÉS À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ²	DÉPARTEMENT DE SHS AU SEIN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS SUD	OUI	1 PU ÉTHIQUE MÉDICALE + EQUIPE ESPACE ÉTHIQUE/ES3 EA1610	DPT. DE RECHERCHE EN ÉTHIQUE
PARIS XIII BOBIGNY	OUI	EQUIPE IRIS (UMR 8156) : SOCIO., DROIT, ETC.	-
POITIERS	-	-	-
REIMS	-	-	-
RENNES	OUI	1 MCU PHILOSOPHIE	NON
ROUEN	OUI	NON-RATTACHÉ : 1 PU SOCIOLOGIE	-
SAINT-ÉTIENNE	OUI	NON-RATTACHÉ : EQUIPE TRIANGLE (UMR 5206) : PLUSIEURS MCF SOCIO./SC. POLITIQUE	-
SORBONNE UNIV.	OUI	1 PU PHILOSOPHIE 1 CHERCHEUR MÉDECINE /ÉTHIQUE	DPT. D'ÉTHIQUE
STRASBOURG	OUI	1 PU HISTOIRE, 3 MCF HISTOIRE, PLUSIEURS ATER/POST-DOC.	DPT. D'HISTOIRE DES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ
TOULOUSE (P)	-	-	-
TOULOUSE (R)	-	-	-
TOURS	OUI	2 CHARGÉS DE COURS PHILOSOPHIE	-
UVSQ	OUI	1 MCU HDR PHILOSOPHIE	-

Fig. 8 – Les enseignants de SHS dans les facultés de médecine française : un aperçu (2019).

¹ Enseignants de sciences humaines et sociales (philosophie, sociologie, histoire, science politique, droit, littérature, etc.) intervenant dans la formation de premier et second cycle des études médicales.

² Nous différencions le cas d'enseignants directement rattachés à la faculté de médecine (ayant été recrutés par la faculté de médecine) et le cas d'enseignants intervenant au sein de la faculté mais étant rattachés à une autre institution ou à une autre UFR de la même université.

³ PU : Professeur des Universités.

⁴ MCU : Maître de conférences des Universités, sigle généralement utilisé pour les maîtres de conférences praticiens hospitaliers (MCU-PH). Nous l'utilisons ici pour distinguer les maîtres de conférences rattachés aux facultés de médecine (MCU) des maîtres de conférences rattachés à d'autres UFR (abrévié MCF).

Une majorité de facultés – 25 d'après notre recensement, peut-être plus si l'on tient compte des données manquantes – ont aujourd'hui recours à des enseignants formés et spécialisés en sciences humaines et sociales. 20 facultés seulement disposent toutefois d'enseignants titulaires *qualifiés* en sciences humaines et sociales, faisant partie du personnel de la faculté, tandis que dans les autres cas, les enseignants sont rattachés à des facultés ou à des universités différentes, le plus souvent aux UFR de Sciences humaines de la même université. La collaboration inter-UFR ou inter-universitaire semble donc se développer, ce qui confirme ce que nous avons noté plus haut à propos des formations de master. Soulignons cependant que sur le long terme, il est souhaitable que les facultés de médecine recrutent des enseignants-chercheurs de sciences humaines spécifiquement chargés de participer à la formation des futurs médecins, afin que ceux-ci puissent se consacrer entièrement à enrichir, notamment par leur recherche, un enseignement d'humanités de qualité, qui ne soit pas « plaqué » sur la formation médicale, mais qui s'y inscrive de façon intégrée et soit inhérent à la formation en médecine. De ce point de vue, un financement fléché du Ministère de l'enseignement supérieur pourrait être assez avantageux, si l'on imagine un système mixte où le financement n'est pas alloué automatiquement par le Ministère, mais sur proposition des facultés, en fonction des projets de recherche et d'enseignement qu'elles souhaitent développer. En effet, au regard des nouvelles compétences en sciences humaines et sociales qui devront être enseignées et évaluées en fin de deuxième cycle dans le cadre des « Examens Cliniques Objectifs et Structurés » (ECOS) esquissés par la réforme en cours, il serait

souhaitable que toutes les facultés disposent d'enseignants spécialisés en sciences humaines et sociales, et non pas seulement une petite vingtaine comme c'est le cas aujourd'hui. Cela nous semble en effet indispensable pour garantir à la fois la qualité de l'enseignement et de l'évaluation, mais aussi une certaine équité territoriale entre les facultés. Il est utile de souligner également que l'évolution telle que souhaitée des études médicales a des chances raisonnables d'aboutir à l'augmentation du nombre de médecins qui auront une formation parallèle en sciences humaines et sociales, capables d'assurer avec leurs collègues non-médecins spécialistes des sciences humaines et sociales cet enseignement dans les facultés de médecine de manière intégrée au raisonnement clinique et à la pratique décisionnelle *en situation*. Les médecins qui ont un tel parcours manquent en l'état actuel.

D'après l'enquête menée par l'AUFEMO en 2006, les enseignants de statut hospitalo-universitaire de manière générale tendaient auparavant à être beaucoup plus nombreux (78%) et assuraient près de la moitié des enseignements de sciences humaines. Il est difficile de dire précisément comment la situation a évolué depuis cette date à partir des données dont nous disposons. Certes, ces enseignements sont encore pilotés ou coordonnés par des médecins dans beaucoup de facultés, notamment en PACES, mais on peut faire l'hypothèse que la place faite aux enseignants non-médecins s'est agrandie et s'est surtout institutionnalisée. Non seulement de véritables départements de sciences humaines sont apparus dans certaines facultés, mais là où l'on trouvait majoritairement des postes de PRAG¹⁰¹ et de vacataires il y a une quinzaine d'années, il y a maintenant de plus en plus de postes de maîtres de conférences, dédiés à l'enseignement des humanités en santé. Toutefois, les postes de Professeurs restent rares, ce qui pose la question de l'avancement et de la structure des carrières d'enseignants en sciences humaines choisissant d'exercer au sein des facultés de médecine. Assez rares également sont les enseignants de SHS en médecine habilités à diriger des recherches, ce qui constitue un indice supplémentaire de la jeunesse de ce champ d'étude.

Les disciplines les plus représentées parmi les enseignants de SHS en médecine sont la philosophie et la sociologie, suivies par l'histoire des sciences, l'anthropologie et le droit. Certaines facultés mettent donc davantage l'accent sur les sciences sociales, comme à Bordeaux par exemple où les enseignements de PACES en particulier sont centrés sur l'anthropologie, la sociologie et l'histoire de la santé, quand d'autres au contraire disposent d'équipes plus diverses, ou plus orientées « sciences humaines ». Certaines facultés affichent une spécialisation assez marquée, comme à Strasbourg, où l'histoire des sciences et de la médecine est particulièrement bien représentée, ou à l'Université Catholique de Lille, où l'unité ETHICS (EA 7446) se consacre à la recherche en éthique médicale et où ont été créées trois chaires d'éthique depuis 2015 (« Éthique, technologie et transhumanismes », « Éthique de l'influence », « Droit et éthique de la santé numérique »). De façon générale, plusieurs universités accueillent des laboratoires ou des unités de recherche qui fournissent des spécialistes susceptibles d'intervenir dans la formation des médecins, c'est par exemple le cas à Paris Descartes (Laboratoire d'Éthique Médicale et de Médecine Légale, EA 4569 ; Centre de Recherche médecine, Sciences, Santé, Santé mentale, Société) ou à Lyon (S2HEP, Sciences, Société, Historicité, Education, Pratiques, EA 4148). Dans les grandes villes universitaires émerge donc assez souvent un maillage de recherche et d'enseignement incluant les départements de sciences humaines des facultés de médecine, certaines autres facultés ou établissements d'enseignement, des laboratoires de recherche en sciences humaines et en éthique, et enfin, dans certains cas, les Espaces de Réflexion Éthique Régionaux.

Ainsi un décalage assez net persiste-t-il entre les grandes facultés d'une part, disposant de véritables équipes d'enseignants en SHS ou profitant de la proximité de laboratoires ou d'universités riches en

101 Professeurs agrégés du secondaire en poste dans l'enseignement supérieur.

spécialistes, comme à Paris, à Lyon ou à Strasbourg, et les « petites » facultés de province et d'outre-mer d'autre part, accueillant de moindres effectifs d'étudiants et disposant d'équipes enseignantes plus restreintes, pour les SHS comme pour les disciplines biomédicales. Aussi n'est-ce peut-être pas un hasard si les données manquent précisément pour la plupart de ces facultés, comme Poitiers, Reims, Grenoble ou Limoges.

La délicate question du contenu des enseignements. Unifier et « dialectiser » l'enseignement des humanités, deux défis majeurs

Nous ne prétendons pas ici aborder dans son exhaustivité la question du contenu des enseignements d'éthique et d'humanités en santé, extrêmement variables selon les facultés et difficile à évaluer au vu du peu d'informations en accès libres sur ce chapitre. Nous ne souhaitons pas non plus dresser ici la liste des multiples innovations pédagogiques mises en place en France et à l'étranger depuis quelques années dans le domaine des humanités en santé. Nombreuses en effet sont les initiatives fructueuses qui ont fait leur place au cinéma¹⁰², à la littérature¹⁰³, ou même à la musique¹⁰⁴ dans les études de santé. Ces initiatives, même si elles restent très souvent en marge du tronc commun des études, doivent être encouragées : c'est par un mouvement soutenu d'expérimentation pédagogique et interdisciplinaire que l'on saura déterminer les modalités les plus pertinentes d'un enseignement dont la transmission est toujours délicate.

En ce qui concerne le contenu des enseignements de SHS dans le tronc commun du cursus médical, deux écueils majeurs semblent être récurrents :

1. La grande hétérogénéité et le manque de continuité entre les contenus enseignés sur toute la durée de la formation initiale des médecins ;
2. Le risque de « déproblématisation » et de « déshumanisation » des humanités en santé, le plus souvent reçues par les étudiants sur le mode de l'ingestion passive et restituées mécaniquement après une phase de bachotage plus ou moins intense.

Face à ces deux écueils, deux tâches s'imposent : l'unification des enseignements d'éthique et d'humanités par un fil conducteur souple mais non moins solide ; la « dialectisation » de ces enseignements, afin de favoriser un usage critique, vivant, dialogique des connaissances transmises, toujours remises en perspective et *activement* incorporées. Unifier les enseignements d'éthique et d'humanités ne veut pas dire qu'il faut les figer dans un moule idéologique. Unification et dialectisation vont de pair : l'unité de l'enseignement qu'il s'agit de trouver n'est pas un « alignement » doctrinal mais une unité dialectique et réflexive. Il faut donc rappeler ici que les enseignants d'humanités en médecine n'ont pas vocation à prêcher des opinions constituées, si brillantes soient-elles, et encore moins une « morale » médicale ou une sorte de bagage conjuguant valeurs de bon aloi et culture générale. Si la portée des humanités en santé peut et doit être éthique, leur

102 Les enseignements de Paris-Diderot font sur ce point figure de pionniers. Voir LEFEVE, C., « Quelle place pour la clinique dans la formation éthique des futurs médecins ? De la philosophie médicale de Georges Canguilhem aux éthiques du care et de la narration : fondements philosophiques et exemples d'enseignements d'éthique utilisant le cinéma », in LEFEVE, C., BARROUX G., (dir.) *La Clinique. Usages et valeurs*, Paris : Seli Arslan, 2013, pp. 85-112. Voir également, pour une mise en contexte internationale, SHAPSHAY, S., *Bioethics at the movies*, Baltimore : Johns Hopkins University Press, 2009.

103 Voir DANOU, G. *Langue, récit, littérature dans l'éducation médicale*, 2^e édition, Limoges : Lambert-Lucas, 2016 ; MARTHOURET, T. « Medical Humanities in the English classroom: building student's professional identity through poetry », *Revue du GERAS*, 70, 2016, pp. 65-85 [Université de Bordeaux] ; KAHANE, B., LEVY-SOUSSAN, M., BLACHER, J. « L'enseignement de la médecine à l'épreuve de la fiction », *Les Tribunes de la santé*, 2(11), 2006, pp. 55-79.

104 Voir entre autres : LEDGER, A., JOYNES, V., « 'A huge part of my life' : Exploring links between music, medical education, and students' developing identities as doctors », *MedEdPublish*, 7(3), 2018, p. 45.

horizon est intellectuel avant d'être moral¹⁰⁵ : elles doivent d'abord s'occuper d'argumentation, d'interprétation et de rigueur intellectuelle. Les contenus transmis dans les cours de sciences humaines doivent donc être soigneusement adaptés, travaillés, ciselés, par des enseignants qualifiés, disposant d'une solide formation académique dans ce domaine et capables d'articuler des lignes de questionnement pertinentes et non leurs théories personnelles ou les préceptes hérités de leurs maîtres.

La pluridisciplinarité des enseignements d'humanités en santé est décisive. Elle est aussi très périlleuse. En effet, dispenser un enseignement pluridisciplinaire convaincant est beaucoup plus contraignant que de donner un cours défini par les bornes méthodologiques et théoriques traditionnelles d'une seule et même discipline. La pluridisciplinarité demande du temps et de l'investissement de la part des enseignants, si elle veut éviter de n'être que le voile pudique d'une accumulation de perspectives désordonnées. Il n'y a pas d'*évidence* dans la communication des savoirs : celle-ci doit faire l'objet d'une entente, d'un processus de re-connaissance, elle doit être construite, négociée, *légitimée*. Ces réflexions, en apparence simple, sont infiniment complexes à mettre en pratique, ce qui explique pourquoi bon nombre de facultés choisissent d'assumer le caractère hétéroclite des enseignements d'humanités en santé, en particulier en PACES où les disciplines, les thématiques et les intervenants se succèdent sans se répondre et parfois sans se concerter¹⁰⁶. D'autres facultés tentent au contraire autant que possible de donner une ligne directrice thématique à ces enseignements, quitte à laisser de côté certains aspects du programme. C'est notamment le cas à Lyon Est¹⁰⁷ où un thème annuel est choisi en PACES, ainsi qu'à l'Université Catholique de Lille, où l'enseignement des humanités et de l'éthique est abordé sous l'angle du professionnalisme médical¹⁰⁸. En PACES, l'enseignement est ainsi déterminé par un thème pluriannuel (le cancer, le handicap), à partir duquel l'équipe pédagogique déploie différentes aires de réflexion (sur la technologie, l'avenir des systèmes de santé, la relation de soin, etc.). En deuxième et en troisième année, les enseignements prennent place en lien avec le stage infirmier et la confrontation avec les pratiques de soin, dans une optique d'« apprentissage expérientiel » (mises en situation, jeux de rôle, auto-évaluation) clairement poursuivie en deuxième cycle, où les étudiants sont davantage formés à l'éthique clinique.

Une telle démarche fait assurément gagner en unité et en cohérence, mais cela se paye d'une restriction nécessaire du cadre pédagogique et méthodologique de l'enseignement. Certaines facultés ont ainsi exploré une autre possibilité : le recours à un programme d'œuvres, comme à l'Université de Lille II, constituant une référence commune pour tous les intervenants. Dans la même veine, on peut imaginer que la pratique anglo-saxonne du syllabus, sorte de « feuille de route » consistant à donner à l'avance le plan du cours ainsi que le programme des séances et des lectures préparatoires, pourrait aider les étudiants à se repérer dans un parcours qui trop souvent leur semble précisément, *déroutant*, désorientant, parce que « fourre-tout ». On ne peut également que supposer la haute nécessité d'un cours d'introduction, embrassant toutes les thématiques abordées en les nouant dans un faisceau problématique commun, à partir duquel les étudiants pourraient mieux se repérer.

La problématisation est en effet essentielle : c'est d'elle que dépend le potentiel réflexif et critique des enseignements d'humanités en santé. Or, le « poly » ou les « ronéos » se voient bien souvent chargés

105 LOUIS-COURVOISIER, M., « Pertinence des sciences humaines et sociales en médecine », *Pédagogie Médicale*, 16(1), 2015, p. 6.

106 GAILLARD, M., LECHOPIER, N., *art. cit.*, 2015, p. 26.

107 *Ibid.*, p. 27.

108 AIGUIER, G., « Développer la compétence éthique dans la formation médicale : pourquoi ? comment ? », *Tréma*, 47, 2017, pp. 103-115.

d'une valeur quasi-scripturaire. En effet, d'eux seuls se peuvent déduire les contenus susceptibles de faire l'objet des épreuves du concours : ils définissent les critères de ce qu'il faut « savoir », c'est-à-dire savoir *restituer*, par cœur et sans détours. D'où la « réification » et la « déshumanisation » paradoxales dont les humanités peuvent faire l'objet, en particulier en PACES, du fait du système d'enseignement et d'évaluation qui les accompagne¹⁰⁹. À l'heure où nos systèmes de santé et la relation des soignants et des soignés elle-même semblent ne pas pouvoir sortir de la crise qui les accable, il est donc urgent de dépasser la logique de standardisation des enseignements d'humanités, au profit d'une logique de *dialectisation*, redonnant un souffle critique et, peut-être, vital au soin. Cela suppose, il est vrai, de réfléchir à d'autres modalités de contrôle des connaissances, avant tout en PACES, qui fassent plus de place aux qualités d'argumentation, d'analyse et de synthèse, ce qui est inséparable, répétons-le d'un encadrement méthodologique soutenu des étudiants, afin de leur permettre de progresser. Ne pouvant qu'espérer que les réformes en cours du premier cycle des études médicales prennent en compte ces quelques remarques, nous y joignons celles de Canguilhem, prémonitoires comme souvent :

N'est-il pas surprenant que l'enseignement de la médecine porte sur tout, sauf sur l'essence de l'activité médicale, et qu'on puisse devenir médecin sans savoir ce qu'est et ce que doit être un médecin ? À la Faculté de médecine, on peut apprendre la composition chimique de la salive, on peut apprendre le cycle vital des amibes intestinales de la blatte de cuisine, mais il y a des sujets sur lesquels on est certain de ne recevoir jamais le moindre enseignement : la psychologie du malade, la signification vitale de la maladie, les devoirs du médecin dans ses relations avec les malades (et pas seulement avec ses confrères et avec le juge d'instruction), la psychosociologie de la maladie et de la médecine [...].¹¹⁰

HORS LES MURS. QUELS ENSEIGNEMENTS EN DEHORS DES FACULTÉS DE MÉDECINE ?

Si l'enseignement des humanités en santé se développe aujourd'hui au sein des facultés de médecine, avec les limites que nous avons évoquées, là n'est pas son seul terrain d'épanouissement. Nous ne saurions en effet laisser ici de côté tout une constellation d'initiatives connexes, prenant place hors des murs des facultés de médecine, qui participent pleinement à la richesse et au renouvellement d'un champ en pleine expansion.

À l'Université : un aperçu des humanités en santé hors des facultés de médecine

Plusieurs facultés de sciences humaines proposent aujourd'hui des formations en humanités et santé, ouvertes aux étudiants de médecine et souvent aux étudiants de sciences humaines. Nous avons en particulier déjà mentionné le cas de certaines facultés partenaires des facultés de médecine, proposant des Masters en humanités, en philosophie ou en éthique, comme à l'Université Bordeaux-Montaigne (Master « Soins, Éthique et Santé »), à l'Université Lyon III (Master « Culture et Santé »), à l'Université de Toulouse (Master « Éthique en Soins et Recherche », transversal aux trois universités Toulouse I, Toulouse II et Toulouse III), ou à l'Université Paris-Est Marne-la-Vallée (Master « Humanités médicales », Master « Éthique médicale et hospitalière appliquée »), dont le Laboratoire Interdisciplinaire d'Étude du Politique Hannah Arendt (LIPHA), en cotutelle avec l'UPEC, comporte une importante aire de recherche en éthique. L'Université Sorbonne Nouvelle (Paris III) propose quant à elle un Diplôme Universitaire d'un an en « humanités médicales », destiné à tous les

109 GAILLARD, M., LECHOPIER, N., *art. cit.*, 2015, p. 32.

110 CANGUILHEM, G., « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité » (1959), in *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris : Vrin, 1968, p. 390. Cité par LEFEVE, C., MINO, J.-Ch., « Former de vrais thérapeutes. La place des sciences humaines et sociales dans les études de médecine », *Études*, 2(414), 2011, p. 189.

étudiants de médecine des universités à partir de la deuxième année d'études ainsi qu'aux professionnels de santé déjà établis. La part faite aux arts et à la littérature dans ce DU est assez considérable, ce qui est suffisamment rare dans le paysage des humanités médicales françaises pour mériter d'être noté.

On peut également citer l'exemple du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), où a été créée en 2018 une chaire « Humanités et santé », au sein de l'Équipe Pédagogique Nationale 12 « Santé, solidarité ». La chaire, visant à combler un besoin de formation et de recherche en sciences humaines et sociales, appliquées aux territoires de la santé et du soin, défend une approche innovante de la fonction soignante et des mutations contemporaines de l'hôpital. Porteuse d'un nouveau modèle de la formation au soin, elle s'inscrit dans une logique d'ouverture théorique et professionnelle, tentant de structurer et de penser un espace d'échanges où puissent dialoguer expériences de terrain, paroles d'experts et réflexion citoyenne.

Inauguré à peu près au même moment que la chaire « Humanités et santé » du CNAM, le programme « Médecine-Humanités » de l'École Normale Supérieure (ENS) de Paris, forte de sa tradition de formation pluridisciplinaire, propose également un cursus en humanités à certains étudiants de médecine de deuxième année, recrutés sur la base de leur dossier et de leurs résultats à deux courtes épreuves, comprenant un oral et un écrit. Prenant la suite du programme « Médecine-Sciences » ouvert en 2005, le programme « Médecine-Humanités », soutenu par la Fondation Bettencourt-Schueller — qui apporte notamment une aide financière aux étudiants — consiste en une scolarité aménagée, permettant d'obtenir, en plus de la formation médicale classique, un Master en humanités (philosophie, littérature, sciences sociales, etc.) et le Diplôme de l'École Normale Supérieure. En plus de l'accès à l'offre de cours de l'ENS, un séminaire spécifique est proposé aux étudiants du programme — consacré en 2018/2019 à la question de la naissance — faisant intervenir à la fois des médecins et des spécialistes de sciences humaines.

À l'hôpital : les lieux non-académiques de la réflexion éthique

Dans le maillage territorial complexe des initiatives de réflexion en éthique et en humanités en santé, il faut souligner le rôle décisif joué par les Espaces de Réflexion Éthique Régionaux (ERER). Instaurés par la loi du 6 août 2004, les ERER assurent des missions de formation, de documentation et d'information, et organisent de multiples rencontres, échanges et événements à la croisée de plusieurs disciplines. Ils sont adossés à des centres hospitalo-universitaires (CHU) et placés sous la tutelle des Agences Régionales de Santé (ARS)¹¹¹. Comme ont pu en témoigner les États Généraux de la Bioéthique de 2018, les ERER tiennent une place importante dans la « vie » de l'éthique à l'échelle régionale, notamment en mettant en lien les universités, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. Leur rôle, actuel et futur, dans l'enseignement des humanités en santé ne doit donc pas être négligé, en particulier leur participation à la création de groupes de travail locaux ainsi qu'à la formation continue des soignants.

À l'échelle de l'hôpital, les comités locaux d'éthique clinique peuvent également remplir une fonction cruciale. Ces comités, à vocation consultative, constituent un espace de discussion pour les praticiens, où peuvent s'élaborer diverses propositions et recommandations en matière d'éthique, portant sur l'institution dans son ensemble ou sur certains cas particuliers jugés « difficiles » par les soignants. Ces comités locaux peuvent donc, là encore, être un lieu où la sensibilisation et la formation — l'auto-formation — à la pratique de l'éthique peuvent véritablement faire progresser les humanités en santé. De façon générale, l'hôpital

¹¹¹ En ligne, voir notamment : <https://etatsgenerauxdelabioethique.fr/pages/les-espaces-de-reflexion-Ethique-regionaux>; https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_n01_fiche_miq_ereri.pdf, dernière consultation le 6 juin 2019.

semble aujourd'hui s'ouvrir de plus en plus comme un espace où la formation et la discussion éthique ont leur place, comme en témoigne la multiplication des « cafés éthiques » en leur sein, auxquels s'ajoutent nombre de conférences ponctuelles et de cycles de séminaires annuels, qui ne se tiennent plus seulement dans les salles de classe ou les amphithéâtres des facultés. Tout se passe comme si l'éthique et les humanités reconquerraient par là la clinique dont elles avaient été tenues à l'écart, probablement parce que mal comprises. Tout se passe comme s'il fallait aujourd'hui réinvestir l'hôpital comme lieu de l'humain et des humanités, en enseignant celles-ci au plus près de la pratique clinique. Un bon exemple en est que certains enseignements d'un réseau de chercheurs de l'UPEM auquel l'usage a donné le nom d'« École éthique de la Salpêtrière », prennent aujourd'hui place dans les locaux de l'Hôpital Piété-Salpêtrière.

Dispositifs hybrides et innovants : sur l'émergence d'un récent écosystème d'enseignement et de recherche en humanités et santé

Ayant poussé plus loin encore le réinvestissement de l'hôpital par les humanités et, tout particulièrement, par la philosophie, la « Chaire de Philosophie à l'Hôpital », association basée au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de Paris « Psychiatrie et Neurosciences », multiplie depuis janvier 2016 les expériences d'enseignement et de recherche, notamment à Saint-Anne et à l'Hôtel-Dieu. La « Chaire » s'emploie à « réinventer la fonction soignante en partage entre le médecin et son patient, entre l'hôpital et le reste de la société, en particulier l'école et l'université », notamment en réintroduisant les humanités au cœur du soin, au cœur d'un hôpital en crise qu'il s'agit, lui aussi, de soigner. Soigner, décroïsonner, reconstruire l'hôpital, cela suppose d'en faire un lieu commun, un « *common* », c'est pourquoi la Chaire tente autant que possible de mettre ses travaux à la disposition de tous, mais aussi de tisser des liens avec un maximum d'acteurs du soin et des humanités, aussi bien publics que privés — l'Université des Patients, le programme « La Personne en médecine », la chaire Hospinommics, le Laboratoire iLumens ou encore l'agence de *design* « les Sismo » (voir Fig. 9).

La Chaire de Philosophie a également développé ses activités sur le territoire national et à l'étranger, en mettant en place des accords avec le CHU de Clermont-Ferrand notamment (mise en place d'un DU), l'hôpital Saint-Antoine à Paris (création d'une chaire « Humanités et santé ») ou encore l'Hôpital de Bamako, en partenariat avec l'ONG Santé Diabète. La Chaire de Philosophie n'est toutefois pas qu'un espace de mise en communication d'institutions existantes : elle constitue en elle-même un lieu de formation propre et est en particulier dotée d'un espace doctoral, rattaché principalement, lorsqu'il s'agit d'une tutelle, à l'école doctorale « Abbé Grégoire » du CNAM, et pouvant accueillir également en co-tutelle des doctorants issus d'établissements partenaires (PSL-ENS Lettres et Sciences, PSL-Mines-ParisTech, etc.).

La Chaire de Philosophie est de plus étroitement associée à un autre dispositif, l'Université des patients, affilié à la faculté de médecine de Sorbonne Université. Si l'Université des patients n'entre pas à proprement parler dans le champ de la formation des futurs professionnels de santé à l'éthique et aux humanités, nous ne pouvons pour autant ici laisser de côté cet exemple majeur de la transformation des coordonnées de la relation de soin. L'Université des patients offre en effet un éventail de formations diplômantes (DU) non pas aux étudiants en santé, mais, comme son nom l'indique, aux *patients* eux-mêmes et, plus spécifiquement, aux patients-experts issus du monde associatif. Née en 2009, l'Université des patients compte aujourd'hui parmi ses « étudiants » ou anciens étudiants plus de 120 patients. Allant au-delà de la simple délivrance d'un diplôme d'éducation thérapeutique, l'Université des patients contribue à consolider l'expertise des patients, en légitimant leur rôle *professionnel* au sein de la fonction soignante, comme pivots de l'accompagnement d'autres patients mais aussi des soignants eux-mêmes.

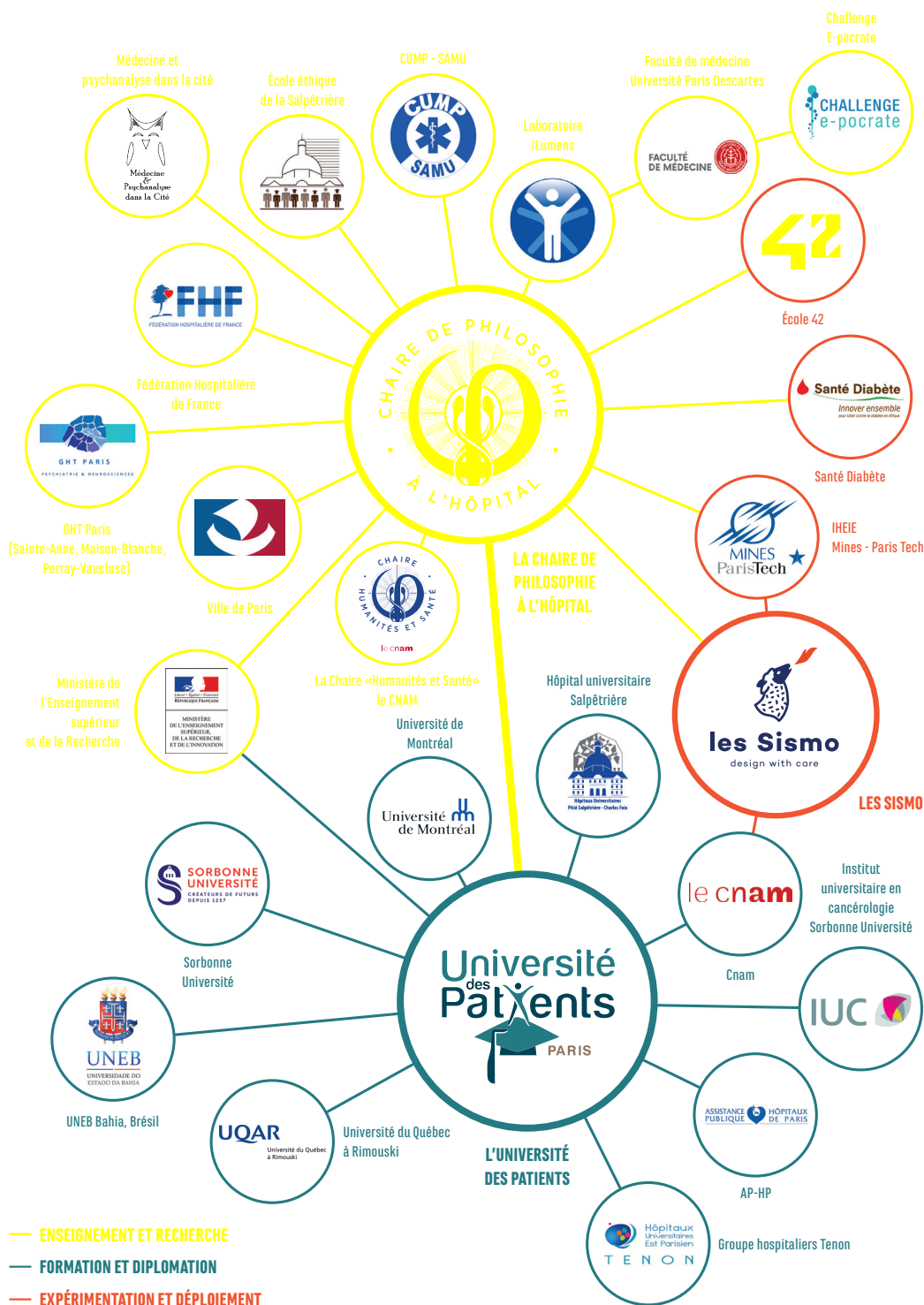


Fig. 9 – Chaire de Philosophie à l’Hôpital et Université des Patients : aperçu d’un écosystème.
 Source : Chaire de Philosophie à l’Hôpital, Rapport d’activité 2016-2018, Paris, 2019.

Université des patients et Chaire de Philosophie occupent donc cette place paradoxale, étrangère sans être marginale, « excentrique » sans être périphérique, qui remet en cause les partages traditionnels du savoir et du pouvoir. L’écosystème qu’elles embrassent permet en effet d’exhiber, comme par contraste, les paramètres institutionnels souvent sclérosés de l’enseignement français. S’il s’agit effectivement de rénover

l'hôpital et la formation des futurs soignants par les humanités, alors il faut aussi déconstruire le faisceau des relations de pouvoir-savoir qui font barrage à la transmission de connaissances et de compétences critiques et réflexives — dynamiques d'autorité et d'intimidation qui traversent trop souvent l'université, confiscation de l'expertise, délégitimation des savoirs expérimentiels et profanes, « académisation » rigide de l'apprentissage. Il y a donc aussi une dimension institutionnelle et politique de la redéfinition de l'enseignement des humanités dans les études de santé, qu'il faut bien se garder ici d'occulter si le soin doit effectivement être une fonction *en partage*.

TENTATIVE DE BILAN CRITIQUE

À partir du tableau que nous venons de brosser et malgré ses évidentes imperfections, on peut tenter de faire ressortir quelques traits saillants, que nous classerons très simplement en deux catégories : d'un côté, les atouts et les mérites, de l'autre, les failles et les faiblesses.

Du côté des mérites, tout d'abord :

1. Il faut prendre en compte le caractère obligatoire de l'enseignement de SSH en PACES, permettant d'introduire les étudiants français à de très nombreux aspects des sciences humaines et sociales. Notons également l'important volume horaire qui lui est alloué dans la quasi-totalité des facultés, qui suivent en cela une quasi-norme nationale. Ces éléments, il faut le souligner, singularisent — positivement — la France dans le paysage international de l'enseignement des humanités en santé.
2. Le récent développement des masters et formations courtes (DU, DIU, Certificats, etc.) en éthique et en humanités est très encourageant. La multiplication des dispositifs de collaboration interdisciplinaire, inter-facultaire, inter-universitaire, favorise également l'expansion et l'institutionnalisation progressive du champ des humanités en santé.
3. Même si elles sont trop souvent concentrées à Paris, plusieurs initiatives innovantes donnent aujourd'hui l'exemple et constituent un écosystème dynamique, multipliant les expériences d'enseignement et de recherche et offrant une visibilité nouvelle aux humanités en santé.
4. Parallèlement, la recherche académique en éthique et humanités en santé s'est structurée et a gagné en reconnaissance institutionnelle (chaires, unités de recherche dédiées, etc.), mais elle a aussi permis l'émergence d'un corpus spécifiquement français de pensée du soin et de la santé, qui pourrait permettre de donner une assise théorique forte et singulière à l'enseignement des humanités dans la formation des professionnels de santé.

En ce qui concerne les faiblesses, la liste est un peu plus longue :

1. Le volume horaire et le poids, en termes de coefficients, attribués aux sciences humaines en première année ont indubitablement reculé par rapport à la période 1994-2009, comme nous l'avons déjà souligné.
2. Le caractère disparate et discontinu de l'enseignement des humanités en santé, en particulier en PACES, reste un problème, qui porte notamment préjudice à la légitimité et à la crédibilité des sciences humaines et sociales, déjà peu considérées, le plus souvent, par le public des médecins et des étudiants en médecine.
3. L'aspect, à quelques exceptions près, « désertique » de l'enseignement des humanités et de l'éthique en deuxième cycle doit également être interrogé et rapidement corrigé, d'autant plus que l'externat

apparaît comme une phase cruciale pour incorporer ces enseignements à l'apprentissage clinique, nécessaire si l'on considère les humanités et l'éthique non pas seulement comme un bagage théorique abstrait mais comme un ensemble de ressources alimentant *effectivement* les décisions et la pratique des professionnels de santé. Plus spécifiquement, il nous semble que l'éthique devrait être enseignée pendant le 2^{ème} cycle comme une composante majeure des processus cognitifs de décision médicale. Cet aspect clé de l'éthique dans la pratique de la décision en santé, devant être adossé aux connaissances en SHS acquises par les étudiants, acquisition qui se fait en l'état actuel en majorité au 1^{er} cycle.

4. L'évaluation standardisée et le « bachotage » ou, au contraire, l'absence d'évaluation des humanités en santé dans les facultés de médecine, paraissent souvent atteindre une visée contraire à leur ambition première, certains enseignants — et étudiants — dénonçant aujourd'hui la « déshumanisation » d'enseignements censés être porteurs de réflexion critique.
5. L'enseignement des sciences humaines et sociales, en particulier en PACES, laisse parfois les étudiants désemparés : peu encadrés, livrés à une ingestion déraisonnable de connaissances même en sciences humaines, beaucoup restent circonspects quant à « l'utilité » et à la pertinence des humanités en santé, d'autres cultivant même une certaine méfiance, voire une forme de rejet de ces dernières.
6. La persistance d'enseignements non-critiques, dispensés par des enseignants non-formés spécifiquement aux sciences humaines et sociales, porte atteinte à la qualité de l'enseignement des humanités en santé, de même que les difficultés rencontrées dans certaines facultés pour dépasser la dichotomie sciences biomédicales/sciences humaines, et pour articuler un enseignement pluridisciplinaire cohérent et intégré au tronc commun des études médicales.

Dans le même temps, il nous paraît important d'encourager le double cursus de médecins spécialisés dans les SHS dans les facultés de médecine. Ceci paraît particulièrement pertinent pour les aspects décisionnels de l'éthique médicale intégrée au raisonnement clinique *en situation*, tenant compte notamment du degré d'incertitude qui est inhérent à chaque situation clinique et la nécessité d'articuler réflexion éthique et expertise clinique en identifiant les biais pouvant interférer avec la décision. Ceci dans une démarche de réflexivité, enseignée et répétée au cours du cursus médical jusqu'à devenir une démarche inhérente aux processus cognitifs de la décision du futur praticien.

Ce bilan synthétique demande toutefois à être complété par une dimension « prospective », tournée vers le futur de la formation des médecins. C'est pourquoi il s'agit maintenant pour nous d'élargir l'analyse en précisant d'une part les enjeux et les motifs de l'enseignement de l'éthique et des humanités en santé, mais aussi en identifiant d'autre part les principaux risques et difficultés qu'il suscite.

L'ÉTHIQUE ET LES HUMANITÉS EN SANTÉ : QUEL ENSEIGNEMENT POUR DEMAIN ?

RISQUES ET DIFFICULTÉS

Les risques de « dénaturation » de l'enseignement des humanités en santé

Les objectifs d'un enseignement d'humanités en santé destiné aux futurs médecins ne sont pas toujours clairs. Aussi faut-il bien s'entendre non seulement sur ce que ces dernières ne *sont* pas mais aussi sur ce qu'elles ne *visent* pas. En effet, l'un des premiers risques portés par l'enseignement des humanités en santé est l'enseignement de « mauvaises » humanités, c'est-à-dire d'humanités accessoires, idéologiques, vidées de leur substance réflexive. Les humanités en santé ne sont pas un agréable « contrepoint » aux études de sciences biomédicales, elles n'ont pas vocation à se limiter à un « changement de perspective », reposant les étudiants de la rigueur des « sciences dures », et ne constituent d'aucune façon une sorte d'« *addendum* » littéraire, fût-il critique.

Les humanités en santé ne relèvent pas d'un programme de « développement personnel » ou de perfectionnement moral : elles ne visent pas la production d'une « caste » médicale, pétrie d'une même culture et des mêmes valeurs. En ce sens, il s'agit de fournir aux jeunes médecins une formation *aux humanités* plus qu'une formation « humaniste », qui ne fait qu'entériner la division des sciences « dures » et des sciences « molles » : les humanités en santé ne forment pas le caractère, elles produisent un savoir, patiemment élaboré et documenté, qu'il s'agit d'articuler à la connaissance scientifique biomédicale. Il faut à tout prix empêcher que les humanités en santé soient reçues et enseignées comme un nouvel ordre moral.

Les humanités en santé ne sont pas non plus un *décorum*, un luxe de discours organisés pour sanctifier le prestige de la médecine, pour reverter ses déboires ou préserver son patrimoine. Enfin, les humanités en santé ne servent aucune utopie sociale de la santé parfaite, du bien-être et du bonheur humains. En effet, nous ne défendons pas des humanités utilitaristes, qui feraient « se sentir mieux » les soignants comme les soignés mais des humanités *critiques*, au sens de l'École de Francfort, qui reprisent sans cesse, par le mouvement ininterrompu de la réflexion, les pratiques et les conceptions du soin.

Faire advenir des humanités critiques dans les facultés de médecine suppose de faire une véritable place à la pluridisciplinarité, ce qui passe (1) par l'intervention d'enseignants de sciences humaines et sociales dans les enseignements d'humanités en santé, (2) par le dialogue patient des disciplines pour construire un projet commun d'enseignement, problématisé, structuré et cohérent. Cela suppose également de ne pas ménager la complexité des sciences humaines et sociales sous un prétexte de simplification « pédagogique ». Cela est en particulier vrai de l'enseignement de l'histoire de la médecine, qui gagnerait à être présentée moins comme la succession quasi-comptine de grandes étapes et de grandes figures du progrès médical que comme un champ d'enquêtes possibles, aux contours fragmentés, produisant un savoir rigoureux mais toujours provisoire. Il est en effet regrettable que les cours d'histoire de la médecine se résument trop souvent à une célébration des origines hippocratiques de cette dernière — souvent non questionnées — suivies

par l'éloge des grands hommes de la Renaissance et des révolutions du XIX^e siècle, quand la place des femmes, le rôle de figures plus controversées (ainsi Alexis Carrel que nous avons mentionné plus haut) ou des périodes riches mais ignorées (le bas Moyen-Âge) restent absents de la plupart des polycopiés et des manuels¹¹². Ces considérations sont également valables en matière d'enseignement de l'éthique médicale, fréquemment inculquée comme un « principisme » standardisé, consistant à appliquer les principes internationalement reconnus de Beauchamp et Childress (*principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice*)¹¹³ à tous les cas cliniques qui peuvent se présenter. Nous ne contestons pas le bien-fondé de ces principes, mais leur mode d'enseignement et d'utilisation : si l'on veut qu'ils soient véritablement à même d'orienter la réflexion et de baliser le cadre de la délibération éthique, alors il ne peut suffire d'en donner une présentation doctrinale figée. Il faut aussi discuter les modalités de spécification et de pondération des principes, confronter l'approche par les principes à une approche au « cas par cas » ou « casuistique »¹¹⁴, davantage attachée à traiter chaque situation de façon singulière, bref donner une présentation *critique*, non-dogmatique, de la façon de pratiquer l'éthique — et c'est précisément cela d'ailleurs qui est délicat¹¹⁵.

Les risques concernant la « réception » des humanités en santé : rejet des enseignements, décrédibilisation des humanités, creusement des inégalités

Lié à la question des objectifs et du contenu des enseignements, un deuxième risque se fait jour : leur mauvaise réception, voire leur rejet pur et simple par les futurs médecins, si les conditions nécessaires à la bonne transmission des humanités ne sont pas réunies. Même si une majorité d'étudiants sont sans doute « bien disposés » vis-à-vis de l'enseignement des humanités en santé, certains, nous l'avons dit, ne cachent pas leur perplexité, voire leur hostilité, à un enseignement qu'ils jugent critiquable, à plusieurs égards¹¹⁶. Parmi les critiques récurrentes, il y a d'abord l'accusation de « non-pertinence », parce que les humanités sont jugées « impraticables », sans applications concrètes pour la clinique, « non-scientifiques », leur légitimité d'enseignement obligatoire pouvant faire l'objet d'une profonde dévaluation de la part des étudiants.

Les premiers pas de l'enseignement des humanités en santé doivent donc être effectués dans le champ de la critique *épistémologique*, pour que les études de santé et de médecine en particulier se défassent d'un « scientisme » persistant, se muant parfois en condescendance pour toute forme de rationalité extérieure aux normes de la science expérimentale moderne. Il s'agit en effet de ne pas décrédibiliser par avance la parole des « non-médecins », de ceux qui n'ont pas une connaissance prétendument « experte » des réalités cliniques. C'est là la condition pour que se libère une parole critique, qui ne surgit pas d'emblée mais qui doit s'apprendre, être construite, élaborée dans la discussion et l'argumentation — ce qui est d'autant plus difficile dans un contexte où les étudiants sont sans cesse soumis aux règles d'un système d'évaluation et plus généralement d'un « solutionnisme » ambiant, où les « bonnes réponses » préexistent aux questions qu'on se pose.

Si les enseignements de sciences humaines et sociales sont critiqués par les étudiants, ils suscitent aussi très souvent, en particulier en première année, de grandes attentes de leur part. En effet, ces

112 ABSIL, G., GOVERS, P., « Comment écrire l'histoire de la médecine pour les étudiants des sciences de la santé ? », *Pédagogie Médicale*, 16(1), 2015, pp. 9-22.

113 BEAUCHAMP, T., CHILDRESS, J., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford: Oxford University Press, 1979. Pour la traduction française : *Les principes de l'éthique biomédicale*, trad. M. Fisbach, Paris : Les Belles Lettres, 2008.

114 Voir par exemple GOFFI, J.-Y., « La nouvelle casuistique et la naturalisation des normes », *Philosophiques*, 28(1), 2001, pp. 87-107.

115 Sur cette question, voir les analyses de LE COZ, P., *L'Éthique médicale...*, op. cit., p. 53 sq.

116 SHAPIRO, J., et al., art. cit., 2009.

enseignements sont paradoxalement beaucoup plus directement en prise avec les réalités concrètes du soin et de la profession de médecin que les enseignements très théoriques de physique, de chimie ou de biostatistiques que les étudiants doivent suivre en PACES¹¹⁷. En abordant les dimensions sociales, psychologiques ou éthiques du soin, les enseignements d'humanités en santé sont donc aussi en même temps censés apprendre à *soigner*. Cela explique à la fois la force et la vulnérabilité de ces enseignements, qui sont décisifs dans l'introduction à la signification du soin et à l'identité du soignant, et en même temps tout particulièrement susceptibles de créer de grandes déceptions.

L'une des façons de limiter les déceptions est bien sûr de fournir un meilleur accompagnement aux étudiants, en mettant les efforts déployés pour leur encadrement à la hauteur des exigences de la formation, et en ne laissant pas à des services privés (« boîtes à colles ») le soin de délivrer un enseignement d'humanités que l'université devrait pouvoir entièrement et adéquatement prendre en charge. Que l'université assume pleinement son rôle de former aux humanités en santé et ne se limite pas seulement à sanctionner la « culture générale » dont disposent les étudiants est également essentiel pour qu'évitent de se reproduire des inégalités socio-économiques déjà très prégnantes dans les facultés de médecine. Les humanités en santé ne peuvent pas en effet prendre le risque de discriminer les populations les moins favorisées : elles doivent au contraire être une chance pour tous.

La question des inégalités doit également être prise au sérieux d'un point de vue territorial. La forte hétérogénéité des modalités, des contenus et des situations d'enseignement selon les facultés, souvent déplorée¹¹⁸, n'est pas en elle-même problématique — les universités américaines, britanniques ou encore allemandes, disposant de beaucoup plus d'autonomie qu'en France, dispensent des enseignements très différents sans que cela soit nécessairement une source d'inégalités. Toutefois, cette hétérogénéité peut contribuer à creuser des inégalités territoriales préexistantes, entre petites et grandes villes, métropole et outre-mer, Paris et province. Comme nous l'avons déjà noté, l'inégale répartition des spécialistes et des lieux de la recherche en France peut désavantager certaines facultés et donc certains étudiants, qui n'ont pas les mêmes facilités d'accès à un enseignement de qualité en matière d'humanités en santé, mais aussi aux opportunités de formation qui les intéressent. C'est pourquoi la solution ne réside pas forcément dans un « programme commun » déterminé à l'échelle nationale, ni dans une politique d'uniformisation de l'enseignement de l'éthique et des humanités en santé, mais dans un soutien actif apporté à chaque faculté, selon ses besoins, dans le développement de son offre de formation dans ce domaine, et très probablement dans la nécessité de la mise en place d'une évaluation des études pour les SHS et/ou l'éthique médicale au terme du 2^{ème} cycle des études médicales.

Comment évaluer l'« utilité » de l'enseignement des humanités en santé ? Un faux problème qui met les humanités en difficulté

Beaucoup d'articles de la littérature internationale déplorent le manque de données (*outcome data*) qui permettraient d'évaluer les bénéfices résultant de l'enseignement des humanités dans les facultés de médecine¹¹⁹.

117 SAUDER, Ch. et al., « Comment les enseignements de sciences humaines et sociales sont-ils perçus par les étudiants ? », in BONAHA, Ch., RASMUSSEN, A. (éd.), *Sciences humaines...*, op. cit., pp. 15-17.

118 ARBUS, L., et al., « Les raisons d'un programme commun », in BONAHA, Ch., RASMUSSEN, A. (éd.), *Sciences humaines...*, op. cit., pp. 30-32.

119 TAYLOR, A., LEHMANN, S., CHISOLM, M., « Integrating humanities curricula in medical education: a literature review », *Med-EdPublish*, 6(2), 2017, p. 28.

Ne pouvant répondre, chiffres à l'appui, à la question de « l'utilité » des humanités en santé, on trouverait là l'une des limites majeures de leur développement, dont le bien-fondé devrait être prouvé avant d'être mis en œuvre. Il faut ici bien distinguer deux dimensions du problème. D'une part, il est certain que les humanités en santé auraient plus de succès auprès des sceptiques, parmi les médecins, les doyens et présidents d'université ou encore les responsables politiques, si l'on pouvait « démontrer » qu'elles permettent aux étudiants d'obtenir de meilleurs résultats dans leurs études de médecine par exemple, ou qu'elles améliorent *in fine* la satisfaction des patients. D'autre part cependant, soumettre les humanités en santé à des critères d'évaluation standardisés définissant extrinsèquement leur valeur et leur portée ne va pas non plus de soi.

C'est précisément sur cette question que se sont opposées plusieurs figures contemporaines des *medical humanities* anglophones, à l'été 2010. En réponse à une revue de littérature regrettant l'absence de mesure des effets à long terme de l'enseignement des humanités médicales¹²⁰, Catherine Belling et Rita Charon ont en effet promptement dénoncé le « réductionnisme » inhérent à toute tentative de quantification des bénéfices d'un enseignement qui résiste et doit résister à la standardisation. Ce ne sont pas les enseignements d'humanités, « immesurables », qu'il faut remettre en cause, mais les imperfections des outils utilisés pour les mesurer¹²¹. Rita Charon met en outre en avant ce paradoxe que plier aux règles réductrices de l'évaluation les bénéfices des humanités en santé semble contraire à leur objectif même, qui consiste précisément selon elle à se rendre attentif à la complexité et à la diversité des situations de soin, au-delà de tout réductionnisme¹²². Certaines études longitudinales américaines, menées à l'école de médecine Mount Sinai de New York, ont toutefois montré que les étudiants ayant suivi un « *Baccalaureate* » en humanités avant d'entrer en école de médecine réussissaient aussi bien que ceux qui avaient suivi un cursus pré-médical classique en sciences « dures », voire étaient plus compétents que ces derniers dans certains domaines, en particulier en matière de communication avec les patients¹²³.

Beaucoup moins aiguës en France que dans le monde anglo-saxon où l'évaluation de l'enseignement (*outcome-based education*) a connu une fortune plus importante, ces questions n'en restent pas moins incontournables. « À quoi serviraient des cours d'humanités en médecine ? », « Est-ce bien utile ? » : voilà des interrogations qui ne sont pas étrangères au contexte français, et qui ont de plus une longue histoire, comme nous l'avons rappelé plus haut. Si nous ne rejetons pas en bloc toute forme d'évaluation des résultats de l'enseignement, nous tenons toutefois pour un risque non négligeable le genre de pressions que cette dernière peut faire peser sur le champ fragile des humanités en santé.

En effet, l'évaluation de « l'utilité » des humanités en santé nous semble être un *faux problème*, pour deux raisons essentielles :

1. Plus l'enseignement des humanités en santé tendra à l'intégration interdisciplinaire et à la transversalité, plus il sera difficile d'évaluer précisément son apport et ses bénéfices spécifiques. Autrement dit, pour libérer tout leur potentiel, les humanités en santé doivent investir et dialoguer avec d'autres disciplines, ce qui rend d'autant plus difficile de les isoler comme variables distinctes d'un processus

120 OUSAGER, J., JOHANNESSEN, H., « Humanities in Undergraduate Medical Education: A Literature Review », *Academic Medicine*, 85, 2010, pp. 988-998.

121 BELLING, C., « Sharper Instruments: On Defending the Humanities in Undergraduate Medical Education », *Academic Medicine*, 85(6), 2010, p. 940.

122 CHARON, R., « Commentary: Calculating the Contributions of Humanities to Medical Practice — Motives, Methods, and Metrics », *Academic Medicine*, 85(6), 2010, pp. 935-7.

123 WERSHOF SCHWARTZ, A., *et al.*, *art. cit.*, 2009; MULLER, D., KASE, N., « Challenging Traditional Premedical Requirements as Predictors of Success in Medical School: The Mount Sinai School of Medicine Humanities and Medicine Program », *Academic Medicine*, 85(8), pp. 1378-83.

d'évaluation. D'où ce paradoxe: plus les humanités en santé sont ouvertes et incorporées au cursus médical, donc plus elles sont « efficaces », plus elles doivent être, en même temps, nécessairement inévaluables¹²⁴.

2. Le lexique de l'« utilité » est vague et trompeur. En effet, que veut dire pour l'éducation d'être « utile » ? La culture et l'art ont-ils d'ailleurs jamais été « utiles » ? Comme le note M. Louis-Courvoisier, il ne s'agit pas en réalité de savoir si les humanités en santé sont « utiles » mais de déterminer comment elles peuvent être *pertinentes* pour la formation des futurs médecins¹²⁵. Leur potentiel réflexif ne dépend pas de leurs « résultats » — difficile d'ailleurs de savoir ce qu'il faut entendre par là — mais de leur mode d'incorporation à l'enseignement médical de façon générale.

Aussi l'absence de « preuves » quant à « l'utilité » des humanités en santé ne doit-elle pas être retenue comme un argument justifiant la restriction prudente de leur financement ou la limitation des postes d'enseignement qui leur sont dédiés. L'absence des ressources financières requises pour faire exister cet enseignement est problématique, certes. Mais le fait de privilégier un soutien en demi-teinte aux humanités en santé l'est peut-être encore plus. En effet, des approches parcellaires, mal structurées, et peu dotées en termes de moyens et de personnels, ne peuvent que maintenir les humanités dans leur statut de seconde zone au sein des facultés de médecine. C'est en en faisant à la fois trop peu et juste assez que l'on risque de décrédibiliser un enseignement qui, privé du temps et des moyens nécessaires à son bon fonctionnement, ne pourra exister que comme un surplus futile et creux aux yeux de bon nombre de médecins et d'étudiants. Nous avons conscience qu'investir massivement et comme à l'aveugle dans les humanités en santé n'est pas chose aisée, mais il faut également entendre que les laisser vivoter ne peut que nuire à leur développement et induit donc nécessairement une certaine contre-productivité.

POURQUOI DES HUMANITÉS EN SANTÉ ? ENJEUX ET MOTIFS D'UN ENSEIGNEMENT CRITIQUE

Les motifs d'un enseignement d'humanités en santé sont multiples et les enjeux cruciaux, nous l'avons déjà souligné à plusieurs reprises. Nous nous contenterons donc ici seulement de synthétiser sous trois grandes rubriques les raisons pour lesquelles les humanités en santé nous semblent porteuses de bénéfices de *long terme*.

Pour une « école française du soin » ?

Le premier enjeu du développement d'un enseignement d'humanités en santé, le plus « stratégique » si l'on peut dire, concerne le rayonnement et la visibilité internationale de l'université et de la recherche française dans ce domaine. En effet, l'essor considérable des « *health humanities* » dans le monde ne peut être ignoré par la France, qui doit trouver là une occasion à la fois de rejoindre ce mouvement global d'expansion de la recherche et de l'enseignement, et en même temps de défendre en son sein une voie propre. Il y a aujourd'hui une place pour une pensée du soin et de la santé nourries par la philosophie continentale et en particulier par la philosophie française — pensons à l'héritage de Bachelard, de Foucault ou de Canguilhem pour ne citer qu'eux –, mais aussi par d'autres courants de pensée ou disciplines, comme la psychothérapie institutionnelle

124 BLEAKLEY, A., *Medical humanities...*, *op. cit.*, p. 224.

125 LOUIS-COURVOISIER, M., *art. cit.*, 2015, p. 7.

ou la psychodynamique par exemple¹²⁶.

Le système de santé et de soin français tel qu'il existe depuis 1945, dont on ne cesse actuellement de pointer les dysfonctionnements, sans doute à juste titre par ailleurs, garde tout de même quelque chose de précieux : l'universalisme de la protection sanitaire et sociale, le mode de financement par contributions sociales, la défense de l'égalité devant les soins. En 2000, la France figurait d'ailleurs encore parmi les pays disposant des systèmes de santé les performants au monde selon l'OMS¹²⁷. Nous ne voulons pas du tout ici jeter un voile sur les nombreuses limites, imperfections ou hypocrisies de ce système — faible investissement dans la prévention, fort hospitalo-centrisme, consommation médicale élevée et souvent superflue, etc. Nous voulons suggérer que la France, forte des réflexions philosophiques et éthiques qu'elle développe depuis plusieurs dizaines d'années en matière de médecine et de soin, peut continuer de défendre les valeurs de son modèle de soin, non pas en s'enfonçant dans un conservatisme délétère, mais en faisant précisément une place à la fois large et singulière aux humanités et à l'éthique dans la formation des professionnels de santé. Cette ambition semble d'autant plus réalisable que les facultés de médecine françaises sont parmi celles qui font le plus de cas des sciences humaines dans le monde, en y consacrant un enseignement conséquent et obligatoire. En encourageant les initiatives de recherche et les expériences d'enseignement donnant une visibilité nouvelle aux humanités en santé, on peut ainsi espérer voir émerger une véritable « école française du soin ».

En quoi les mutations contemporaines de la médecine et du soin mettent-elles en jeu les humanités ?

Ce sont les évolutions de la médecine elles-mêmes qui appellent à un rapprochement toujours plus étroit des sciences biomédicales avec les sciences humaines et sociales¹²⁸. Conformément à la définition, par l'OMS, de la santé comme « complet bien-être physique, mental et social »¹²⁹, la médecine d'aujourd'hui s'intéresse de plus en plus aux *conditions* d'un état de santé stable et optimal, et non plus seulement au traitement curatif de pathologies déterminées. Cela est d'autant plus vrai que l'incidence des maladies chroniques et affections de longue durée comme le diabète par exemple est aujourd'hui en nette croissance : on ne peut plus soigner, accompagner les malades, comme avant. Cette nouvelle donne sanitaire oblige à une double approche : une approche publique et collective de la santé d'une part, ce qui implique de faire une part à toute une série de facteurs et de paramètres environnementaux — au sens le plus large de ce terme — et, d'autre part, une approche de plus en plus individualisée du traitement et du soin — c'est le projet de la fameuse « médecine P4 », prédictive, personnalisée, préventive et participative. Dans le premier cas, la recherche médicale rencontre inévitablement les sciences sociales : la sociologie des déterminants de santé, l'anthropologie de la maladie, l'économie et le droit de la santé. Dans cette perspective, l'exercice médical implique en effet de prendre sérieusement en compte les conditions socioéconomiques et culturelles de l'existence d'une population ou d'un groupe de personnes. Dans le second cas, la « médecine P4 » contraint inévitablement à

126 FLEURY, C., TOURETTE-TURGIS, C., « Une école française du soin ? Analyse de deux cas d'innovation socio-thérapeutique : l'Université des patients et la Chaire de Philosophie à l'Hôpital », *Le sujet dans la cité*, 7(1), 2018, pp. 183-196.

127 Voir Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*, Genève : OMS, 2000.

128 Sur les évolutions récentes de la médecine et de la recherche médicale, voir PICARD, J.-F., MOUCHET, S., *op. cit.*, Ch. XII, p. 229 sq.

129 Nations Unies, OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n°2, p. 100. [Préambule à la Constitution de l'OMS, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948.]

défricher un nouvel espace de questionnement éthique et philosophique : qu'est-ce que la « personne » en médecine ? Qu'est-ce que soigner quand on ne peut pas guérir ? Comment informer philosophiquement une décision médicale toujours plus technicisée ? Prévenir, est-ce protéger ? Il ne s'agit pas de rejeter en bloc, du haut d'une superbe toute « littéraire », les progrès médicaux contemporains, mais bien au contraire de mettre à profit les ressources des sciences humaines pour circonscrire des problèmes que la science et la technique par elles-mêmes ne peuvent pas d'emblée résoudre.

En somme, s'il faut faire une place aux humanités dans les études de médecine, c'est parce qu'elles sont une pièce clé de la préparation des médecins à leur futur exercice. Les faire disparaître ou les maintenir au second plan, ce serait priver ces derniers de « l'équipement » intellectuel et critique dont ils auront indubitablement besoin pour faire face, *en toute indépendance*, aux grandes transformations des sciences biomédicales, allant de l'intelligence artificielle au génie génétique par exemple¹³⁰. Les humanités en santé offrent également des ressources décisives pour la délibération et la discussion, pour l'éthique et pour l'accompagnement des patients, d'autant plus indispensables que le travail des médecins tend de moins en moins se limiter à une série d'analyses, de diagnostics et de gestes techniques.

Humanités et professionnalisme

La médecine narrative, telle qu'elle a été popularisée par Rita Charon notamment, a mis l'accent, de façon assez insistante, sur la nécessité pour le médecin de prendre autant que possible en considération la singularité des expériences et des récits de chaque patient. C'est au travers de la trame de vie particulière du patient, toujours nouée à un contexte socioculturel particulier, que doit s'élaborer la relation de soin, afin d'éviter toute errance et atermoiements thérapeutiques mais aussi pour empêcher que de simples défauts de communication entre les professionnels de santé et entre professionnels et patients ne se transforment en erreurs médicales irréversibles¹³¹. En outre, si la médecine doit être participative, interprofessionnelle et « centrée-patient », alors il faut urgemment développer les qualités d'écoute, de compréhension et d'interprétation des médecins, ce qu'une formation aux humanités serait sans doute à même de favoriser.

Le déclin des capacités d'empathie et « l'érosion morale » des étudiants et des professionnels de santé, particulièrement sensible à partir de la troisième année d'études, sont en effet l'un des éléments les plus fréquemment mis en avant pour justifier le recours aux humanités dans le cursus médical. Abondamment discutée, la question de l'empathie médicale est particulièrement préoccupante parce qu'elle croise deux phénomènes, également intolérables : la normalisation d'une certaine violence de l'institution soignante et la tentation trop fréquente d'une démission face aux problèmes éthiques quotidiens d'une part, et, d'autre part, l'épuisement grave de beaucoup de soignants, sous pression, dont « l'érosion morale » peut parfois cacher une détresse physique et morale elle aussi peu écoutée¹³².

Nous ne prétendons pas que les sciences humaines et sociales apporteraient miraculeusement des solutions toutes faites à ces problèmes. Il serait en effet dangereux d'aborder tous les problèmes de nos

130 Nous renvoyons ici à la contribution du COLHUM aux États Généraux de la Bioéthique de 2018, intitulée « Humanités médicales : pour une révolution des Sciences humaines et Sociales dans la formation des professionnels de santé ». [En ligne : https://etatsgenerauxdelabioethique.fr/media/default/0001_/01/76bf4206cd9883ac80a0993073be6e1889ec3376.pdf, dernière consultation le 6 juin 2019.]. Sur l'intelligence artificielle, voir le rapport remis par C. VILLANI, *Rapport sur l'intelligence artificielle (IA). Donner un sens à l'IA*, Rapport à la Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Mars 2018.

131 XYRICHIS, A. and REAM, E., « Teamwork: A Concept Analysis ». *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 2008, pp. 232-41. Cité par A. BLEAKLEY, *op. cit.*, p. 9.

132 MARRA, D., *Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé*, Ministère des Solidarités et de la Santé, remis le 3 avril 2018.

systèmes de santé aujourd’hui par le biais des humanités et de l’éthique et il faut en particulier résister à la tentation d’«éthiquer» la totalité des questions de santé¹³³. Nous croyons toutefois que les humanités peuvent contribuer à une refonte du *professionnalisme* médical, aujourd’hui très nécessaire. Si elles ne peuvent et ne doivent sans doute pas rendre les médecins «plus humains» comme on le dit souvent, elles peuvent toutefois transmettre des compétences, des savoir-faire et des savoir-être incorporant plus largement l’éthique, la communication ou l’écoute à l’identité et à l’agir des médecins¹³⁴. Il ne s’agit ainsi pas seulement de transmettre des outils intellectuels issus des sciences humaines aux futurs professionnels de santé mais aussi une éthique et des humanités en contexte, expérimentées à l’hôpital, mises à l’épreuve et approuvées dans la pratique clinique.

TABLEAU SYNTHÉTIQUE

En guise de synthèse, nous restituons les éléments qui précèdent sous forme de tableau en espérant, au risque d’être schématiques, être plus lisibles.

ATOUTS ET MÉRITES	FAILLES ET FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Enseignement obligatoire de SSH en PACES et en premier cycle, volume horaire important. • Essor considérable des masters et formations courtes (DU, DIU, Certificats, etc.) en éthique et en humanités • Collaboration interdisciplinaire, inter-facultaire, inter-universitaire accrue. • Exemples de dispositifs et écosystèmes innovants, visibilité croissante des humanités en santé. • Recherche en éthique et humanités en santé dynamique, structurée, reconnue institutionnellement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Volume horaire et poids (coefficient) des SSH en PACES en retrait par rapport à 1994-2009. • Caractère hétéroclite et discontinu de l’enseignement des humanités en santé, en particulier en PACES, mettant en cause la crédibilité des sciences humaines et sociales et nuisant à la qualité de l’enseignement. • Désert à quelques exceptions près du second cycle où les humanités et l’éthique sont peu présentes, alors même l’externat apparaît comme une phase cruciale pour incorporer ces enseignements à l’apprentissage clinique. <p>Évaluation standardisée et «bachotage» contraire à la visée des humanités; «déshumanisation» d’un enseignement censé être porteur de réflexion critique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persistance d’enseignements dispensés par des enseignants non spécialisés dans la matière enseignée, difficultés à dépasser la dichotomie sciences dures/molles en faveur de la pluridisciplinarité. • Désemparement et manque d’encadrement des étudiants, livrés à une ingestion déraisonnable de connaissances même en sciences humaines.

133 CORDIER, A., «Éthique et professions de santé», déjà cité, p. 64.

134 Voir PELACCIA, Th. (dir.), *Comment (mieux) former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé?*, Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2016, Ch. 1, p. 21 sq.; CRUESS, R. L., CRUESS, S. R., STEINERT, Y., (eds.), *Teaching Medical Professionalism*, New York: Cambridge University Press, 2009.

ENJEUX ET OPPORTUNITÉS (LONG TERME)	RISQUES ET DIFFICULTÉS
<ul style="list-style-type: none"> • Gain de visibilité internationale pour la recherche et l'enseignement français au sein du champ en expansion des « health humanities » et défense d'un modèle français des humanités en santé. • Préparation des médecins et des professionnels du soin aux défis de la santé de demain, qui fera sans doute de plus en plus appel aux sciences humaines et sociales; transmission d'un outillage intellectuel critique « équipant » les médecins pour répondre à ces défis. • Refonte du professionnalisme médical par l'éthique et les humanités; développement de nouvelles compétences, requises par les évolutions de la biomédecine et de la pratique médicale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dénaturation de l'enseignement d'humanités, traitées comme secondaires, comme cours de culture générale ou pire, de morale, de façon non-critique et illégitime. • Méfiance et rejet de disciplines parfois jugées avec condescendance par les médecins; • Creusement des inégalités territoriales et, possiblement, sociales, faute d'un soutien adéquat aux facultés et d'un encadrement cohérent des étudiants. • Pression nuisible pour l'évaluation des résultats d'un enseignement dont on exige qu'il soit « utile » • Restriction du financement et de la création de postes d'enseignement et de recherche dédiés; multiplication de demi-mesures contre-productives.

COMMENT ARTICULER ÉTHIQUE CLINIQUE ET HUMANITÉS EN SANTÉ ?

Avant de conclure, nous voulons clarifier un flou conceptuel et terminologique résiduel mais persistant. Il ne faut pas confondre l'éthique médicale et les humanités en santé : la première doit se comprendre comme une dimension de la *décision* clinique, comme un paramètre « cognitif », si l'on peut dire, du raisonnement et de l'agir médical, en contexte, *hic et nunc*; les secondes constituent pour l'heure un corpus flottant de savoirs interdisciplinaires, ancrés dans le champ de la santé et du soin, faisant une large place aux outils et aux connaissances issues des sciences humaines et sociales. Faire comme si les humanités en santé étaient d'emblée « éthiques » est trompeur, croire que l'éthique est seulement affaire d'« humanités » ou d'« humanité » est une aberration. Éthique clinique et humanités en santé doivent être articulées, mais il faut pour cela savoir rendre à chacune ce qui lui revient. De même, il faut encore les différencier des sciences humaines et sociales proprement dites, qui constituent un ensemble plus ou moins hétérogène de savoirs disciplinaires spécifiques. L'éthique médicale ne relève pas d'un « savoir-être » inné, c'est certain : elle doit être nourrie par les humanités, et réciproquement. Mais cela ne veut pas dire que l'on peut parler indifféremment de compétences en « éthique » et de compétences en « humanités », ce qui est trop souvent le cas. Il nous paraît ainsi que l'éthique est le point de jonction entre les sciences humaines et sociales, auxquelles elle s'adosse, et la pratique de la décision médicale dans la constitution de laquelle l'éthique est un élément majeur.

Les sciences humaines et sociales devraient être mobilisées pour alimenter la constitution d'un enseignement spécifique, pertinent et cohérent, d'« humanités en santé ». Ces dernières visent une formation critique et continue, permettant l'acquisition de diverses connaissances et compétences (analyse, réflexion, synthèse, communication et expression, argumentation, etc.), qui elles-mêmes peuvent et doivent être réinvesties dans la décision éthique, en clinique, comme *ressources délibératives*, argumentatives, critiques. Il s'agit par exemple pour l'étudiant de pouvoir être capable d'explorer les dimensions économiques, sociales, juridiques, éthiques et bien sûr cliniques, d'un même « cas » ou d'un même problème. La décision éthique,

dans sa dimension délibérative, doit s'accroître de la force critique des humanités en santé, et réciproquement, les questions et décisions éthiques fournissent l'occasion d'une réflexion sans cesse renouvelée sur la pratique médicale. L'éthique nourrit aussi les humanités en tant que pivot d'une pratique réflexive de la médecine, qui réélabore, réajuste et réévalue continuellement ses propres connaissances et ses propres compétences. Autrement dit l'approche par compétences ne peut se passer de réflexivité, et le nœud de cette réflexivité vient précisément se loger dans l'articulation de l'éthique et des humanités en santé.

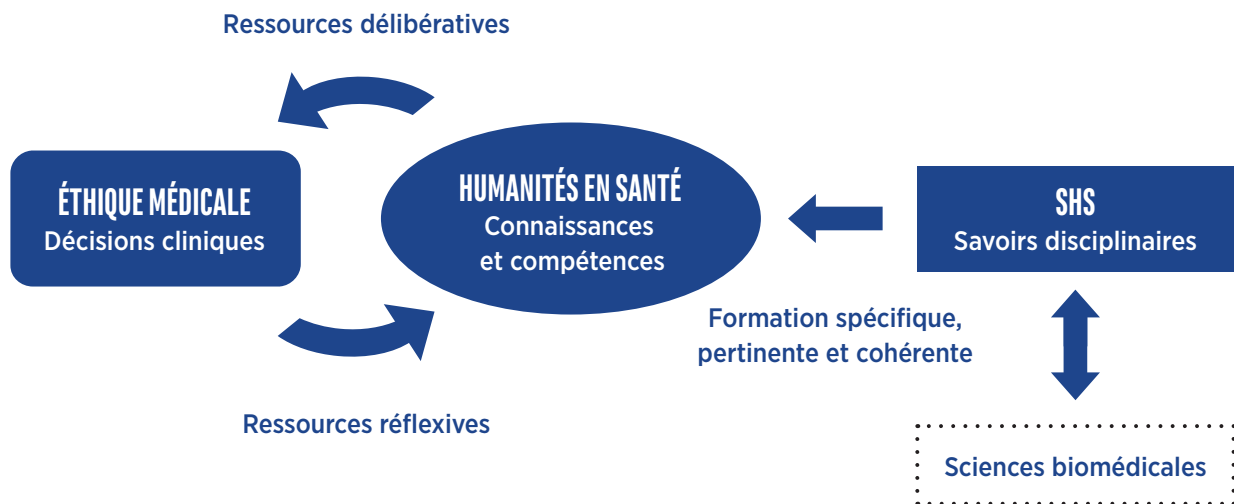


Fig. 10 – Éthique et humanités en santé : quelle articulation ?

EN PRATIQUE : DE MULTIPLES QUESTIONS À TRANCHER

La perspective très générale que nous avons adoptée ici ne doit pas occulter le vaste champ des détails concrets qui feront en définitive la réalité de l'enseignement d'éthique et d'humanités en santé (EHS). Nous ne pouvons bien sûr embrasser ici la totalité des paramètres et des modalités de la mise en place de cet enseignement, qui mérite de plus d'être adapté au contexte propre à chaque faculté, mais nous pouvons tout de même donner un aperçu des questions les plus pressantes à trancher, à partir des éléments dont nous disposons.

Les modalités d'enseignement :

1. L'enseignement d'EHS doit-il être obligatoire, électif (choix obligatoire dans une liste de cours possibles) ou optionnel (possibilité de ne pas suivre cet enseignement) ? Si assurer un socle de connaissances et de compétences communes en humanités semble souhaitable, le caractère obligatoire de l'enseignement a aussi ses limites (il peut impliquer des effectifs d'étudiants beaucoup plus importants, des cours moins interactifs, être mal reçus par certains étudiants s'ils sont peu suivis ou mal encadrés, etc.). Une réflexion sur les modalités concrètes du caractère obligatoire de l'EHS doit donc être menée.
2. L'enseignement d'EHS doit-il être réparti sur toute la durée des études, sachant que les étudiants de médecine sont déjà bien souvent surchargés par leur formation universitaire et leurs stages hospitaliers ? Doit-on au contraire organiser un enseignement par étapes, à certains points clé du cursus ? Car après tout, dans certaines conditions, un séminaire intensif d'un ou deux jours peut être

plus efficace qu'un saupoudrage continu mais superficiel¹³⁵. Ce qui est certain en tout cas c'est qu'il faudrait que l'EHS soit présent dès la première année, comme c'est le cas aujourd'hui, et au-delà de la 1^{ère} année, dans le 1^{er} cycle, mais aussi pourquoi pas en deuxième cycle et pendant l'internat. Cependant, la PACES et la dernière année du second cycle sont précisément des années de concours, les plus chargées pour les étudiants, ce qui expose l'EHS à être transformées en matière à bachotage. Il serait donc souhaitable de tirer un bénéfice de la réforme en cours des études médicales pour insérer l'enseignement de l'EHS et surtout leur évaluation aux moments les plus opportuns du cursus. Ainsi, il paraît souhaitable de renforcer l'enseignement de l'éthique en 2^{ème} cycle en lien direct avec la pratique clinique, sous forme d'ateliers et de mises en situation, en adossant cet enseignement aux enseignements en Sciences Humaines et Sociales (SHS) acquis au 1^{er} cycle, quitte à adapter le contenu des SHS du 1^{er} cycle pour que les étudiants soient en phase avec les fondamentaux de la réflexion éthique pendant les stages hospitaliers. Les fondamentaux de l'éthique, notamment la philosophie, sont ainsi trop souvent enseignés dans les facultés de médecine au cours de la 1^{ère} année de médecine, et peu d'enseignements en philosophie subsistent en 2^{ème} et 3^{ème} année, alors même que ce socle constitue une phase préparatoire à l'éthique clinique appliquée du 2^{ème} cycle.

3. Comment articuler apprentissage clinique et formation à l'EHS ? Faut-il privilégier en deuxième cycle le modèle d'« ateliers » participatifs ponctuels, faisant réagir les étudiants sur leurs expériences de stage, comme c'est le cas dans plusieurs facultés ? Faut-il conserver une approche académique en deuxième cycle ? Il est certain qu'il faut en tout cas à la fois mettre l'éthique à l'épreuve de la pratique médicale, faire émerger le questionnement éthique en situation, tout en ne renonçant pas pour autant à transmettre un savoir et des compétences de délibération et de réflexion qui supposent un certain degré d'« académisme ». Un enseignement par binômes interdisciplinaires (par exemple, médecin et enseignant des SHS), sur le terrain de la clinique, peut ainsi être une option par exemple. Il est à souligner que l'éthique dans ses aspects appliqués, intégrée au raisonnement et à la décision médicale, se prête à une évaluation à la fin du 2^{ème} cycle.

4. Rejoignant le problème précédent, la question des formats et des pédagogies à adopter est également cruciale. Faut-il augmenter la part des TD dans le volume horaire consacré à l'EHS ? Faut-il privilégier un encadrement plus « interactif » des étudiants, pour mieux les inviter à prendre la parole ?

Organisation de la pluridisciplinarité et transmission des contenus et des compétences :

5. Doit-on favoriser la création de départements de sciences humaines au sein des facultés de médecine ou la collaboration inter-facultaire ou inter-universitaire est-elle suffisante pour assurer l'enseignement de l'EHS ? Où et comment créer des postes d'enseignants en sciences humaines en médecine, s'il en est besoin ?

6. De quelle formation les enseignants de SHS en médecine devraient-ils disposer idéalement et comment penser leur recrutement et la structure de leurs carrières ? Réciproquement, lorsque les praticiens hospitaliers ou hospitalo-universitaires interviennent dans la formation d'EHS (en éthique en particulier), quelle forme doit prendre leur collaboration avec les enseignants de SHS ?

7. Quel genre de contenus faut-il enseigner pour chaque niveau des études médicales ? Faut-il privilégier un enseignement de sciences humaines « classique » et général, tel qu'il se pratique aujourd'hui dans les facultés de lettres ou de philosophie, ou au contraire adapter ou « appliquer » ces savoirs au public des étudiants en médecine, quitte à décontextualiser les connaissances transmises, voire à les

135 Voir l'exemple de l'Université d'Ulm en Allemagne, cité plus haut.

simplifier par souci de « pédagogie » ?

8. Faut-il enseigner « plus » ou « moins » de contenus ? Comment trouver le bon équilibre entre un enseignement écrasant les étudiants sous le poids de cours trop longs ou trop denses d'un côté et un enseignement moins dense, plus souple et plus interactif, mais risquant de passer pour vague et peu crédible aux yeux de ces mêmes étudiants d'un autre côté ? Une UE optionnelle en SHS ou en éthique au 2^{ème} cycle en sus d'un enseignement de tronc commun obligatoire, serait-elle une solution ?
9. Faut-il enfin établir un « programme commun » pour toutes les universités, ce qui permettrait de garantir une certaine « crédibilité » politique de l'enseignement de l'EHS, ou au contraire laisser chaque faculté libre de disposer de son offre de formation et de ses méthodes comme elle l'entend, quitte à multiplier les passerelles et les liens « souples » entre facultés, sans imposer d'en haut une uniformisation toujours délicate à mettre en pratique ?

Modalités d'évaluation et docimologie :

10. La question des modalités d'évaluation est également très préoccupante, sachant que ces dernières peuvent varier selon les différentes années d'études, les étudiants de second cycle gagnant sans doute à ne pas être évalué comme ceux de PACES. Faut-il tout d'abord que chaque enseignement de SHS soit sanctionné par une évaluation formelle de type « examen final » ? Ne peut-on pas imaginer d'autres façons de « reconnaître » la participation à ces enseignements, sans pour autant faire disparaître entièrement les évaluations formelles ? Ce qui est certain en tout cas, c'est que le régime docimologique adopté détermine pour une très grande part le mode d'apprentissage des étudiants, comme nous l'avons souligné plus haut, ce qu'il faut impérativement prendre en compte. Si l'on veut donner aux SHS et à l'éthique le poids qui doit être le leur dans le cursus médical, on ne peut faire l'économie d'une évaluation de préférence intégrée au certificat de compétences cliniques pour l'éthique médicale appliquée.
11. Comment, en pratique, diminuer le poids des QCM et des QROC, « corruptrices » pour l'enseignement de l'EHS comme nous l'avons dit, mais en même temps peu coûteuses et adaptées à l'évaluation standardisée requise par un concours de masse ? Faut-il privilégier des épreuves orales ? Des épreuves au long cours valorisant l'engagement personnel des étudiants (mini-mémoires, enquêtes, projets créatifs, etc.) ? Des épreuves sur table courtes mais intégralement rédactionnelles de type essai ou dissertation ? Des épreuves rédactionnelles dans une thématique donnée rendues sous la forme d'un devoir rédigé chez soi, avec application d'un logiciel anti-plagiat ?

La question des compétences :

12. Nous nous permettons cette dernière remarque, en lien avec la réforme en cours des études de santé. Celle-ci défend une approche par compétences de l'enseignement facultaire. À la différence d'une simple transmission de connaissances académiques, l'approche par compétences vise l'incorporation de ces savoirs et cherche à vérifier qu'ils sont applicables dans certaines situations pratiques, au regard d'objectifs prédéfinis. Il faut garder à l'esprit que l'approche par compétences doit éviter au moins deux écueils : la décontextualisation et la standardisation. La segmentation de la pratique médicale en « compétences » ne doit pas en effet occulter l'infinie diversité des expériences de la maladie et des relations de soin : acquérir des « compétences » ne doit pas se résumer pour le soignant à mémoriser des scénarios-types, auquel le réel devrait se plier, et appelant des réponses mécaniques. De même, les déterminants sociaux et institutionnels de la santé ne doivent pas être oubliés par les médecins, car le soin n'est précisément pas seulement une question de « compétences » individuelles, mais toujours aussi d'institution.

DIX RECOMMANDATIONS

Recommandations d'ordre général :

1. Le manque de données statistiques fiables et exhaustives sur l'enseignement des SHS en médecine empêche de déterminer avec précision les manques et les besoins des facultés en la matière, c'est pourquoi la réalisation de futures études, complètes et régulières, est indispensable. Il paraît encore plus indispensable de collecter des **données qualitatives** sur le ressenti et les demandes des étudiants, à tous les niveaux, mais aussi des jeunes internes, des médecins, voire des patients, sans que la question ne soit confisquée par des voix « expertes », qu'elles parlent au nom des sciences humaines et sociales ou au nom des sciences biomédicales d'ailleurs.
2. Il faudrait s'accorder sur le sens et les paramètres de l'**articulation de l'éthique biomédicale** d'un côté (à la fois éthique clinique et bioéthique) et des **humanités en santé** de l'autre : ces deux facettes d'un même enseignement appuyé sur les savoirs disciplinaires des sciences humaines et sociales ne sont pas équivalentes et ne doivent pas être confondues. Cela suppose en pratique de réfléchir aux modalités concrètes de l'interdisciplinarité, mais aussi d'être attentif à la place des sciences humaines et sociales dans les diverses « compétences » que l'on souhaite transmettre aux futurs médecins, si celles-ci doivent se réduire à de simples boîtes noires, exposant la médecine à une standardisation dommageable des relations de soin et des expériences de la maladie.
3. Les humanités et l'éthique sont deux clés du **professionnalisme médical** : il faut donc cesser de les considérer comme un vernis humaniste ou comme un divertissement « intéressant » mais peu crédible. Sans en faire non plus une nouvelle idéologie ou une nouvelle morale, il faut donc prendre toute la mesure des compétences et des connaissances que peuvent apporter l'éthique et les humanités en santé à l'heure où la médecine et le soin semblent à la fois en crise et en pleine mutation.
4. L'enseignement d'EHS doit moins être « humanisé » qu'**unifié et dialectisé** : il s'agit de rendre sa cohérence, sa pertinence et sa continuité à un enseignement trop souvent éclectique et intermittent. Censé être porteur de réflexivité critique, l'enseignement d'EHS doit être mieux structuré et surtout mieux problématisé, ce qui suppose qu'une place moins périphérique soit faite aux spécialistes de sciences humaines et sociales dans les facultés de médecine, afin qu'ils puissent travailler à élaborer un enseignement véritablement adapté aux exigences de la formation médicale, en binôme avec les médecins enseignants pour l'éthique médicale appliquée par exemple.
5. Il faut encourager et soutenir la création de **masters** spécialisés en humanités en santé partout sur le territoire et donner les moyens d'une véritable légitimation de ces formations aux facultés, afin qu'elles ne soient plus seulement considérées comme un sous-domaine périphérique de la santé publique. Ces formations devraient en outre être **accessibles aussi bien aux étudiants en médecine qu'aux professionnels de santé** déjà en exercice. Le développement et le renforcement des masters peut notamment être un **laboratoire pour la pluridisciplinarité**, expérimentée et peaufinée d'abord à travers ces formations relativement courtes et concernant assez peu d'étudiants. De façon plus générale, les expériences de recherche et d'enseignement innovantes en humanités et santé doivent être favorisées : c'est la condition d'un **rayonnement français** dans le champ international des *health humanities*.

6. Il faut lutter contre le creusement d'**inégalités sociales et territoriales** préexistantes (Paris/province, métropole/outre-mer, grandes/petites villes). Les contenus et les modalités d'enseignement de l'EHS ne doivent pas nécessairement être uniformisés sur le territoire national : il s'agit surtout d'*égaliser* les chances d'accès à des formations de qualité et correspondant aux intérêts et aux attentes des étudiants. Il faut donc soutenir les plus petites facultés dans le développement de leur offre de formation en EHS.

Quelques pistes pour un éventuel curriculum d'éthique et d'humanités en santé :

7. *Avant le premier cycle*, la **continuité** entre l'enseignement secondaire et le nouveau régime des études de santé doit être favorisée. S'il doit effectivement être possible de rejoindre un cursus médical depuis diverses filières, aussi bien « littéraires » que « scientifiques », alors il serait souhaitable que « l'alliance » interdisciplinaire des humanités et des sciences biomédicales soit préparée ou du moins abordée au lycée. En d'autres termes, il faudrait éviter que le choix « stratégique » des options en classe Terminale ne creuse de nouveau les anciens sillons séparant « sciences dures » et « molles », « lettres » et « sciences », SHS et médecine : **au lycée aussi, il y a peut-être une place à trouver pour les humanités en santé.**

8. *En premier cycle*, il faut conserver un **enseignement obligatoire conséquent d'EHS en première et en deuxième année**, ouvert et large sans être hétéroclite, concentré sur certaines grandes questions philosophiques, historiques ou sociologiques (la personne, la mort, le corps, les controverses scientifiques par exemple), exigeant et non « simplifié » par souci d'être prétendument pédagogue. Cet enseignement gagnerait à être évalué sous une forme **intégralement rédactionnelle et argumentative** — nous avons une préférence pour la dissertation et la synthèse argumentée de documents (iconographiques, scientifiques, littéraires, etc.). En troisième année, le service sanitaire pourrait être mis à profit pour inviter les étudiants à écrire un mini-rapport ou un mini-mémoire ou toute autre production personnelle, visant à mobiliser les connaissances académiques acquises en première et en deuxième année pour faire un compte rendu critique de leur intervention ou de leurs premières rencontres avec le monde médico-social.

9. *En second cycle*, la formule des **cours obligatoires à choix**, favorisant l'apprentissage par groupes restreints, nous semble porteuse. Ces enseignements pourraient prendre place directement à l'hôpital, pendant les stages hospitaliers, et être guidés par des binômes interdisciplinaires d'enseignants en médecine et en humanités, voire par des **trinômes de patients, cliniciens et spécialistes de sciences humaines**. Le premier cycle ayant déjà fourni aux étudiants un bagage de connaissances pertinentes, il s'agit en second cycle d'enseigner tout autant **l'éthique comme un élément clé de la décision médicale**, que la prise de parole et **l'apprentissage de la communication et de la délibération**. On peut donc imaginer un système d'évaluation prenant en compte la présence aux séances d'enseignement, la présentation de cas cliniques et la rédaction de comptes rendus de conférences, de séminaires ou de livres de sciences humaines et sociales.

10. *Pendant l'internat et plus tard encore*, il est également souhaitable que la formation éthique des futurs médecins se poursuive, par la présence à des ateliers obligatoires par exemple réunissant plusieurs spécialités. De façon générale, il faut cesser de concevoir l'éthique et les humanités en santé comme une sorte de bagage culturel « préalable » : c'est là notre rupture avec la tradition médiévale du *trivium* et du *quadrivium*. L'éthique et les humanités en santé doivent avoir partie liée avec la **formation continue** des médecins, être sans cesse mobilisées, incorporées, travaillées par eux, comme n'importe qu'elle autre compétence clinique.

LISTE DES FIGURES

Fig. 1 – Nombre de programmes universitaires niveau « Baccalauréat » en humanités médicales aux États-Unis depuis 1975 [N.B. : les projections pour 2020 sont basées sur la prise en compte des programmes actuellement en cours de développement]. Source : Hiram College [p.25]

Fig. 2 – Evolution et répartition du volume horaire de l'enseignement de sciences humaines et sociales en première année dans les facultés de médecine (1996-2019) [p.36-37]

Fig. 3 – Répartition et volume horaire des enseignements d'éthique et d'humanités en santé dans les deuxième et troisième années du premier cycle des études médicales (2019) [p.39-40]

Fig. 4 – Répartition et volume horaire des enseignements d'éthique et d'humanités en santé dans le second cycle des études médicales (DFASM) (2019) [p.41-42]

Fig. 5 – Modalités d'évaluation et poids des enseignements de sciences humaines et sociales dans le concours de PACES (2019) [p.43-44]

Fig. 6 – L'évaluation de l'enseignement obligatoire d'éthique et des humanités en santé dans les deuxième et troisième années du premier cycle des études médicales (DFGSM) (2019) [p.46-47]

Fig. 7 – Les formations complémentaires en éthique et humanités en santé au sein ou hors des facultés de médecine françaises (2019) [p.48-50]

Fig. 8 – Les enseignants de SHS dans les facultés de médecine française : un aperçu (2019) [p.51-52]

Fig. 9 – Chaire de Philosophie à l'Hôpital et Université des Patients : aperçu d'un écosystème. Source : Chaire de Philosophie à l'Hôpital, Rapport d'activité 2016-2018, Paris, 2019 [p.59]

Fig. 10 – Éthique et humanités en santé : quelle articulation ? [p.71]

ENSEIGNEMENT DE L'ÉTHIQUE DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE

La conférence des doyens souhaite avoir un état des lieux de l'enseignement de l'éthique dans les facultés de médecine en France. Nous avons souhaité donc vous soumettre ce questionnaire en ligne qui vous prendra moins de 15 minutes.

Nous vous remercions de votre participation

Nom et ville de votre faculté de Médecine :

PACES

Sciences Humaines et Sociales (SHS) Droit et Santé Publique (SP)

Nombre d'heures en 2017-2018 : h

À l'intérieur de ce nombre d'heures, existe-t-il des heures identifiées comme étant consacrées à l'éthique :

Oui Non

Si oui, nombre d'heures h

2^{ème} ET 3^{ème} ANNÉE

Y a-t-il une UE Sciences Humaines et Sociales (SHS) Droit et Santé Publique (SP) : Oui Non

Si oui nombre d'heures en 2017-2018 : h

UE obligatoire Oui Non

UE optionnelle Oui Non

À l'intérieur de ce nombre d'heures, existe-t-il des heures identifiées comme étant consacrées à l'éthique :

Oui Non

Si oui, nombre d'heures h

Format pédagogique :

Cours Magistral (CM) h

Travaux dirigés (TD) et/ou Ateliers h

Pédagogie inversée h

Autre format : préciser plus bas h

Évaluation de l'enseignement réalisée : Oui Non

Si oui, modalités d'évaluation ?

4^{ème}, 5^{ème} ET 6^{ème} ANNÉES

Existe-t-il une UE Sciences Humaines et Sociales (SHS) Droit et Santé Publique (SP) Oui Non

Si oui nombre d'heures en 2017-2018: h

UE obligatoire Oui Non

UE optionnel Oui Non

À l'intérieur de ce nombre d'heures, existe-t-il des heures identifiées comme étant consacrées à l'éthique :

Oui Non

Si oui, nombre d'heures h

Format pédagogique :

Cours Magistral (CM) h

Travaux dirigés (TD) et/ou Ateliers h

Pédagogie inversée h

Autre format : préciser plus bas h

Ateliers de mise en situation des étudiants : Oui Non

Évaluation de l'enseignement par les étudiants réalisée : Oui Non

Sur quel mode ?

Évaluations et MCC

Existe-t-il une évaluation des étudiants pour leurs connaissances et/ou leur compétence spécifiques en éthique en 2^{ème} cycle suite à l'enseignement : Oui Non

Modalités ?

3^{ème} CYCLE

Existe-t-il des heures identifiées comme étant consacrées à l'éthique comme formation transversale aux différentes spécialités : Oui Non

Si oui, nombre d'heures h

Format pédagogique :

Cours Magistral (CM) h

Travaux dirigés (TD) et/ou Ateliers h

Pédagogie inversée h

Autre format : préciser plus bas h

Ateliers de mise en situation des étudiants: Oui Non

Évaluation de l'enseignement par les étudiants réalisée: Oui Non

Évaluations et MCC

Existe-t-il une évaluation des étudiants pour leurs connaissances et/ou leur compétence en éthique en 3^{ème} cycle suite à l'enseignement: Oui Non

Avez-vous créé une UE spécifique à l'éthique dans le cadre de la formation médicale initiale?

Oui Non

Si oui, en: 1^{er} cycle 2^{ème} cycle 3^{ème} cycle

Pensez-vous que dans les prochaines années l'enseignement de l'éthique dans le cadre de la formation médicale initiale devrait être renforcé? Oui Non

Si non, pour insuffisance de moyens? Oui Non

Si non, préciser:

Existe-t-il des formations complémentaires en éthique dans votre faculté

DU/DIU : Oui Non

Si oui, intitulé et responsable de l'enseignement :

.....

Master M1: Oui Non

Si oui, intitulé et responsable de l'enseignement

.....

Master M 2: Oui Non

Si oui, intitulé et responsable de l'enseignement

.....

Doctorat: Oui Non

Si oui, intitulé et responsable de l'enseignement

.....

RESSOURCES HUMAINES

Y a-t-il eu dans les 10 dernières dans votre faculté de médecine un recrutement d'un hospitalo-universitaire dédié à l'éthique? Oui Non

Si oui, dans quelle spécialité (CNU où la personne a été nommée):

PU PH MCU PH

p.01

Avez-vous dans votre faculté de médecine un ou plusieurs hospitalo-universitaire identifié dont l'activité est dédiée tout ou en partie à l'éthique? Oui Non

p.02

Si oui, combien?

La faculté de médecine fait-elle appel à des enseignants extérieurs pour enseigner l'éthique aux étudiants de médecine dans le cadre d'une convention par exemple? Oui Non

Dans les prochaines années, pensez-vous recruter un hospitalo-universitaire principalement pour développer l'enseignement de l'éthique et la recherche en éthique dans votre faculté de médecine? Oui Non

Documents illustratifs souhaités

Pourriez-vous nous transmettre 2 à 3 documents que vous mettez à disposition de vos étudiants par exemple comme base de travail dans les ateliers? Ou à défaut un polycopié par exemple

Avez-vous des remarques ou suggestions pour l'enseignement de l'éthique en médecine ?

Élaboration du questionnaire: Nathalie Nasr^{1,2}, Benoît Berthelier³, Cynthia Fleury^{4,5}

Rédaction: Nathalie Nasr^{1,2}

Relecture: Louis Bujan^{1,2}, Doyen Jacques Bringer^{6,7,8}, Jacques Lagarrigue^{1,7,8}, Catherine Dupré Goudable⁷, Isabelle Claudet^{1,2} Doyen Didier Carrié^{1,2}, Doyen Elie Serrano^{1,2}

Affiliations:

1- Faculté de Médecine de Toulouse

2- CHU de Toulouse

3- Paris 1 Panthéon Sorbonne - ENS ULM

4- Conservatoire National des Arts et Métiers

5- PSL-Mines ParisTech

6- Faculté de Médecine de Montpellier

7- Espace de Réflexion Éthique Occitanie (ERE Occitanie)

8- Conseil National des Espaces Régionaux d'Éthique

Contact: nasr.sec@chu-toulouse.fr

Annexe II : poster par Nathalie Nasr et al. présenté au congrès du Collège des Humanités Médicales (COLHUM) 2019, portant sur l'enseignement de l'éthique en 2^{ème} cycle de médecine et l'évaluation des étudiants pour la compétence éthique dans le cadre du certificat de compétences cliniques.

Enseignement de l'éthique dans le tronc commun du 2^{ème} cycle des études médicales De la mise en place de l'enseignement jusqu'à l'évaluation

Nathalie NASR Pierre André DELPLA, Thierry MARMET

Facultés de médecine de Toulouse-Rangueil et Toulouse-Purpan. Université de Toulouse III

INTRODUCTION

Il y a un hiatus pour l'enseignement de l'éthique médicale après le 1er cycle avec peu de facultés de médecine en France qui délivrent un enseignement d'éthique entre la 2^{ème} et la 6^{ème} année.

Nous relatons ici la mise en place au cours des trois dernières années de l'enseignement de l'éthique médicale aux étudiants de 2^{ème} cycle dans le cadre du tronc commun sous la forme d'ateliers avec participation obligatoire et une évaluation en fin du 2^{ème} cycle dans le cadre du certificat de compétences cliniques dont la note a été incrémentée pour inclure l'évaluation des étudiants pour l'éthique médicale.

DEROULEMENT D'UN ATELIER

L'enseignement de l'éthique médicale commence dès le début des stages hospitaliers, en 4^{ème} année, avec la participation obligatoire à au moins deux ateliers par an, lesquels sont organisés dans les différentes disciplines au cours des stages.

Un système d'émargement permet de s'assurer de la participation des étudiants aux ateliers. Les ateliers sont évalués par les étudiants près chaque session avec l'adaptation du format qui a pris en compte ce retour.

Le format des ateliers qui a été retenu et étendu aux différentes disciplines est le format d'atelier qui durent 1h et demi auxquels participent 25 étudiants au maximum, qui travaillent en petits groupes pour décrire une situation clinique qui leur a posé problème sur le plan éthique et leur cheminement pour y répondre.

Chaque petit groupe présente son cas clinique à tous les participants aux ateliers et répond aux questions de leurs camarades et des enseignants qui font des synthèses courtes à partir des données de l'atelier.

EVALUATION

Une évaluation a été mise en place qui comporte un devoir rendu dans une thématique donnée dans le cadre du certificat de compétences cliniques en fin de 2^{ème} cycle, avec l'incrémentation de la note de ce certificat de 25 à 30 points pour inclure l'éthique médicale comme compétence clinique notée sur 5 points avec la moyenne qui correspond à 2.5 pts sur 5.

FORMATION DES ENSEIGNANTS

Une formation des médecins enseignants actuels et futurs de l'éthique médicale a été mise en place et est prévue pour être poursuivie en lien avec les enseignants de sciences humaines sociales et de droit dans le cadre de l'université fédérale de Toulouse, et en lien avec les enseignants de pédagogie en santé de Toulouse III

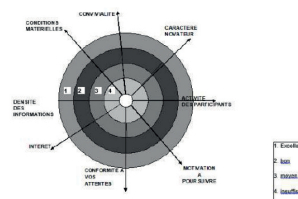
CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'enseignement mis en place répond à un besoin d'intégrer l'éthique médicale dans le cadre des compétences cliniques du futur praticien. L'évaluation des étudiants pour l'éthique médicale tel que nous l'avons intégrée dans le cadre du certificat de compétence cliniques participera à leur évaluation et à leur classement dans un contexte où dans le cadre de la réforme du 2^{ème} cycle l'examen national classant est amené à être supprimé dans les prochaines années

Déroulement d'un atelier

- ▶ Durée : 1h 30 minutes, 2 fois, pour avoir 2 groupes. Unité de lieu avec le stage
- ▶ Etape 1: signent la fiche de présence
- ▶ Etape 2: rédigent par groupes de 5 environ un cas clinique qui leur pose question sur le plan éthique et leur cheminement pour y répondre. 30 mn
- ▶ Etape 3: restitution et discussion du cas cliniques avec tous les participants à l'atelier
- ▶ Etape 4: évaluation de l'atelier par chaque étudiant

Evaluation des ateliers par les étudiants



Evaluation des ateliers par les étudiants

- ▶ Ateliers évalués comme excellents ou bons dans plus de 85% des cas
 - ▶ Motivation à poursuivre
 - ▶ N'aiment quand les enseignants parlent trop
 - ▶ L'augmentation du nombre d'étudiants par atelier diminue les scores
 - ▶ Evaluation faite à partir des ateliers en Neurosciences
-
- ▶ Evaluation des ateliers par les étudiants
 - ▶ Homogénéisation du format pédagogique
 - ▶ Extension aux différents pôles
 - ▶ Définition des thématiques
 - ▶ Mise à disposition des ressources
 - ▶ Intégration au calendrier universitaire
 - ▶ Rendu la présence obligatoire
 - ▶ Evaluation des étudiants
 - ▶ Formation continue des enseignants



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SITOGRAPHIQUES

TEXTES ET RAPPORTS OFFICIELS

ARRÊTÉS ET BULLETINS OFFICIELS (FRANCE)

Arrêtés

Arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales, JORF n°74 du 27 mars 1992, p. 4231.

Arrêté du 21 avril 1994 modifiant l'arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales, JORF n°126 du 2 juin 1994, p. 7970.

Arrêté du 2 mai 1995 relatif au module de sciences humaines et sociales de la première année de premier cycle des études médicales; JORF n°110 du 11 mai 1995, p. 7884.

Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé, JORF n°0266 du 17 novembre 2009, p. 19838.

Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales, JORF n°0087 du 13 avril 2011, p. 6512-14.

Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales, JORF n°0095 du 23 avril 2013, p. 7097.

Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé, JORF n°0134 du 13 juin 2018.

Bulletins officiels

Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Bulletin officiel n°17 du 28 avril 2011, JOFR du 13 avril 2011, ESRS1106857A.

Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Bulletin officiel n°20 du 16 mai 2013, JOFR du 23 avril 2013, ESRS1308333A.

RAPPORTS ET TEXTES INSTITUTIONNELS

Administration Universitaire Francophone et Européenne en Médecine et Odontologie (AUFEMO), *Les enseignants en sciences humaines et sociales: qui sont-ils ?*, 2006.

Chaire de Philosophie à l'Hôpital. *Rapport d'activité 2016-2018*, Paris, 2019.

Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE). « Avis sur la formation à l'éthique médicale », Avis n°84 [Rapporteur: P. Le Coz], Avril 2004.

Nations Unies, OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n°2, p. 100. [Préambule à la Constitution de l'OMS, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948.]

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Rapport sur la santé dans le monde 2000: pour un système de santé plus performant*, Genève: OMS, 2000.

AUTRES RAPPORTS

- CORDIER, A., « Éthique et professions de santé », Rapport au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Mai 2003.
- LECOURT, D., « L'enseignement de la philosophie des sciences », Rapport au Ministre de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie, Février 2000.
- MARRA, D., *Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé*, Rapport à la Ministre des Solidarités et de la Santé, Avril 2018.
- VILLANI, C., *Rapport sur l'intelligence artificielle (IA). Donner un sens à l'IA*, Rapport à la Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Mars 2018.

OUVRAGES, ARTICLES ET TRAVAUX GÉNÉRAUX DE SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

OUVRAGES

- BARBER, H., *The Rewards of Medicine and Other Essays*, London: HK Lewis, 1959.
- BEAUCHAMP, T., CHILDRESS, J., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford: Oxford University Press, 1979.
Pour la traduction française : *Les principes de l'éthique biomédicale*, trad. M. Fisbach, Paris : Les Belles Lettres, 2008.
- CANGUILHEM, G., *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris : Vrin, 1968.
- DANOU, G. *Langue, récit, littérature dans l'éducation médicale*, 2^e édition, Limoges: Lambert-Lucas, 2016.
- HUNTER, K. M., *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*, Princeton, NJ: Princeton University Press, 1991.
- LE COZ, P., *L'Éthique médicale : approches philosophiques*, Aix-en-Provence : Presses Universitaires de Provence, 2018.
- LEFEVE, C., BARROUX G., (dir.) *La Clinique. Usages et valeurs*, Paris : Seli Arslan, 2013.
- MONTAIGNE, M. de, *Les Essais*, Paris : Gallimard, « Bibliothèque de la pléiade », I, 26, « De l'institution des enfants ».
- PICARD, J.-F., MOUCHET, S., *La Métamorphose de la médecine*, Paris : PUF, « Science, histoire et société », 2009, p. 16 sq.
- SHAPSHAY, S., *Bioethics at the movies*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2009.
- SIMON, M., *Déontologie médicale ou Des devoirs et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation*, Paris: J. B. Baillière, 1845, pp. 72-73.
- SNOW, C. P., *The Two Cultures and the scientific revolution*, Cambridge: Cambridge University Press, 1962 [1959].
- WORMS, F., *Le moment du soin. À quoi tenons-nous ?*, Paris : PUF, « Éthique et philosophie morale », 2010, p. 117.

ARTICLE

- GOFFI, J.-Y., « La nouvelle casuistique et la naturalisation des normes », *Philosophiques*, 28(1), 2001, pp. 87-107.

TRAVAUX DE RECHERCHE

- GALANOPOULOS, Ph., *L'Enseignement de l'histoire de la médecine à Paris au XIX^e siècle, 1794-1914 : la défaite de l'érudition*, Thèse de l'École Nationale des Chartes, sous la direction d'E. Parinet, Paris,

ENC: 2009. Position de thèse en ligne: <http://theses.enc.sorbonne.fr/2009/galanopoulos>, dernière consultation le 6 juin 2019.

TOURETTE-TURGIS, C., *L'activité de maintien de soi en vie et son accompagnement: un nouveau champ de recherche en éducation*. Habilitation à diriger des recherches en Sciences de l'éducation, spécialité formation des adultes, Paris: CNAM, 2013, p. 15.

AUTRE

CARREL, A., *L'Homme, cet inconnu*, Paris: Plon, 1935.

L'ENSEIGNEMENT DE L'ÉTHIQUE ET DES HUMANITÉS EN SANTÉ EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER

PROBLÈMES GÉNÉRAUX

Ouvrages

BLEAKLEY, A., *Medical Humanities and Medical Education: How the Medical Humanities Can Shape Better Doctors*, London: Routledge, 2015, p. 45.

CRUESS, R. L., CRUESS, S. R., STEINERT, Y., (eds.), *Teaching Medical Professionalism*, New York: Cambridge University Press, 2009.

Articles

BELLING, C., « Sharper Instruments: On Defending the Humanities in Undergraduate Medical Education », *Academic Medicine*, 85(6), 2010, p. 940.

BOELEN, Ch., « Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine », *Santé Publique*, 23(3), 2011, pp. 247-50.

CASSELL, E. J., « The Place of the Humanities in Medicine », Hastings Center, NY, 1984.

CHARON, R., « Commentary: Calculating the Contributions of Humanities to Medical Practice — Motives, Methods, and Metrics », *Academic Medicine*, 85(6), 2010, pp. 935-7.

CHIAPPERINO, L., BONIOLO, G., « Rethinking Medical Humanities », *Journal of Medical Humanities*, 35(4), 2014, pp. 377-87.

JONES, Th., *et al.*, « The Almost Right Word: The move From *Medical* to *Health* Humanities », *Academic Medicine*, 92(7), 2017, pp. 932-935.

LEDGER, A., JOYNES, V., « 'A huge part of my life': Exploring links between music, medical education, and students' developing identities as doctors », *MedEdPublish*, 7(3), 2018, p. 45.

MARTHOURET, T. « Medical Humanities in the English classroom: building student's professional identity through poetry », *Revue du GERAS*, 70, 2016, pp. 65-85.

MULLER, D., KASE, N., « Challenging Traditional Premedical Requirements as Predictors of Success in Medical School: The Mount Sinai School of Medicine Humanities and Medicine Program », *Academic Medicine*, 85(8), pp. 1378-83.

OUSAGER, J., JOHANNESSEN, H., « Humanities in Undergraduate Medical Education: A Literature Review », *Academic Medicine*, 85, 2010, pp. 988-998.

REINKE, E. E., « From the Archives: Liberal Values in Premedical Education », *Academic Medicine*, 78, 2003 [*The Journal of the Association of American Medical Colleges*, 1937].

SHAPIRO, J., *et al.*, « Humanities and Their Discontents: Definitions, Critiques, and Implications », *Academic Medicine*, 84(2), 2009, pp. 192-198.

TAYLOR, A., LEHMANN, S., CHISOLM, M., « Integrating humanities curricula in medical education: a literature review », *MedEdPublish*, 6(2), 2017, p. 28.

- VAN WYCK, H. B., « Humanities in Medical Education », *Canadian Medical Association Journal*, 64, 1951, pp. 254-260.
- WARNER, J. H., « The Humanising Power of Medical History: Responses to Biomedicine in the 20th Century United States », *Medical Humanities*, 37, 2011, p. 92.
- WEAR, D., « The Medical Humanities: Toward a Renewed Praxis », *Journal of Medical Humanities*, 30, 2009, pp. 209-220.
- WERSHOF SCHWARTZ, A., *et al.*, « Evaluating the Impact of the Humanities in Medical Education », *Mount Sinai Journal of Medicine*, 76(4), 2009, pp. 372-80
- XYRICHIS, A. and REAM, E., « Teamwork: A Concept Analysis ». *Journal of Advanced Nursing* », 61(2), 2008, pp. 232-41. Cité par A. BLEAKLEY, *op. cit.*, p. 9.

FRANCE

Ouvrage

- PELACCIA, Th. (dir.), *Comment (mieux) former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?*, Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2016.

Articles

- ABSIL, G., GOVERS, P., « Comment écrire l'histoire de la médecine pour les étudiants des sciences de la santé ? », *Pédagogie Médicale*, 16(1), 2015, pp. 9-22.
- AIGUIER, G., « Développer la compétence éthique dans la formation médicale : pourquoi ? comment ? », *Tréma*, 47, 2017, pp. 103-115.
- BAGROS, Ph., « Les sciences humaines en médecine à Tours », Journées de Tours, 18-20 mai 2012, *Histoire des sciences médicales*, 46(4), 2012, p. 348. [En ligne : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2012x046x004/HSMx2012x046x004x0347.pdf>, dernière consultation le 6 juin 2019.]
- BONAH, C., RASSMUSSEN, A. (éd.), *Sciences humaines et sociales en médecine. Bilan et perspectives de 10 ans d'enseignement. Actes du colloque de Strasbourg. 15-16 septembre 2004*, Strasbourg : Faculté de médecine, 2005, p. 11. [En ligne : <https://colhum.hypotheses.org/files/2013/10/Actes-du-colloque-2005.pdf>, dernière consultation le 6 juin 2019.]
- COLHUM. « Sur la formation en SHS dans le futur 2^e cycle des études médicales », 16 janvier 2019. [En ligne : <https://colhum.hypotheses.org/809>, dernière consultation le 6 juin 2019.]
- COLHUM. Contribution aux États Généraux de la Bioéthique de 2018, intitulée « Humanités médicales : pour une révolution des Sciences humaines et Sociales dans la formation des professionnels de santé ». [En ligne : <https://etatsgenerauxdelabioethique.fr/media/default/0001/01/76bf4206cd9883ac80a0993073be6e1889ec3376.pdf>, dernière consultation le 6 juin 2019.]
- FAUVET, L., MIKOL, F., « Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé », *Études et Résultats*, MENESR et DREES, N°0927, Juillet 2015.
- FLEURY, C., TOURETTE-TURGIS, C., « Une école française du soin ? Analyse de deux cas d'innovation socio-thérapeutique : l'Université des patients et la Chaire de Philosophie à l'Hôpital », *Le sujet dans la cité*, 7(1), 2018, pp. 183-196.
- GAILLARD, M., LECHOPIER, N., « Relever le défi d'introduire aux sciences humaines et sociales en première année commune des études de santé. Mise en perspective de quelques pratiques pédagogiques », *Pédagogie médicale*, 16(1), 2015, pp. 23-34.
- KAHANE, B., LEVY-SOUSSAN, M., BLACHER, J., « L'enseignement de la médecine à l'épreuve de la fiction », *Les Tribunes de la santé*, 2(11), 2006, pp. 55-79.

- LEFEVE, C., MINO, J.-Ch., « Former de vrais thérapeutes. La place des sciences humaines et sociales dans les études de médecine », *Études*, 2(414), 2011, p. 189.
- LOUIS-COURVOISIER, M., « Pertinence des sciences humaines et sociales en médecine », *Pédagogie Médicale*, 16(1), 2015, p. 6.
- NASR, N., « Enseignement de l'éthique dans le tronc commun du deuxième cycle des études médicales : de la mise en place de l'enseignement jusqu'à l'évaluation », Communication au 8e Congrès du Collège des humanités médicales (COLHUM), Paris, Université Paris-Diderot, 27-28 juin 2019.
- VISIER, L. Collège des sciences humaines et sociales en santé, « Enquête sur l'UE7 (SSH) dans la première année des études de santé », Note de synthèse, 28 janvier 2011.
- VISIER, L., « Vingt ans d'enseignement des SHS dans les études médicales en France », *Bioethica Forum*, 4(4), 2011, p. 144.

ÉTATS-UNIS, ROYAUME-UNI, CANADA

Ouvrages

LUDMERER, K., *Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*, Oxford: Oxford University Press, 1999.

Articles et rapports

- BANASZEK, A., « Medical humanities courses becoming prerequisites in many medical schools », *Canadian Medical Association Journal*, 183(8), 2011, E441-442.
- DEVINE, O. P., HARBORNE, A. C., MCMANUS, I. C., « Assessment at UK medical schools varies substantially in volume, type and intensity and correlates with postgraduate attainment », *BioMed Central Medical Education*, 15: 146, 2015.
- DOYAL, L., « Medical ethics and law as a core subject in medical education », *British Medical Journal*, 316(7145), 1998, pp. 1623-24.
- HAWKINS, A. H., *et al.*, « Humanities Education at Pennsylvania State University College of Medicine, Hershey, Pennsylvania », *Academic Medicine*, 78, 2003, pp. 1001-1005.
- KIRKLIN, D., « Acquiring Experience in Medical Humanities Teaching: The Chicken and Egg Conundrum », *Medical Humanities*, 28, p. 101.
- LAMB, E. G., BERRY, S., « Snapshots of Baccalaureate Health Humanities Programs », *Journal of Medical Humanities*, 38, 2017, pp. 511-534.
- LAMB, E. G., BERRY, S., JONES, Th., Hiram College, « Health Humanities Baccalaureate Programs in the United States », Mars 2019. [En ligne : https://www.hiram.edu/wp-content/uploads/2019/03/Health-Humanities-Program_2019_final.pdf, dernière consultation le 6 juin 2019.].
- PHILIPP, R., *et al.*, « Arts, Health and Well-being. From the Windsor I conference to a Nuffield forum for the medical humanities », London: Nuffield Trust, 2002.
- PHILIPP, R., *et al.*, « Beyond the Millennium: A Summary of the Proceedings of the First Windsor Conference », London: Nuffield Trust, 1999.

EUROPE : ITALIE, ESPAGNE, ALLEMAGNE

- BOHRER, Th., *et al.*, « Medizinstudium: Die Schwester der Medizin », *Deutsche Ärzteblatt*, 107(51-52), 2010; BOHRER, Th., *et al.*, « Zur Notwendigkeit der Philosophie im Medizinstudium », *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 143(17), 2018, pp. 1272-75.

- FIESCHI, L. *et al.*, « Medical Humanities in Healthcare Education in Italy: A Literature Review », *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 49, 2013, pp. 56-64.
- OREFICE, C., PEREZ, J., BANOS, J.-E., « The presence of humanities in the curricula of medical students in Italy and Spain », *Educacion Médica*, 20(S1), 2018, p. 81.
- PATUZZO, S., CILIBERTI, R., « Medical Humanities. Recognition and reorganization within the Italian University », *Acta BioMedica*, 88(4), 2017, pp. 512-513.
- POLIANSKI, I. J., FANGERAU, H., « Toward «harder» medical humanities: moving beyond the 'two cultures' dichotomy », *Academic Medicine*, 87(1), 2012, pp. 121-126.
- SCHILDMANN, J., *et al.*, « History, Thoery and Ethics of Medicine: The Last Ten Years. A Survey of Course Content, Methods and Structural Preconditions at Twenty-nine German Medical Faculties », *German Medical Science Journal of Medical Education*, 34(2), 2017, D23.
- SCHULZ, S., *et al.*, « How Important is Medical Ethics and History of Medicine Teaching in the Medical Curriculum? An Empirical Approach towards Students' Views », *German Medical Science Journal of Medical Education*, 29(1), 2012, D8.

RESTE DU MONDE

- ABDEL-HALIM, R. E., ALKATTAN, K. M., « Introducing medical humanities in the medical curriculum in Saudi Arabia: A pedagogical experiment », *Urology Annals*, 4(2), 2012, pp. 73-79.
- ACUNA, L. E., « Teaching Humanities at the National University of La Plata, Argentina », *Academic Medicine*, 2003, 78(10), pp. 1024-1027.
- CAULI, M., « L'apport des SHS dans la formation des professionnels de santé en Afrique: une expérience dans le cadre du FSP mère/enfant », *Santé publique*, 6(25), 2013, pp. 857-861.
- CHOU, C. P., LIN H. F., CHIU, Y., « The impact of SSCI and SCI on Taiwan's academy: an outcry for fair play », *Asia Pacific Education Review*, 14, 2013, pp. 23-31.
- QIAN, Y., HAN, Q., YUAN, W., FAN, C., « Insights into medical humanities education in China and the West », *Journal of International Medical Research*, 46(9), 2018, pp. 3507-3517.
- WU, H. Y.-J., CHEN, J. Y., « Conundrum between internationalisation and interdisciplinarity: reflection on the development of medical humanities in Hong Kong, Taiwan and China », *MedEdPublish*, 7(3), 2018, 46.
- YUN, X., GUO, J., QIAN, H., « Preliminary thoughts on research in medical humanities », *BioScience Trends*, 11(2), 2017, pp. 148-151.

SITOGRAPHIE

- University of Missouri — Kansas City, School of Medicine. <http://med.umkc.edu/md/curriculum/>, dernière consultation le 6 juin 2019.
- Johns Hopkins University, School of Medicine. https://www.hopkinsmedicine.org/som/admissions/md/application_process/prerequisites_requirements.html, dernière consultation le 6 juin 2019.
- Department of the History of Science, Harvard University. <https://histsci.fas.harvard.edu/academics/undergraduate-program>, dernière consultation le 6 juin 2019.
- CCNE. États Généraux de la Bioéthique. <https://etatsgenerauxdelabioÉthique.fr/pages/les-espaces-de-reflexion-Éthique-regionaux>, dernière consultation le 6 juin 2019.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_n01_fiche_mig_ereri.pdf, dernière consultation le 6 juin 2019.

University of Oxford, Medical Sciences Division. <https://www.medsci.ox.ac.uk/study/medicine>, dernière consultation le 6 juin 2019.

University of Cambridge, Department of Medicine. <https://www.undergraduate.study.cam.ac.uk/courses/medicine>, dernière consultation le 6 juin 2019.



le **cnam**



Site : <https://chaire-philo.fr/>

Twitter : [@hospiphilo](https://twitter.com/hospiphilo)

Facebook : [ChairePhilosophieAHopital](https://www.facebook.com/ChairePhilosophieAHopital)

Contact mail : contact@chaire-philo.fr