



HAL
open science

Les ” sciences humaines ” rendent-elles les soignants plus humains ? Pratiques et enjeux critiques des enseignements des humanités en faculté de médecine, et de l'éthique en particulier

Nicolas Lechopier

► **To cite this version:**

Nicolas Lechopier. Les ” sciences humaines ” rendent-elles les soignants plus humains ? Pratiques et enjeux critiques des enseignements des humanités en faculté de médecine, et de l'éthique en particulier. Place de l'esprit critique dans la formation des professionnels de santé, Jun 2012, Paris, France. hal-00988226

HAL Id: hal-00988226

<https://hal.science/hal-00988226>

Submitted on 7 May 2014

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.

Article tiré de l'intervention au colloque de juin 2012 organisé par l'Association pour une Diététique et nutrition Critiques à Paris 8 Saint Denis. (ADNC), org Paul Sheffer.

Version pré-publication, avril 2014

Auteur : Nicolas Lechopier¹

Les « sciences humaines » rendent-elles les soignants plus humains ? Pratiques et enjeux critiques des enseignements des humanités en faculté de médecine, et de l'éthique en particulier

Introduction

La façon dont sont formés les soignants est une question critique, socialement et politiquement. Cet enjeu ne prend pourtant guère de place dans l'espace de la discussion publique alors même que les débats publics sur la bioéthique, la qualité des soins, la fin de vie, la protection sociale ou l'enseignement supérieur pourraient donner l'occasion de considérer davantage ce sujet. Pourquoi l'éducation et la formation des professionnels de santé sont-elles des questions sous-estimées ?

Dans la contrainte de l'organisation de leurs services, les soignants manquent de plus en plus souvent de temps, d'attention, de vigilance. Les milieux de soins se déshumanisent peu à peu. Heureusement trouve-t-on de nombreuses exceptions. Mais la tendance est là : les interactions se crispent, l'hôpital notamment est un monde « sans pitié »². Et si les attitudes des soignants dans les lieux de soin étaient aussi le reflet – voire le produit – des postures éducatives dans les facultés de médecine ? Postures souvent magistrales, parfois autoritaires, avec bien souvent beaucoup d'anonymat et une compétition cruelle. D'autres modes d'enseignements de la médecine pourraient produire d'autres effets, porter des changements positifs jusque dans les services hospitaliers, jusque dans les cabinets de médecine de ville...

Il y a bien évidemment des facteurs structurels qui rendent raison des impasses actuelles de notre système de soin, les enjeux de financement, l'action des laboratoires, la protocolisation du soin, la pression à la productivité propre à la gestion de l'hôpital³, etc. Dans ce contexte, quel rôle joue la formation initiale et continue des professionnels ? Selon nous, l'éducation et la formation des personnels de santé contribuent à dessiner un espace de possibilités collectives – concernant par exemple l'avenir des hôpitaux et du système de soins ou la prise en compte des déterminants sociaux de la santé. Les choix de formation des professionnels de santé rend certaines possibilités, certains devenir plus probables que d'autres. Discuter de l'éducation médicale c'est donc aussi toucher aux questions de démocratie sanitaire, de promotion de la santé et d'articulation de celle-ci avec d'autres valeurs comme l'émancipation, le bien-être et la justice sociale.

Nous intervenons dans la formation des professionnels de santé dans le cadre des enseignements de sciences humaines et sociales à l'université. Dans cet article, nous proposons une réflexion sur la place des sciences humaines dans la formation médicale : quelles commandes orientent ces enseignements ? Quelles potentialités présentent-ils ? Les humanités, dans les conditions actuelles des pratiques pédagogiques en médecine notamment, peuvent-elles vraiment rendre les soignants « plus humains » ?

Nous dressons dans un premier temps un état des lieux des enseignements de sciences humaines et

¹ Je remercie Jérôme Goffette, Muriel Salle, Maxence Gaillard et Paul Sheffer pour leurs contributions à la réflexion présentée dans ce texte, ainsi que tous les collègues enseignants du service commun de formation en sciences humaines et sociales de l'Université de Lyon1.

² Claire Compagnon and Thomas Sannié, *L'hôpital: un monde sans pitié*, Paris : l'Éditeur, 2012.

³ Bertrand Mas, Frédéric Pierru et Nicole Smolski, *L'hôpital en réanimation: le sacrifice organisé d'un service public emblématique*, coll. Savoir-agir, Bellecombe-en-Bauges: Éd. du Croquant, 2011.

sociales dans la formation initiale de médecine. Dans un second temps, nous procédons à une évaluation critique de ces enseignements, notamment ceux touchant aux enjeux éthiques en santé. Il s'agit d'identifier les conditions – en particulier pédagogiques – à travers lesquelles les SHS peuvent contribuer ou non à rendre plus « humains » les milieux de soin et contribuer à dessiner d'autres possibles dans les milieux de santé.

1/ Conditions d'enseignement des SHS en Facultés de médecine aujourd'hui

Le cadre : formation ou sélection ?

En France, l'enseignement de disciplines de sciences humaines et sociales en facultés de médecine existe au moins depuis 1992. Intitulé initialement enseignement de « Culture générale », puis deux ans plus tard « Sciences Humaines et Sociales » (SHS), cet enseignement a dernièrement pris le titre de « Santé, Société, Humanité » (SSH). Le texte officiel de l'arrêté qui définit l'Unité d'Enseignement (UE7) en explicite les attendus⁴. Cet enseignement a pour objectifs notamment de développer des capacités d'analyse et de synthèse, de développer une culture commune de santé, de proposer une réflexion éthique, historique, épistémologique, juridique, etc. sur les grands enjeux sociétaux, sur la façon d'exercer la médecine et le monde dans lequel celle-ci évolue, sur les rapports entre soignants-soignés, le droit de la santé, le handicap, l'exclusion, les soins palliatifs, etc.

Comme on le voit, ces objectifs larges sont composés à la fois d'une série de compétences à acquérir, d'une liste ouverte de disciplines et d'exemples de problématiques concrètes à traiter. Une enquête faite par le Collège des enseignants des sciences humaines et sociales en faculté de médecine offre un regard contrasté sur la mise en pratique de cet enseignement, qui varie considérablement d'une faculté à l'autre⁵. L'une des difficultés fondamentales de cette première année, tant pour les étudiants que pour les enseignants, reste celle de la conciliation entre deux objectifs : former et sélectionner en fonction du numerus clausus. En général, les contenus de cours et les modalités d'évaluation sont largement déterminés par l'échéance du concours. La dimension sélective prend donc le dessus par rapport à la dimension formatrice. Une loi récente introduisant la possibilité de modalités particulières d'admission et de sélection permettra peut-être d'introduire quelques changements concernant ce concours⁶, qui reste cependant un obstacle à la construction d'un réel projet pédagogique.

L'enseignement de « Santé, Société, Humanité » n'échappe pas à cette difficulté, d'autant que cette discipline représente entre 13 et 20% de la note finale au concours, ce qui n'est donc pas du tout négligeable et conditionne dans une certaine mesure le passage en 2^e année. De plus, dans certains cas, comme à Lyon, l'épreuve est purement rédactionnelle – en l'occurrence, une dissertation problématisée à rédiger en 3 heures sur 3 feuillets. Cet exercice demande aux étudiants de maîtriser un certain nombre de compétences complexes (expression, problématisation, argumentation, mobilisation d'éléments de culture générale et spécifique etc.). L'évaluation en est réputée inégale, incertaine, « subjective », et ce même lorsque tout est fait pour en assurer la validité et la justesse. Ainsi, un enseignement qui est donc censé renforcer les capacités d'analyse et de synthèse est vécu comme une épreuve « glissante » et incertaine, crainte par les étudiants parce qu'une évaluation parfaitement juste et objective semble impossible.

La récente réforme du second cycle des études médicales prévoit que des questions relevant des sciences humaines et sociales seront posées à l'examen national classant en 2016 ou 2017⁷. Ce

⁴ « Arrêté concernant la première année commune aux études de santé » (22 mars 2011)

⁵ Laurent Visier, *Enquête sur l'UE7 dans la première année des études de santé*, 2011.

⁶ Loi sur l'enseignement supérieur et la recherche du 22 juillet 2013, art 39.

⁷ Bulletin Officiel du 20 mai 2013 concernant le deuxième cycle de formation générale des sciences médicales.

« concours d'internat » est encore le prisme à travers lequel se distribue la légitimité et se répartissent les statuts dans le corps médical. Là encore, si la présence d'enseignements de SHS à un tel concours peut paraître les renforcer, cette situation risque aussi de flouter encore davantage leur dimension « formative ». Le problème des concours d'entrée en médecine et des concours d'internat est justement qu'ils reviennent à tester (d'une façon plus ou moins adéquate) les compétences dans le « métier d'étudiant » plutôt que celles du « métier de professionnel » auquel les études sont censées préparer. L'enseignement des sciences humaines et sociales se heurte à des difficultés importantes de ce point de vue là.

La première année, une « boucherie pédagogique »

Dans l'intitulé de l'unité d'enseignement de la PACES (Première Année Commune des Etudes de Santé) intitulée « Santé, Société, Humanité » (UE7, SSH), il n'est pas anodin que le terme « humanité » ne s'écrive pas au pluriel, où il désignerait alors les sciences humaines, mais au singulier. Il renvoie ainsi aussi bien à la notion de condition humaine qu'aux processus d'humanisation et de déshumanisation.

Or, cette première année d'études de santé est justement vécue par les étudiants comme « déshumanisante ». Dans certaines villes, la PACES a été mise en place localement en fusionnant différentes facultés qui étaient chacune de taille moyenne, ce qui a conduit à augmenter considérablement les effectifs d'étudiants en première année. Dans l'université où nous enseignons, 2400 étudiants s'inscrivent en première année, dans ce qui constitue pour eux le plus souvent la première ou la seconde année d'études post-bac.

Dans une étude large, menée à l'échelle nationale par l'association des étudiants en médecine, les étudiants de PACES déclaraient avoir une qualité de vie dégradée du point de vue des relations sociales, familiales, manquer de sommeil, prendre des médicaments, manquer d'activité sportive et de loisir, de confiance en soi, etc. Les auteurs de cette enquête estiment que l'ambiance compétitive du concours, pas plus que les rituels carabins et autres bizutages, n'expliquent entièrement la souffrance des étudiants. Les conditions d'études sont pointées du doigt.

La recherche d'un idéal d'objectivité et de parfaite égalité dans la sélection et les difficultés d'organisation dues aux effectifs importants d'étudiants aboutit à des méthodes pédagogiques et docimologiques effaçant totalement la subjectivité, l'identité de chacun, les PACES se sentent souvent réduits à un numéro d'anonymat ou à un code barre. La richesse, la culture, les différences de chacun doivent rapidement être mises de côté, afin de rentrer dans le moule du candidat dont le principal objectif est trop souvent de se plier à des exercices types et d'apprendre par cœur sans faire appel à son esprit critique.⁸

Les conditions d'études sont par ailleurs éprouvantes. Dans des facultés de médecine comme celle de Lyon, les cours magistraux en première année sont donnés par l'enseignant ou l'intervenant dans un amphithéâtre (appelé « amphi maître ») et retransmis en duplex dans 3 ou 4 autres amphithéâtres (« amphis esclaves (sic) »). Cette situation d'enseignement magistral est difficile à la fois pour l'enseignant et pour les étudiants.

Les étudiants, bien que présents dans les murs de l'université, doivent la plupart du temps (4 jours sur 5) passer une longue journée face à une estrade vide, dans un amphithéâtre bondé et bruyant, où sont diffusés la voix d'un enseignant, ses diapositives et l'image de la tribune où il fait cours. Dans une enquête réalisée à Lyon en 2013, de nombreux étudiants ont déclaré tenir à ces moments d'amphithéâtre, même dans de telles conditions, car cela leur permet de faire des rencontres, de ne pas rester tous seuls, de socialiser⁹.

⁸ « Étudiants en PACES : Profil, Vécu, Vision. Une enquête nationale auprès de 12000 étudiants », Paris, Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF), 2013.

⁹ Évaluation 2013 de l'UE7 de La PACES à Lyon Est. Synthèse des avis de 591 étudiants (ICAP, Université Lyon1,

La situation d'enseignement est cependant tout-à-fait trouble. L'enseignant s'exprime dans un espace à la fois extrêmement peuplé et anonyme. Les étudiants, la plupart du temps, décrochent rapidement et semblent finir par faire autre chose. L'écho qu'ils donnent au discours de l'enseignant est souvent inaudible ou de l'ordre de la clameur. Le chahut est un risque fréquent, les interactions sont parfois difficiles, souvent tendues, même si elles peuvent parfois donner lieu à ce qui finit par apparaître, par contraste, comme des « moments de grâce ». Des tentatives ont été faites, ça et là, pour rendre la pédagogie plus active, mais les contraintes sont fortes : nous sommes une poignée d'enseignants pour 2500 étudiants, dans un système où domine l'approche magistrale, entièrement orienté par l'exigence de sélection.

Dans ces conditions, nombre d'enseignants estiment que cette année, quelle que soit la discipline d'ailleurs, est « perdue pour la médecine ». De fait, la formation y est presque entièrement négligée au profit de la sélection, à une échelle industrielle. Les étudiants disent parfois qu'ils n'en retiennent que peu de choses et qu'elle n'est pas vraiment utile dans la formation médicale. Pire, ceux qui ne réussissent pas le concours se trouvent négativement affectés par ce passage en première année. Un doyen parisien qualifiait donc la PACES de « boucherie pédagogique »¹⁰. Dans ce contexte, à quoi bon des sciences humaines ?

Situation dans les années ultérieures

Jusqu'à peu, les enseignements en tronc commun de SHS se cantonnaient à la première année, suivant des horaires variables. Dans l'une des facultés de médecine de Lyon par exemple, une soixantaine d'heures de cours magistraux sont assurés en première année, plus 6 heures d'enseignements dirigés de méthodologie de la dissertation, en groupes restreints. Les SHS s'installent désormais peu à peu dans les années supérieures. Pour les deuxième et troisième années (formation « générale » en sciences médicales, tronc commun du premier cycle), nos disciplines représentent une douzaine d'heures par an (plus des enseignements dirigés de plus en plus consacrés à des jeux de rôle). Dans les textes définissant ces formations, un certain nombre de compétences médicales touchent de près ou de loin aux disciplines de SHS : activités scientifiques, communication, responsabilité et réflexivité, etc. Dans les années à venir, les enseignements de sciences humaines et sociales seront donc probablement encore davantage mobilisés pour le deuxième cycle, ou formation « approfondie » en sciences médicales, jusqu'au fameux ECN, examen national classant.

De facto, les conditions pédagogiques, une fois passée la première année, sont plus favorables. Les promotions d'étudiants (de l'ordre d'un peu moins de 400) tiennent alors dans un seul amphithéâtre, ce qui permet au moins de réaliser correctement la forme du cours magistral, en évitant tout système de rediffusion, ce qui permet d'avoir des conditions d'enseignement plus propices à l'échange entre enseignants et étudiants. Jusqu'à présent les étudiants ne sont pas très nombreux dans les cours magistraux. En revanche, ils le sont dans le cadre des enseignements dirigés, où par petits groupes nous proposons une pédagogie active, des groupes d'échanges et des jeux de rôles. Il existe enfin des temps de séminaires avec des étudiants plus avancés ou encore des cours optionnels qui sont des formes d'approfondissement. Les classes sont alors à taille « humaine », avec des étudiants qu'on arrive à connaître d'une semaine à l'autre, et qui ont plus ou moins choisi cet enseignement. Il est également devenu possible de créer des unités d'enseignement permettent d'aborder de façon plus approfondie toutes sortes de questionnements transversaux faisant appel aux disciplines comme l'anthropologie ou la philosophie.

Qu'apportent ces enseignements aux étudiants ? L'enquête réalisée à Lyon nous a appris que les enseignements de SHS pouvaient représenter pour les étudiants de première année une sorte de « fenêtre de repos », une « respiration », qui introduit des temps de réflexion, voire de divertissement. Pour les étudiants des années ultérieures, les enseignements de SHS sont perçus par

2013), 59 pages.

¹⁰ Frédéric Dardel, Entretien publié sur le blog d'Olivier Rollot sur l'orientation dans l'enseignement supérieur.

la majorité comme contribuant à leur formation en tant que soignant et leur permettant d'acquérir des compétences professionnelles. Mais en quoi les SHS contribuent-elles à la formation des soignants ?

2/ Le cas des enseignements en éthique

Parmi toutes les raisons d'avoir des enseignements de SHS en facultés de médecine, les enjeux éthiques arrivent en bonne place. Il est devenu courant de considérer que les cours d'éthique proposés aux étudiants leur permettront de mettre en œuvre une meilleure pratique en tant que professionnels. Cette croyance repose sur l'idée selon laquelle la part humaine, éthique, du métier de soins est quelque chose qui peut s'enseigner et que cet enseignement peut être pris en charge par des enseignements relevant des sciences humaines.

L'éthique dans l'enseignement en faculté de médecine

Parmi les différents enjeux éthiques qui révèlent la nécessité d'une réflexion éthique, et d'une formation dédiée, on peut citer ceux de l'information des patients, du consentement, de la justice distributive, de la dignité humaine, des questions autour de la mort et de l'arrêt de soins, mais aussi des conflits d'intérêts, de la médicalisation des comportements, etc.

Ces questions engagent non seulement la déontologie médicale et le droit de la santé, mais aussi, au-delà, des choix de société, des discussions plus larges concernant l'histoire longue, la place des sciences et des technologies, etc. Toutes sortes de disciplines contribuent en réalité à la formation en éthique en faculté de médecine. L'anthropologie travaille sur les représentations, sur les pratiques culturelles qui sont attachées à des actions de soins. La psychologie ouvre sur la compréhension de la variété des réactions à des problèmes de santé. La sociologie permet, elle, de comprendre par exemple le parcours des gens qui entrent à l'hôpital comme professionnels ou comme patients. L'histoire peut décrire les différentes façons de médicaliser l'expérience humaine, les multiples façons de concevoir et d'institutionnaliser la relation de soin, la trajectoire des technologies médicales, etc. La littérature et les arts en général peuvent être l'occasion de questionner la mise en récit du vécu des personnes qu'ils seront amenés à soigner.

En ce qui concerne les apports de la philosophie, notamment au niveau de la première année, deux approches sont particulièrement enseignées en facultés de médecine. Il s'agit premièrement de l'ensemble des textes et productions culturelles relatives à la « bioéthique », qui abordent des problèmes liés aux limites de l'humain, aux différences entre être un embryon et une personne, aux limites entre le corps et la machine (robotique, prothèse), des limites entre la vie et la mort (au sujet des greffes par exemple : à partir de quand est-on mort, quand peut-on prélever des organes?). Ces questions qui sont certes techniques peuvent être renversantes sur le plan anthropologique, ouvrant un vaste horizon de discussions pour les étudiants.

La deuxième approche concerne l'éthique du *care*. Cette approche de l'éthique est très appropriée dans la formation du soignant, parce qu'elle met l'accent sur l'importance de la sollicitude et sur les problèmes de négligence et de maltraitance¹¹. *To care* désigne les activités consistant à se soucier des autres (*caring about*), à les prendre en charge (*caring for*), le fait de leur apporter des soins (*care giving*) ou d'en recevoir (*care receiving*)¹². Cette approche permet de penser ce qu'il y a d'humain dans l'accompagnement et ce qui n'est pas réductible à la rationalité statistique et à la performance technique : importance du relationnel, de la communication.

Et bien entendu, au-delà de ces apports disciplinaires et de ces sources philosophiques, une certaine éthique est enseignée aux étudiants à travers la pratique, en stage, en compagnie des autres professionnels. Les professionnels expérimentés donnent le ton, par leurs façons d'être, de produire des justifications, de se comporter dans les situations cliniques. Cette formation pratique se

¹¹ Annemarie Mol, *Ce que soigner veut dire*, Paris : Presses des Mines, 2009.

¹² Joan C Tronto, *Le risque ou le care ?* Paris: Presses universitaires de France, 2012.

développe aussi au travers des expériences des étudiants lors de leurs stages hospitaliers, et au-delà bien-sûr au travers de leurs propres expériences de vie.

Critiques et limites de cet enseignement

L'enseignement de l'éthique fait l'objet d'au moins trois sortes de critiques. La première est une critique interne : enseigner l'éthique a pour effet de cacher, d'occulter d'autres vrais problèmes. Par exemple, insister sur les questions de bioéthique pourrait conduire à négliger les questions plus ordinaires, celles qui n'impliquent pas immédiatement de bouleversement de repères ou de frontières. Ces questions ordinaires concernent par exemple l'accès au soin, les discriminations à l'hôpital, qui ont tendance à être moins séduisantes et intéressantes que les enjeux soulevés par les technosciences ou les transgressions des frontières. De ce point de vue, l'approche du *care*, qui porte justement attention à ces questions plus ordinaires, permet de corriger cette limite d'un enseignement de l'éthique qui serait limité à la bioéthique. Mais cette approche est elle-même limitée par certains points aveugles : en se focalisant sur l'accompagnement de la personne dans sa singularité, cette approche sensible du soin pourrait conduire à occulter les forces structurelles, les déterminants sociaux de la santé, les causes profondes qui font que les choses se passent comme elles se passent. De plus, en devenant une forme de discours officiel des professions médico-sociales, le *care*, les notions de « bienveillance » ou de « dignité » peuvent perdre leur signification, le recours à ces concepts se retrouvant alors possiblement contre-productif¹³.

La seconde critique – assez courante et de bon sens – consiste à dire que ces enseignements ne sont pas en mesure de contribuer *utilement* à la formation de soignants. La relation médecin-patient ou la relation de confrère à confrère ne sont pas le produit de l'application de théories psychologiques, sociales ou philosophiques, mais de tout autre chose. Comme en témoignait un médecin, on n'apprend à bien soigner qu'en pratiquant, et pour cela on a besoin de soignants, pas de penseurs¹⁴. Pire, les sciences humaines pourraient contribuer à un certain désenchantement. L'enseignement de l'éthique philosophique pourrait contribuer à véhiculer une idéalisation de ce que c'est que se comporter éthiquement, relayer une vision du médecin-modèle. Ces idéalisations peuvent avoir pour conséquence de créer des désillusions douloureuses lorsque les soignants se retrouvent confrontés à la réalité du terrain.

La troisième critique, et non la moindre, est la contradiction possible entre ce qui est enseigné et la manière dont on l'enseigne – entre les contenus et les conditions d'enseignement. Dans ces cours d'éthique en facultés de médecine, nous traitons entre autres des enjeux sensibles qui se jouent dans la communication autour de la santé, de la place des émotions, des rapports de pouvoir et du respect de la personne, etc. Nous mobilisons les notions d'attention à l'autre, de respect de la vie privée, etc. Mais toutes ces notions sont présentées aux étudiants selon des modalités d'enseignement qui les contredisent frontalement – cf. les situations magistrales décrites plus haut, avec leur lot de violence institutionnelle et de déshumanisation. L'enseignement en éthique, dans les facultés de médecine, serait donc non seulement face à une faiblesse interne et marqué par un manque d'utilité, mais pris dans une contradiction performative.

L'esprit critique comme éthique

Ces trois remarques renvoient à des critiques plus générales adressées aux sciences humaines. Ces disciplines proposeraient un regard finalement partial, limité, disciplinaire, sur le monde. Elles seraient impuissantes à fournir des compétences utilisables dans la pratique de ceux qui, justement, se destinent à être des praticiens. Et enfin, leurs modalités d'enseignement (magistrales, descendantes, souvent dogmatiques) contrediraient leurs contenus.

Il nous semble que ces critiques peuvent en réalité être surmontées. La première renvoie au champ

¹³ Philippe Srandra, Faut-il avoir peur de la bienveillance ? Retour sur une notion ambiguë, ESTEM, 2013.

¹⁴ Pratiques, Cahiers de la médecine utopique : « Quelle formation pour quelle médecine ? », numéro 55, 2009.

des sciences humaines, à leurs capacités à dire des choses sur le monde. Il est de la responsabilité des enseignants de délimiter un programme et un curriculum pertinent, et ce chantier est ouvert. Pour la PACES, à Lyon Est a été proposé un ensemble de questions qui nous semblaient incontournables¹⁵. Ces questions permettent de partir, non pas de contenus disciplinaires mais bien de problématiques repérable aussi bien dans le corpus des travaux en SHS que dans l'expérience de terrain. Afficher les enseignements de SHS sous la forme de questions permet d'installer la thématique de la médicalisation, de la scientificité de la médecine, de la prévention etc., non pas comme des savoirs positifs qu'il suffirait d'apprendre, mais comme des questionnements qui existent comme tels dans le champ de la santé, et qui ne se résolvent que de façon temporaire et parfois au prix d'un certain arbitraire qu'il s'agit de dépasser. Autrement dit, les sciences humaines sont là pour insister, non seulement sur ce que nous savons, mais aussi sur ce que nous ne savons pas, et pour légitimer le questionnement.

Cela nous conduit à la seconde critique, qui consiste à dire que les sciences humaines ne permettent pas aux praticiens d'acquérir des compétences utiles à leur pratique. Cette critique appelle en fait à une clarification des finalités de cet enseignement. Les sciences humaines et sociales en médecine peuvent certes être le lieu d'apport de certaines notions pratiques, s'agissant de la relation, de la communication, etc. Mais il faut insister sur le fait qu'elles ont pour finalité quelque chose de plus fondamental, touchant à l'exercice d'un esprit critique. Par exemple, là où la forme actuelle de l'institution médicale ou du système de santé peut sembler la seule possible, un regard historique permet de considérer à quel point elle est en fait construite dans une histoire et que cette trajectoire est singulière, et aurait pu être autre que ce qu'elle est. Là où les données scientifiques semblent orienter vers telle opinion ou telle décision, l'épistémologie permet de réintroduire du jeu, en interrogeant les critères de causalité, en interrogeant la globalité de l'évaluation d'une thérapeutique, en questionnant la place de l'individualité dans le monde biologique, etc. Là où, face à des situations difficiles à l'hôpital, certains scrupules peuvent être vécus par un professionnel en devenir comme le signe d'une incompétence ou d'un manque de professionnalisme, l'enseignement en éthique permet de donner une place à ces questionnements qui de fait ne peuvent pas vraiment en avoir sur le terrain, dans l'urgence du temps de l'action. Comme en témoignent les professionnels en formation, la connaissance de l'organisation du système de soin (ARS, etc.) permet de penser différemment certaines situations vécues avec les patients. Ces différentes prises de distance, ces pas de côté, ces mises en perspectives sont des contributions à l'exercice d'un esprit critique qui constitue l'horizon de ces disciplines.

Reste la troisième limite, qui est celle des contradictions entre les contenus et les formes mêmes de leur enseignement. Bien souvent, les cours de SHS se prêteraient bien à une pédagogie basée sur la mise en pratique, en partant de jeux de rôle par exemple, en simulant des consultations, ou encore en réfléchissant, à partir d'un exemple qui serait exposé par quelqu'un qui le connaît de près, à la notion de dignité. Des classes à « taille humaine » nous permettraient d'éviter la contradiction performative que constitue le fait d'enseigner les humanités dans le cadre d'un enseignement qui par sa forme et ses modalités en nie certains fondements. Que faire lorsque les conditions d'enseignement de le permettent pas ? Nous qui enseignons en faculté de médecine devons faire preuve à ce sujet d'une vigilance critique, d'une réflexivité, en réfléchissant collectivement aux cours que nous donnons et à notre propre formation pédagogique, en questionnant et en transformant nos propres conditions d'exercice.

Le chantier des sciences humaines en médecine consiste donc non seulement à contribuer à enseigner l'esprit critique dans les facultés de médecine, mais aussi à appliquer l'esprit critique aux conditions mêmes de notre enseignement. Cela suppose de sortir des rôles tout faits. Si les SHS

¹⁵ Extrait du programme PACES Lyon Est 2014. Programme de questions proposées comme socle de base des questionnements de SHS : *Qu'est-ce que le soin ? Le changement du corps change-t-il l'identité de la personne ? Qu'est-ce qu'être une personne ? Le sexe est-il un déterminant de santé ? Les médicaments sont-ils des objets de consommation comme les autres ? Y-a-t-il une réalité de la douleur ? Le pathologique s'oppose-t-il au normal ? La médecine est-elle une science ? La mort est-elle un échec médical ? Qu'est-ce qu'un système de santé juste ?*

représentent évidemment une ressource pour la formation des professionnels de santé et pour le questionnement plus large sur notre système de santé, il faut concrètement récuser le rôle de « cerise sur le gâteau », ou du simple « supplément d'âme ». Pour cela, il nous faut construire des collectifs enseignants. De même que nos disciplines peuvent aider à la construction de collectifs de soignants (Balint ou autre), les cours de SHS constituent également un espace de ressources et de réflexivité critique pour réfléchir, avec les étudiants et avec les patients, de façon critique sur l'enseignement de la médecine aujourd'hui.