

# Le « gâchis humain » doit cesser

**Il faut passer du monde clos de la faculté de médecine à l'univers infini des patients par un apprentissage des enjeux humains et sociaux du soin.**

**Céline Lefèvre,** maître de conférences en philosophie de la médecine à l'Université Diderot, laboratoire CNRS SPHERE (UMR 7219) et Centre Georges Canguilhem, enseignante à l'UFR de médecine

Dans une conférence sur l'éducation médicale, Michel Serres imaginait les médecins dotés de deux cerveaux changeant de volume au fil du temps : « Quelques-uns, parmi vous, les jeunes surtout, montrent un gros crâne scientifique et un petit, empirique, alors que les plus âgés ont tendance à inverser la proportion, car la sollicitude (...) les a souvent rendus sceptiques au sujet des raisons, pendant que s'épanouissait leur cœur. (...)

Une bouche dit diabète, l'autre cite le prénom de celle qui en souffre. <sup>1</sup> » L'image articule les tensions, essentielles, entre généralité de la maladie et individualité du malade, mais aussi entre traitement et sollicitude et entre sciences expérimentales et expérience humaine. Ce sont en effet souvent l'expérience et la maturité qui font que le médecin accède au « drame » personnel du malade <sup>2</sup>. Comment former à l'art de soigner et non seulement au fonctionnement du corps ? Savoir si des bacheliers ou des étudiants littéraires ou issus de filières non scientifiques se saisiraient mieux des problématiques humaines, si les enseignements de sciences humaines et sociales (SHS) amélioreraient les pratiques, à quel moment du cursus et à « quelle dose » les y introduire, sont des questions anciennes. Le débat entre tenants d'une formation littéraire et tenants d'une formation scientifique et sur la place de la clinique dans le cursus remonte en France aux années 1930. La réforme hospitalo-universitaire de 1958 a développé l'enseignement des sciences fondamentales dans les premières années du cursus, tout en maintenant un apprentissage clinique précoce dès la 2<sup>e</sup> année <sup>3</sup>. Dans le contexte actuel de l'hyperspécialisation de la médecine et des réformes du système de santé, ces questions prennent une nouvelle acuité <sup>4</sup> et devraient s'inscrire dans une profonde remise en chantier de la formation médicale. En m'appuyant sur mes propres observations et sur un récent rapport de la DREES <sup>5</sup>, je rappellerai d'abord combien

l'apprentissage des enjeux humains et sociaux de la médecine est actuellement secondaire dans les études médicales. Je montrerai ensuite la nécessité de développer les enseignements de SHS.

## Du monde clos de la faculté de médecine...

Pendant la Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES), les étudiants apprennent, selon leurs termes, « des trucs qui servent à rien » et comprennent... qu'il n'y a rien à comprendre. Rechercher le sens des apprentissages et leur lien à la pratique médicale est une perte de temps et une source d'angoisse préjudiciables à leur réussite au concours. Il leur est extrêmement difficile, voire impossible de se concevoir comme des sujets de pensée, de se préoccuper des malades et de se projeter dans le soin. Cette mise à distance des malades et du soin constitue une norme de socialisation professionnelle <sup>6</sup> qui présente dans la pratique des effets délétères désormais reconnus <sup>7</sup>. Parallèlement, l'acquisition des fondements scientifiques requis pour la recherche comme pour la clinique

n'est pas garantie : les étudiants parlent de « mémoire poubelle », bourrée de « par cœur » et régulièrement vidée au lendemain des examens. Le bachotage interdit en effet d'interroger de manière critique la construction des sciences biomédicales, leurs méthodes, modèles, acteurs, etc.

Puis, le modèle triomphant de la spécialité et de la carrière hospitalo-universitaire fait de l'Examen Classant National (ECN) l'objectif premier des études. Les étudiants y investissent toute leur énergie, même s'ils n'ont pas encore décidé de leur orientation (spécialité/médecine générale ; public/privé). Le bachotage continue. L'ECN norme le devenir des étudiants, les contenus enseignés et leur évaluation. Dans ce domaine, les étudiants réprovent eux-mêmes toute référence à la subjectivité (parcours universitaire, motivation, projet professionnel, rapport à la maladie et au soin, questionnement critique) : brisant l'anonymat, elle serait inégalitaire et injuste (alors que les différences sociales pèsent par ailleurs

« Comment former à l'art de soigner et non seulement au fonctionnement du corps ? »

sur leurs résultats) <sup>8</sup>. Ne peut-on relier l'objectivation des compétences à laquelle sont soumis les étudiants et l'objectivation à laquelle sont soumis les malades eux-mêmes (et non seulement leurs symptômes) ? A l'issue de ce processus dépersonnalisant, il est difficile de faire la rencontre de sujets qui ne se réduisent pas à leur maladie.

Lorsque cette rencontre a lieu lors des stages cliniques, son apprentissage dépend des services et des praticiens, de leurs propres relations aux malades, de leur envie d'enseigner, du mimétisme qu'ils suscitent et des tâches qu'ils acceptent de déléguer. Pourtant, les étudiants attendent impatiemment cette rencontre qui interroge leur future position de soignant. Finalement, les stages sont facilement validés pour ne pas entraver l'avancement vers l'ECN. Les « qualités humaines » de l'étudiant ne sont donc pas évaluées, la nécessité de les apprendre n'est pas clairement affirmée et la possibilité même de le faire est mise en question : on en revient à l'idée qu'elles seraient, ou non, inhérentes à la personne.

L'enseignement à la faculté se caractérise, d'une autre manière, par une certaine déshumanisation. Les cours (surtout en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années) sont peu suivis. L'assiduité des étudiants dépend ici aussi de la personnalité, de la motivation et de la capacité à enseigner des enseignants hospitalo-universitaires, dont ce n'est pas la mission la plus valorisée. Les facultés, dont les effectifs augmentent, mais pas les moyens, s'acheminent vers des enseignements à distance (CD-roms, Internet). La formation s'effectue déjà, au moins dans les facultés parisiennes, en dehors de classes, de collectifs stables où pourrait s'établir un compagnonnage durable. On oublie que toute formation est un processus humain et social, surtout lorsqu'il s'agit d'une formation à une pratique elle-même humaine et sociale...

La fonction première de la faculté de médecine semble donc être d'évaluer, trier et hiérarchiser les étudiants qui sont en examen permanent. Les valeurs promues sont certes la recherche de l'excellence et la persévérance, mais aussi l'obéissance à la hiérarchie, la soumission aux, même si les étudiants valorisent aussi l'altruisme et le travail d'équipe qu'ils relient au soin. A l'issue de ce parcours du combattant où les ressources physiques et psychiques de l'étudiant sont intégralement optimisées, comment peut-il faire face à l'expérience de la vulnérabilité et de la dépendance ? Comment peut-il appréhender la souffrance et l'angoisse, alors qu'il les a méthodiquement déniées ou combattues pour réussir ses études ? Comment revenir non seulement à la singularité rebelle aux généralisations, mais aussi à l'altérité souffrante ? Alors que les études médicales forment à l'une des

activités touchant au plus intime et au plus complexe de l'être humain, elles peuvent être regardées à bien des égards comme déshumanisantes car fondées sur de multiples processus d'abstraction. Spécialisation des savoirs, morcellement de l'organisme et du sujet malade bien entendu. Mais aussi clivage de l'étudiant lui-même qui, faute de temps et d'énergie, ne peut se rapporter de manière réfléchie à ses apprentissages, ses désirs, ses angoisses, ses projets. Absorbé par ses études, il tend à s'abstraire de la vie ordinaire (familiale, amicale et amoureuse, culturelle, politique). Il s'éloigne des formes de vie extérieures au milieu médical... y compris celles des patients.

### ... à l'univers infini des patients

L'attention à autrui, la capacité de comprendre son expérience, d'expliquer la maladie, d'échanger et de décider ensemble, tout cela dépend en très grande partie de l'histoire personnelle du médecin et de sa réflexion sur sa pratique. Et il n'y a de causalité ni directe ni assurée entre l'enseignement des sciences humaines et sociales (SHS) et l'amélioration des relations de soin.

Cependant, les SHS contribuent à faire apercevoir le « changement de registre » entre le traitement de la maladie et la prise en charge du malade qui est nécessaire à l'art médical <sup>9</sup>. Elles réalisent pour cela un détour indispensable : elles réinscrivent les théories, les pratiques et les acteurs de la médecine dans les contextes et les relations qui leur donnent sens, et dont les sciences biomédicales font par nature abstraction. Il s'agira de rappeler l'histoire de telle maladie ou de telle pratique, les représentations psychologiques, sociales et philosophiques qui l'accompagnent, les rapports de pouvoir qui l'enserrent, les valeurs et les conflits éthiques qu'elle véhicule, etc.

Les SHS offrent un travail de liaison et de décloisonnement disciplinaire. Ce qui importe, c'est la pluralité de leurs regards : historique, anthropologique, sociologique, philosophique, éthique, psychologique, etc. Elles n'apportent ni théorisation supplémentaire, ni clés pour la pratique, mais, avec des outils scientifiques, elles analysent la médecine de manière plus complète, plus complexe et plus concrète.

En comprenant que la médecine n'est pas abstraite de la vie et de la société, les étudiants se relient eux-mêmes à leurs apprentissages. En réalisant qu'elle est pensée et pratiquée par des sujets, ils se placent eux-mêmes en position de sujets, futurs acteurs du soin ou de la recherche. Enfin ce sont les patients qui sont réinstitués comme sujets <sup>10</sup>. Soignants et soignés apparaissent comme des sujets

« La fonction première de la faculté de médecine semble donc être d'évaluer, trier et hiérarchiser les étudiants qui sont en examen permanent. »

.../...

.../... psychiques, historiques, sociaux, politiques, juridiques, éthiques, de savoirs, de goûts, etc. Incrire la médecine dans le monde, c'est désenclaver l'étudiant de la vision que la médecine en a et le faire entrer dans l'univers infini des patients.

### Philosopher pour apprendre à soigner

A Paris Diderot, j'ai construit, avec le soutien du Doyen Schlemmer, mais des moyens humains encore insuffisants, un parcours obligatoire qui commence en PACES par un enseignement d'épistémologie, d'histoire et de philosophie de la médecine<sup>11</sup> et qui se poursuit en 3<sup>e</sup> année par un enseignement d'éthique portant sur les pratiques : relations médecins/malades, secret professionnel, greffes, Alzheimer, procréation médicale assistée, soins palliatifs, réanimation<sup>12</sup>.

En 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année, je propose deux certificats optionnels qui s'appuient sur le cinéma et sur des exposés d'étudiants portant sur des articles de SHS. Le certificat de 3<sup>e</sup> année est consacré au soin. L'accent est mis sur l'expérience du patient.

C'est Nanni Moretti qui, dans son *Journal intime*,

conte sa quête désespérée d'un diagnostic et se confronte à l'absence d'écoute des médecins. C'est le fonctionnaire tokyoïte de *Vivre* de Kurosawa qui, à l'annonce d'un cancer incurable, rompt avec sa vie passée et donne un sens à son existence à travers un acte altruiste. Sont interrogés les valeurs, les problèmes inhérents à la relation de soin (information du malade, suivi de la maladie chronique, etc.), les affects des soignants, la formation au soin. *On murmure dans la ville* de Mankiewicz interroge la frontière

médecin/guérisseur et le corps dans la médecine scientifique : introduisant à une leçon d'anatomie, Cary Grant rappelle que l'être humain n'est pas le cadavre à disséquer, que son intimité échappe, dans la mort comme dans la vie, au regard médical. C'est aussi son histoire d'amour avec une patiente qui introduit au transfert. *Haut les cœurs !*, l'histoire d'une jeune femme enceinte atteinte d'un cancer du sein, montre les difficultés de la décision partagée. Dans *A tombeau ouvert* de Scorcese, le *burn out* d'un ambulancier new-yorkais illustre la confusion entre rôle et identité de soignant. *Johnny s'en-va-t'en-guerre* de D. Trumbo confronte à l'euthanasie. Le *Barberousse* de Kurosawa enseigne à ses internes que le soin commence par l'écoute du récit des malades, le film introduisant à l'éthique narrative et aux théories du *care*.

Le certificat de 4<sup>e</sup> année montre que les relations de pouvoir passent à travers les savoirs et les pratiques, qui ne sont pas toujours liés à la maladie ni à une finalité thérapeutique, mais aussi à la promotion de la santé, de la sécurité, du bien-

être, de l'ordre social, etc. Sont interrogés : les regards sur la monstruosité avec *Elephant man* ; les politiques de la procréation et de la prédiction à partir de *Bienvenue à Gattaca* ; les discriminations dans la recherche avec *And the band played on* qui narre la découverte du Sida ; l'articulation peine de justice/soin psychiatrique à partir d'*Orange mécanique* ; les nouvelles pratiques de soin centrées sur la personne avec le documentaire *Soigner à l'hôpital* de Nicolas Frank.

Enfin, une UE de Master 1 médical de soixante heures articule des approches pluridisciplinaires sur la construction des maladies et l'évolution du statut du patient : enseignements d'histoire sur la goutte, l'hystérie, les maladies immunitaires, le Sida, Alzheimer, l'hôpital, la santé publique, le principe de précaution ; de philosophie sur les conceptions de la santé, de la maladie et du corps, les notions d'individu et d'individualisation en médecine ; de sociologie sur les associations de malades ; de droit sur les droits des patients.

### Encore un effort...

Les réformes et propositions actuelles prennent acte de l'importance des SHS. Celles-ci comptent pour 20 % au concours de PACES. Leurs volumes d'enseignements sont stables, quoique souvent mêlés à des disciplines médicales (santé publique, économie de la santé, psychiatrie). Le recrutement des étudiants se diversifie : des « passerelles » permettent l'entrée en licence 2 de paramédicaux, d'étudiants d'odontologie, de pharmacie ou de maïeutique, de diplômés de masters d'écoles de commerce et d'IEP ; en licence 3 de docteurs d'universités d'autres filières, d'ingénieurs, de normaliens. En L2/L3, les items proposés par le Collège des Enseignants en SHS en santé ont été inscrits au programme<sup>13</sup>. Mais il faut poursuivre la refonte des études médicales. D'abord, le « gâchis humain » du concours de PACES doit cesser et les SHS doivent participer d'une véritable formation universitaire initiale pluridisciplinaire<sup>14</sup>. Ensuite, l'enseignement des SHS, de leurs méthodes et de leurs recherches les plus actuelles en santé, doit fournir un accompagnement réflexif continu aux autres apprentissages scientifiques ou cliniques. On gagnerait aussi à les intégrer aux enseignements par problèmes/fonctions qui remplacent les enseignements par disciplines. Elles peuvent contribuer à constituer les collectifs indispensables au processus de subjectivation que constitue la formation médicale. Pour cela, il faut inventer des méthodes pédagogiques (cours à deux voix praticien/enseignant de SHS, exposés, débats) qui autorisent la prise de parole et l'échange. Enfin, les étudiants doivent pouvoir mener des doubles cursus et s'engager dans les masters de SHS en santé qui se multiplient en France, puis dans la recherche. Il existe par exemple un Parcours Médecine dans le Master LOPHISS (Logique, Philosophie, Histoire et Sociologie des Sciences) de Paris

« Il faut inventer des méthodes pédagogiques qui autorisent la prise de parole et l'échange. »

Diderot ; un Parcours Médecine dans le Master SHS d'Amiens ; un Master « Santé, Humanités, Autonomie » à Montpellier 1 ; un Parcours « Santé, vie et société » dans le Master « Epistémologie et médiation scientifique » de Strasbourg. Perdre la question du recrutement d'universitaires de SHS pour soutenir ce chantier.

Un peu de lecture, de réflexion et d'argumentation sur les enjeux épistémologiques et humains de la santé et du soin ne nuira pas à l'équilibre des étudiants. En luttant contre leur éloignement de la vie ordinaire et de leurs propres études, les SHS leur apprennent à désapprendre l'objectivation à laquelle sont soumis les malades. —

■

1. M. Serres, « L'éducation médicale vue par un philosophe », *Pédagogie médicale*, 2006 ; 7 : 136.
2. Cf. G. Canguilhem, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » (1978), *Écrits sur la médecine*, Paris, Vrin, 2002, p. 89 : « Les maladies de l'homme ne sont pas seulement des limitations de son pouvoir physique, ce sont des drames de son histoire. »
3. Cf. J.-F. Picard, S. Mouchet, *La métamorphose de la médecine*, Paris, PUF, 2009.
4. Cf. C. Séguoin, S. David, A. Le Divenah, P.-H. Bréchat, B. Hodges, A. Lunel, D. Maillard, D. Bertrand, « Des médecins scientifiques ou littéraires ? Une perspective historique française », *Pédagogie médicale*, 2007, 8 : 135-144.
6. A.-C. Hardy-Dubernet et C. Gadéa (dir.), De « faire médecine » à « faire de la médecine », DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Série Etudes, n° 53, oct. 2005, en ligne : [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud53.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud53.pdf) Rapport rédigé à partir d'entretiens avec des étudiants de P1 et P2 et d'internes en médecine générale à Nantes et à l'Université Paris 6 Pierre et Marie Curie.
6. *Ibid.*, p. 183-184 : « (La) distance au soin que les étudiants doivent acquérir en première année est maintenue ensuite, car il ne s'agit pas d'un « accident de parcours » mais bien des bases de l'enseignement de la médecine. Celui-ci commence par éloigner l'étudiant du malade en le plongeant dans le plus invisible à l'œil nu. Du plus abstrait il passe à la maladie et, parfois, il arrive au malade. (...) La mise à distance du soin, dans un premier temps, du corps souffrant et du geste soignant, semble bien constituer une première initiation à la posture médicale. »
7. V. Ghadi, C. Compagnon, La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Etude sur la base de témoignages, HAS, 2009.
8. Cf. A.-C. Hardy-Dubernet et C. Gadéa (dir.), *De « faire médecine » à « faire de la médecine »*, *op. cit.*, p. 29.
9. Cette notion de « changement de registre » est empruntée à G. Canguilhem dans « Puissance et limites de la rationalité en médecine » (1978), *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 1995, p. 408. Cf. aussi C. Lefève, J.-C. Mino, « Former de vrais thérapeutes. La place des sciences humaines et sociales dans les études médicales », *Études*, février 2011, n° 414/2, p. 187-198.
10. Sur le soin comme relation, cf. L. Benaroyo, C. Lefève, J.-C. Mino et F. Worms (dir.), *La philosophie du soin*, Paris, PUF, 2010.
11. Cf. C. Lefève, F. Blanchet-Benqué, « Quelle place pour les sciences humaines et sociales à la fac de médecine ? », *Pratiques*, n° 36, p. 14-15.
12. Cet enseignement compte 16 heures de CM auquel s'ajoutent des enseignements de psychiatrie et de santé publique, l'ensemble faisant environ 60 heures de CM.
13. 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 : formes, acteurs et contextes et aspects psychologiques ; éthique médicale, bioéthique, éthique de la recherche ; les politiques et systèmes de santé ; le savoir scientifique : enjeux et problèmes ; réflexion et décision médicales ; institutions et acteurs du soin ; savoirs et pouvoirs médicaux.
14. Cf. la Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire du Dr Gaillard (mai 2011) qui propose une formation universitaire d'un ou deux ans mariant, sur le modèle américain du college, enseignements scientifiques et SHS et ouvrant la possibilité de se réorienter. Au grade de licence, une fraction du numerus clausus de 20 %-30 % serait allouée à des entrées parallèles pour diversifier le recrutement. Les SHS y sont valorisées pour développer l'esprit critique et scientifique. Cf. aussi les propositions d'Axel Kahn pour le Parti Socialiste pour 2012 qui préconise de supprimer le concours de fin de PACES et créer une licence des sciences de la vie et de la santé avec un tronc commun, une orientation et une sélection progressives au fil des semestres, en fonction des résultats et des motivations, vers différents métiers de la santé.