RAPPORT

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine.
L'Académie dans sa séance du mardi 10 novembre 2026, a adopté le texte de ce rapport par 56 voix pour, 5 voix contre et 1 abstention.

Promouvoir l'importance et l'enseignement de la relation humaine en médecine

Promoting the importance and teaching of the human relationship in medicine

Patrice DIOT (rapporteur), **Philippe RUSZNIEWSKI** (co-rapporteur) **et Emmanuel VIGNERON** (co-rapporteur) au nom du groupe de travail de la commission 10 de l'Académie nationale de médecine (ANM).

Membres du Groupe de Travail : Catherine ADAMSBAUM, Jean-François ALLILAIRE, Catherine BARTHELEMY, Pierre BEGUE, Athanase BENETOS, Dominique BERTRAND, Jacques CATON, Bernard CHARPENTIER, Jacques de SAINT JULIEN, Patrick DELAVAULT, Vincent DELMAS, Marc DELPECH, Patrice DIOT, Najia HAJJAJ-HASSOUNI, Isabelle LAFFONT, Philippe JAURY, Georges MANTION, Antoine MAGNAN, Alain-Charles MASQUELET, Francis MICHOT, Patrick NETTER (†), Rissane OURABAH, Gérard REACH, Sylvain RIGAL, Gilles RODE, Philippe RUSZNIEWSKI, Jean SIBILIA, Emmanuel VIGNERON, Dominique VUITTON, Alain YELNIK.

Les auteurs déclarent aucun lien ni conflit d'intérêt sur le sujet traité.

En mémoire du Pr Patrick Netter
(8 octobre 1947 - 8 août 2026)
Jusqu'à la fin de sa vie, il a soutenu activement le
Groupe de Travail « Humanités et études médicales »
Nous lui dédions ce rapport

RESUME

L'enseignement des sciences humaines et sociales délivré dans les facultés de médecine n'est qu'un complément à l'indispensable enseignement médical de l'humanité en santé pour préparer les futurs médecins à la relation de soins. Les mutations sociétales, l'irruption de l'intelligence artificielle, ont transformé celle-ci. La crise COVID, la multiplication du nombre des étudiants face à un effectif enseignant en diminution, ont conduit à la perte du modèle de rôle, si essentiel à la construction de la compétence dans la relation de soins, au développement de l'empathie et du partage de valeurs. Les étudiants doivent être convaincus par leur formation de l'enrichissement mutuel qu'apporte aux soignants et aux patients une relation réciproque de qualité, fondée sur l'écoute active, bienveillante, la disponibilité. La qualité de cette relation influe beaucoup sur la confiance et l'alliance thérapeutique des patients. Les différentes phases de l'examen clinique, la palpation notamment, le « toucher », sont

constitutives, comme l'est l'échange préalable, de la dimension humaine de l'exercice médical. Le partage de valeurs doit être intégré dans les compétences génériques à transmettre aux futurs médecins. L'intégration de patients dans les facultés doit être poursuivie, leur savoir expérientiel étant très précieux. Ces objectifs reposent sur le partage de moyens pédagogiques, le renforcement des effectifs enseignants, la refondation des stages, le développement du mentorat et du tutorat, l'ouverture de la formation aux territoires et à l'ambulatoire. L'usage de l'intelligence artificielle dans la pratique médicale doit redonner le temps nécessaire à la relation de soins et à son enseignement. Il s'agit en somme de préparer les étudiants en médecine à la relation de soins dès la première année et tout au long de leurs études en leur montrant que la relation humaine est partie intégrante du soin.

Mots-clés : Relation de soins, sciences humaines, empathie, intelligence artificielle

SUMMARY

Teaching humanities and social sciences in medical schools serves merely as a supplement to the essential medical education regarding the human dimension of healthcare, intended to prepare future physicians for the patient-care relationship which has been transformed by societal shifts and the advent of artificial intelligence. The COVID-19 crisis and rising student numbers—coupled with a shrinking teaching workforce—have led to the loss of the role-model dynamic, a crucial element in developing competence in patient interactions, empathy, and shared values. Medical training must convince students of the mutual benefits—for both caregivers and patients—of a high-quality, reciprocal relationship grounded in active, compassionate listening and availability; the quality of this relationship significantly influences patient trust and therapeutic alliance. The various phases of the clinical examination, particularly palpation and the act of touch are, like the initial exchange, crucial for the human dimension of medical practice. Sharing values must be incorporated into the core competencies taught to future physicians. Medical schools should continue to involve patients, whose experiential knowledge is particularly valuable in this context. Achieving these goals requires sharing educational resources, increasing teaching staff, restructuring clinical placements, expanding mentorship and tutoring programs, and extending training to local communities and outpatient settings. The use of artificial intelligence in medical practice should free up the time needed for the patient-caregiver relationship and for teaching it. Ultimately, the aim is to prepare medical students for this relationship from their very first year by demonstrating that humanity is an integral part of patient care.

***Keywords**: Care relationship, human sciences, empathy, artificial intelligence*

SOMMAIRE

Introduction

Matériel et méthodes

Résultats

Etat des lieux de l'enseignement de la relation de soins
Sciences humaines et humanité des soins
Sciences et humanité, les deux facettes d'un enseignement devenu déséquilibré
L'humanité des soins enseignée sur le terrain clinique
Les limites de l'enseignement tel qu'il est actuellement organisé
Comparaisons internationales

La relation de soins dans un système de santé en crise et une société soumise à de fortes mutations
Système de santé/système de soin et le médecin, vu essentiellement comme un thérapeute
Les évolutions de la relation patient/soignant, reflets de mutations sociologiques
Des modifications générationnelles dans la relation interhumaine
La place et les attentes des patients

Les bases de la relation de soins
La relation de soins, une asymétrie à prendre en compte dans la conduite de la « conversation »
Une confusion à éviter entre communication et relation de soins
La perte du modèle de rôle
L'empathie et la sympathie
Le besoin de valeurs

Des pistes d'amélioration pour la formation à la relation de soins
Des facteurs de motivation pour les étudiants
Des outils à partager
L'indispensable refondation des stages
Des moyens pédagogiques à renforcer
Le mentorat et le tutorat
L'ouverture de la formation aux territoires et à l'ambulatoire

L'enseignement de la relation de soins, une responsabilité partagée ; il s'agit de l'humanité des soins, ou de l'humanité de l'exercice médical, pas des « humanités »

Commentaires

Recommandations

Références

Annexes
Annexe 1 Note préparatoire adressée à toutes les personnes auditionnées en amont des ateliers
Annexe 2 Questionnaire préparatoire adressé à toutes les personnes auditionnées en amont des ateliers
Annexe 3 Personnalités auditionnées
Annexe 4 Le Geste et la Parole
Annexe 5 Liste des acronymes utilisés

INTRODUCTION

Nul n'a jamais contesté l'importance de l'humanisme dans l'exercice de la médecine et la nécessité d'un équilibre, pour l'acquisition de la compétence, entre sciences et humanisme médical. Cette nécessité de veiller à l'équilibre entre science ou technique et pratique de la médecine, qu'avaient déjà défendue par exemple dans la période moderne Henri Mondor ou Georges Duhamel (et plus avant dans l'histoire, Rabelais ou Montaigne, voire même Aristote dans son « Ethique à Nicomaque », avec les notions de techne, épistémè et phronesis), et l'Académie nationale de médecine dans un rapport publié en 2011 (1), est encore renforcée par la technicité toujours plus importante de la médecine et l'intégration croissante de l'intelligence artificielle dans la pratique médicale (2, 3).

Le recrutement des futurs médecins au 19ième siècle et dans la première moitié du vingtième siècle s'opérait parmi des « étudiants » érudits, cultivés, pétris de culture classique.

C'est le rapport d'Abraham Flexner en 1910 (4), qui a le premier appelé à une solide formation scientifique de base avant la formation clinique. Il a conduit en Amérique du Nord, et bien plus tard en France, à la suite du colloque de Caen en 1956 (5), à faire évoluer le profil des futurs médecins, appelés désormais à être sélectionnés sur des aptitudes scientifiques. Commence alors une période fondée essentiellement sur une approche scientifique dans la conception des études de médecine et dans les concours (2), particulièrement marquée entre la fin des années 50 et la fin des années 80, qui contribue aux grands progrès et à l'excellence de la médecine française.

La nécessité de réintroduire et de formaliser l'enseignement des sciences humaines dans le cursus des études de médecine, évoquée dès 1968, prend vraiment corps au début des années 90. Un enseignement en Sciences Humaines et Sociales (SHS) est progressivement mis en place sous l'impulsion de professeurs de médecine convaincus, passionnés et cultivés. Des départements de sciences humaines sont progressivement créés (ils devraient être généralisés dans les facultés où ils n'existeraient pas), auxquels sont associés des personnes compétentes en sciences humaines, histoire, philosophie, éthique ou littérature… Le Collège des Humanités Médicales (COLHUM), initialement intitulé Collège des enseignants de SHS en médecine et santé (COSHSEM), est créé en 2008. Il publie la première édition de son manuel, « Médecine, santé et sciences humaines » en 2011, puis la seconde en 2021 (6). Ainsi, les SHS en faculté de médecine se sont-elles progressivement autonomisées tandis que les « pères fondateurs », qui avaient créé cet enseignement, achevaient leur carrière. Cet enseignement, de grande qualité, est nécessaire, mais n'a pas pour finalité spécifique de préparer les futurs médecins à la relation de soins.

L'objectif du groupe de travail a été de proposer des évolutions de l'enseignement pour développer chez les futurs médecins les qualités relationnelles qui devraient faire partie d'un corpus partagé par l'ensemble des professionnels, une culture générale et une culture générale médicale nécessaires pour l'accomplissement des missions (7) et partie intégrante d'un éthos médical. Il s'agit de construire la confiance et l'alliance thérapeutique. Cela doit s'appuyer aujourd'hui non seulement sur un nouvel élan pour l'accompagnement des étudiants auprès du malade, mais aussi sur une formation spécifique à la relation de soins et le déploiement d'outils de simulation.

MATERIEL ET METHODE

Le groupe de travail a été constitué des membres de l'Académie qui se sont portés volontaires et de trois représentants de la Conférence des doyennes et des doyens des facultés de médecine, dont la contribution apparaissait essentielle. De même, la plus grande attention a été prêtée aux points de vue des étudiants et des enseignants impliqués.

Les membres du groupe de travail ont établi lors d'une réunion constitutive les thèmes à aborder ainsi que les structures et personnalités à auditionner. Les travaux ont été organisés sous forme de sept ateliers thématiques permettant la participation en présentiel ou en distanciel. Une note préparatoire aux ateliers (annexe 1) ainsi qu'un questionnaire préalable (annexe 2) ont été adressés en amont de l'atelier à toutes les personnes auditionnées (annexe 3), leur permettant de se préparer à l'échange et de fournir au groupe, s'ils le souhaitaient, une contribution écrite. Au total, une quarantaine de personnes auront été auditionnées au cours de ces 7 ateliers.

Les 6 premiers ateliers ont donné lieu à un compte-rendu synthétique, soumis à l'ensemble des membres du groupe de travail pour validation. Les informations tirées du septième atelier, consacré aux points de vue de collègues étrangers membres de l'Académie nationale de médecine, ont été intégrées dans divers chapitres du rapport. Ce rapport, rédigé et travaillé par les rapporteurs, a été soumis aux membres du groupe de travail puis revu et validé à l'issue de deux réunions. Il s'achève par quatre recommandations.

RESULTATS

Etat des lieux de l'enseignement de la relation de soins

Sciences humaines et humanité des soins

La primauté accordée aux actes techniques, sources de véritables prouesses médicales, s'accompagne du développement fréquent de l'insatisfaction des patients mais aussi parfois des soignants, dont les étudiants. Pourtant, la rencontre avec le patient est l'aspiration des jeunes qui se destinent à la médecine. La question est donc de savoir quand et comment aborder cette question.

L'intitulé de l'enseignement, « Sciences Humaines et Sociales », apparait trop vague, compte-tenu de la multiplicité des champs couverts, pour bien répondre aux attendus en matière de préparation à la relation de soins. La réforme de 2020 de l'entrée des études de santé a accentué l'hétérogénéité des enseignements, avec des différences importantes, notamment en termes de volume horaire, entre les PASS et les LAS, et entre les facultés.

L'enseignement, bien que particulièrement développé en première année est « plus ou moins réparti » dans les trois cycles d'études, « plus ou moins » en relation avec les enseignants des disciplines médicales.

En premier cycle, il s'agit d'un enseignement « de masse », donnant lieu à des évaluations normatives, ce qui est en contradiction avec l'objectif essentiel de développer la réflexion et l'autonomie des futurs médecins.

Un enseignement a été introduit en 2021 en dernière année du deuxième cycle, mais il est organisé de façon très hétérogène et demeure à ce jour sans véritable évaluation.

Même si certaines spécialités ont prévu d'accorder une part aux SHS dans leurs enseignements de troisième cycle, celles-ci n'apparaissent pas dans les maquettes des diplômes d'études spécialisées (DES) et des enseignements transversaux universels (ETU). La recherche commune entre SHS et sciences cliniques, qui incite au dialogue entre les disciplines et inclut des étudiants, est peu développée.

Sciences et humanité, les deux facettes d'un enseignement devenu déséquilibré

L'enseignement dit « de sciences humaines » a été développé de façon très cloisonnée et parfois concurrentielle entre les disciplines du champ des Humanités. Il est conduit en grande partie sans lien établi avec l'enseignement clinique auprès du malade et pâtit ainsi d'un défaut d'incarnation, grevé par conséquent d'un déficit d'attractivité auprès des étudiants.

Les enseignements des disciplines biomédicales sont conçus pour apporter aux étudiants des certitudes, notamment dans la démarche diagnostique. De ce fait, ils ne préparent pas les futurs médecins à la gestion de l'incertitude, à l'alliance thérapeutique, à l'évaluation de la balance bénéfices/risques pour la personne malade dans son environnement, à la décision partagée, qui constituent pourtant la base d'un exercice médical répondant aux attentes des patients.

L'humanité des soins enseignée sur le terrain clinique

Avec des limites soulignées plus loin dans ce rapport, le développement de l'empathie dans la relation soignant-patient s'est affirmé sur les terrains de stage en premier, et surtout second et troisième cycle, selon des modalités variées : visite « professorale » essentiellement consacrée aux aspects relationnels, groupes de parole de type Balint, jeux de rôle, médecine narrative, séances de simulation *in situ* participant à l'évaluation des stages… Depuis une dizaine d'années, la simulation a pris une place importante dans l'acquisition des compétences relationnelles, grâce à la participation de patients « partenaires », de professionnels de santé, voire d'étudiants eux-mêmes. Des scénarios ont été soigneusement élaborés, insistant sur de nombreuses situations complexes : maladies graves, rechute, réanimation, fin de vie, refus de soins, relations interprofessionnelles….

Les limites de l'enseignement tel qu'il est actuellement organisé

Les conditions actuelles de cet enseignement sont confrontées à plusieurs limites :
- la perte de la culture de l'écrit et de l'oral, largement constatée, est un handicap de départ, pour beaucoup d'étudiants, pour développer des compétences relationnelles ;
- l'effectif insuffisant en enseignants, la définition imprécise des objectifs et la concentration excessive des enseignements en première année ;
- la désaffection des bancs des facultés par les étudiants ainsi que l'absentéisme durant les stages compliquent l'organisation d'enseignements qui devraient être fondés sur la rencontre enseignants /patients partenaires/enseignés. La place des patients partenaires est à développer ;
- l'organisation en silos de l'enseignement en médecine, notamment en deuxième et troisième cycle, contrarie la pluridisciplinarité qu'appellent des enseignements transversaux dont devrait faire partie l'apprentissage des compétences relationnelles.

La relation de soins dans un système de santé en crise et une société soumise à de fortes mutations

Système de santé/système de soin et le médecin, vu essentiellement comme un thérapeute

Notre système de santé est conçu avant tout comme un système de production de soins, curatifs de surcroît (les enjeux de la prévention ont toutefois été bien identifiés dans le rapport récent du député Isaac Sibille, « Construire un système de prévention primordiale ») orientés notamment vers les maladies chroniques, dont la prévalence augmente avec le vieillissement de la population, mais aussi vers la prise en charge des urgences, sujet de préoccupation particulièrement importante dans les « déserts médicaux » (la prise en charge des situations de détresse vitale repose prioritairement sur la mise en place d'assistances techniques souvent lourdes, mais qui ne dispensent pas, dès le moment venu, d'un

accompagnement humain). Cette réalité contribue sans doute grandement au fait que les médecins s'intéressent aujourd'hui davantage à la maladie qu'au « malade ». William Osler écrivait que *« le bon médecin traite la maladie, le grand médecin traite la personne qui a la maladie ».*

Les évolutions de la relation patient/soignant, reflets de mutations sociologiques

Les transformations de la relation de soins s'inscrivent dans des évolutions de la société l'organisation hospitalière et de celle des soins ambulatoires (les consultations): c'est l'ensemble de la société et de ses attentes, qui a changé, société dont les étudiants sont le reflet.

Les relations entre individus dans la société contemporaine sont tendues et trois phénomènes semblent avoir accentué ces tensions :
-la pandémie de COVID, même si ses conséquences à long terme dans le domaine des relations humaines sont encore difficiles à évaluer ;
-le recours à internet sans intermédiation humaine ;
-le développement de l'intelligence artificielle.

Au sein des facultés de médecine comme sur les terrains de stage, la COVID a imposé des règles d'isolement qui ont conduit à raréfier des relations humaines constructrices entre enseignants et étudiants. Les visites auprès des malades, au cœur des attentes des étudiants, avec un temps dédié aux échanges avec le patient puis avec leurs ainés, ont été interrompues dans leur format traditionnel et semblent ne pas toujours avoir été reprises. Les étudiants ont ainsi perdu des occasions de s'inspirer de « modèles de rôle ». La multiplication du nombre des étudiants, l'évolution de l'enseignement dans le secondaire, compliquent l'appropriation par les étudiants de bases culturelles essentielles à l'apprentissage et à l'exercice d'une médecine humaniste.

La désinformation, qui s'est répandue par les mêmes canaux digitaux a nourri le doute et la défiance vis-à-vis des « sachants ». Elle mène à une posture souvent agressive de la part des patients et de leurs familles, parfois des aidants, dans la relation de soins, des exigences toujours plus importantes, une intolérance à la frustration et la menace, réelle ou crainte, d'une judiciarisation croissante. Tout cela contribue sans doute à l'appréhension que ressentent les étudiants dans l'approche du patient.

Des modifications générationnelles dans la relation humaine

Les jeunes semblent redouter la relation humaine, cause et/ou conséquence de leur attirance pour les écrans et des lacunes de la formation. La technologie contribue à l'évitement de la relation humaine. L'appauvrissement des capacités d'écriture chez les jeunes s'accompagne d'une altération de la capacité à exprimer des émotions. Les critères d'évaluation aux examens conduisent trop souvent les étudiants à se concentrer sur les aspects techniques et à laisser de côté la dimension humaine qui est, en outre, peu valorisée dans les examens.

La place et les attentes des patients

De nombreux patients arrivent aujourd'hui auprès du médecin munis d'informations tirées de l'IA et des multiples ressources numériques. Cette évolution très rapide peut aboutir à une inversion de la relation, nécessitant pour le médecin la mobilisation de compétences différentes de celles qui lui ont été transmises, reposant notamment sur des techniques de communication, qui devraient être enseignées, notamment l'importance de la reformulation. Cela étant, le patient n'appréhende pas forcément les enjeux précis relatifs à sa propre situation et ses attentes de la rencontre demeurent très fortes. Ces attentes s'adressent aujourd'hui à l'ensemble de « l'équipe » et non plus au seul médecin, celui-ci étant

appelé de son côté à interagir non plus avec le seul patient, mais aussi avec son entourage et les aidants, voire avec sa communauté, comme c'est le cas dans les pays d'Afrique sub-saharienne et en France, pour ceux qui sont originaires de ces cultures. Des outils de médiation transculturelle du type du centre Babel à Paris peuvent être utiles dans les situations de barrières de langue par exemple. Le ressenti exprimé par le patient, au terme d'un séjour hospitalier est souvent « de n'avoir vu personne ». Cela rend compte de l'évolution de l'organisation des services, et fait écho à la disparition du chef d'orchestre qu'étaient par le passé le chef de service ou les praticiens expérimentés.

Aux Pays Bas, une véritable crise de confiance des patients à l'égard du corps médical s'est développée, en dépit d'une formation de très grande qualité. Interagissant avec 5 à 6 médecins, les patients s'interrogent pour savoir « qui est leur docteur ». La version néerlandaise du serment d'Hippocrate en appelle pourtant bien à une décision partagée (*shared decision making*).

Les patients partenaires (8) insistent sur l'importance de la co-construction, de la démarche du « aller vers », dans l'organisation de l'enseignement, freinées parfois par un manque de motivation au sein des facultés. Les départements dédiés aux patients sont des dispositifs intéressants mais se pose le problème de la pérennité de l'engagement de ces personnes, en raison de leur vulnérabilité et de questions de statut : par exemple, l'allocation adulte handicapé interdit toute rémunération et donc l'indemnisation de personnes désireuses de consacrer du temps et de l'énergie à la formation des futurs médecins, ce qui peut être démotivant sur la durée.

Les bases de la relation de soins

La relation de soins, une asymétrie à prendre en compte dans la conduite de la « conversation »

Même si elle ne se résume pas à cela, la relation de soins s'appuie sur la communication, et celle-ci est asymétrique par essence :

- d'abord, parce qu'elle s'organise entre une personne a priori saine et une personne (plutôt qu'un patient) préoccupée par un rapport à la maladie ;

- ensuite parce qu'elle réunit un médecin, le « sachant », censé être formé en matière de communication et un « profane » de la chose médicale et parfois aussi des subtilités dans l'art de communiquer. Les représentants des patients soulignent toutefois les limites fréquentes des médecins dans la manifestation de l'empathie, dans l'utilisation des ressources du langage non verbal et de la prosodie, l'usage du silence par exemple, de la posture. Le patient d'aujourd'hui revendique une information complémentaire de celles qu'il a pu apprendre en amont de la consultation via les outils numériques et désormais par le truchement de l'intelligence artificielle. Ceci est dans le sillage de la loi Kouchner de 2002 qui impose une information écrite et une reformulation, ainsi qu'un consentement véritablement éclairé signé par le patient ou la personne de confiance (9). Il n'en demeure pas moins que l'information par le médecin est attendue et celle-ci doit être délivrée avec tact et sans brutalité, dans une forme de communication non violente, respectueuse des principes de l'éthique. *Ne pas faire le mal mais aussi faire le bien* rappelait Paul Milliez. La parole peut faire beaucoup de bien même à l'article de la mort, mais elle peut aussi faire beaucoup de mal.

Le fait que l'acte de soins soit inscrit dans une relation « marchande », qui fait du médecin un prestataire de service et du patient un consommateur, n'a pas altéré l'approche humaniste de la majorité des médecins. Mais le développement de la technique et de sa tarification ont pu dégrader parfois la qualité de la « conversation », dans un temps chronométré. On doit au Professeur Henri Péquignot, d'avoir écrit

des pages pénétrantes sur ce sujet dès le début des années 50 (10) mais aussi à des hommes comme Jean Bernard, Armand Vincent, Paul Milliez et bien d'autres.

L'organisation la plus courante des lieux de consultation crée des barrières qu'il convient de lever. Dans les situations où le recueil de la parole compte beaucoup, comme dans celles où les annonces peuvent être graves, les représentants des patients plébiscitent l'organisation de cette conversation autour d'une table ronde, plutôt que de part et d'autre d'un bureau, « barrière » vécue comme infranchissable.

L'enjeu est ainsi de réinstaurer une symétrie dans la relation en s'appuyant sur les ressources de la conversation (annexe 4), le patient (la personne, mais aussi son entourage, dont les aidants et parfois sa communauté) étant le(s) partenaire(s) du médecin. Il s'agit d'accompagner la personne sur le chemin de l'autonomie, dans le contexte de sa vulnérabilité. Pour le médecin, le développement de l'intelligence artificielle doit être une opportunité pour consacrer le temps nécessaire à l'écoute profonde et au bon accueil de la parole. Même si la durée moyenne d'une consultation en France est l'une des plus élevées (11), le temps et l'attention consacrés aux patients est souvent jugé insuffisant par ceux-ci, expliquant sans doute en grande partie le recours fréquent à des médecines complémentaires.

<u>Une confusion à éviter entre communication et relation de soins</u>
La relation ne s'enseigne pas « techniquement », elle s'acquiert essentiellement au contact de modèles et par l'échange avec la personne malade.

Dans les études de médecine, les Examens Cliniques Objectifs Structurés (ECOS) peuvent être utiles pour travailler la communication, mais ils ne sont pas le meilleur moyen pour la transmission des compétences relationnelles, le stage étant le lieu privilégié, via l'exemple observé de modèles de rôle et la réalité du terrain. Toutefois, en l'état actuel de l'organisation, de la fréquentation et de l'évaluation des stages, ceux-ci ont perdu beaucoup de leurs capacités formatives en matière de relation de soins. A la faculté, des enseignants formés à la relation thérapeutique pourraient sensibiliser les étudiants à l'effet thérapeute du médecin.

<u>La perte du modèle de rôle</u>

Sur le terrain, l'encadrement des étudiants repose en partie sur nos traditions de compagnonnage dans lesquelles l'encadrement des étudiants de premier cycle est assuré par ceux de second cycle, ces derniers étant à leur tour souvent supervisés par leurs collègues de troisième cycle. Ce compagnonnage traditionnel, qui a sa raison d'être, ne suffit pas et ne répond pas pleinement aux attentes des étudiants qui aimeraient côtoyer des modèles plus expérimentés auxquels s'identifier.

La pléthore d'étudiants dans les terrains de stage a altéré la capacité formatrice de ceux-ci, faisant parfois disparaitre une supervision effective. La désaffection des étudiants pour les enseignements facultaires et les stages a induit un découragement des enseignants et un cercle vicieux, avec le risque d'abandon d'une ambition qui devrait pourtant être commune aux enseignants et aux étudiants. L'alourdissement des obligations hospitalières et la multiplication des étudiants, toutes deux démesurées, ont condamné aujourd'hui les chefs de service à renoncer à tout espoir de connaitre individuellement leurs étudiants et à les accompagner dans leurs apprentissages. Cette réalité est parfaitement contraire à l'esprit de l'enseignement de la médecine.

Les visites ont beaucoup perdu de leur objectif pédagogique et sont souvent vues par les étudiants comme un travail « à la chaine », déshumanisant, sans véritable lien avec le patient.

Les médecins hospitalo-universitaires sont submergés de charges multiples. Malgré une meilleure prise en compte des missions d'enseignement dans le suivi des carrières par les sous-sections du Conseil

National des Universités (CNU), les performances en recherche restent davantage valorisées, et l'enseignement clinique « au lit du malade » a été progressivement sacrifié à une activité exigeante de publication. Les visites « professorales » sont souvent abandonnées, notamment par les hospitalo-universitaires récemment nommés, y compris dans des spécialités très cliniques, et elles sont même parfois décriées, voire tournées en dérision. Ainsi, les étudiants perdent l'occasion de rencontres marquantes, de modèles, à l'image desquels ils construisaient traditionnellement leur représentation du « bon médecin ». Lorsqu'un médecin « senior » évoque celui ou celle qui fut « son maître », c'est le plus souvent la dimension humaine qui est mise en avant : morale, rigueur, ténacité, goût du travail bien fait, mais aussi dans une conduite toute stoïcienne, altérité, bienveillance, bonté, générosité envers autrui. Se développe aujourd'hui à l'inverse une représentation paradoxale du médecin comme un être froid, distant, tout en contrôle, maître de ses émotions en toutes circonstances. La raréfaction du modèle du médecin clinicien conforte les étudiants dans l'abandon du contact avec le patient, de l'examen clinique, et contribue ainsi à leur désarroi, à leur sentiment d'abandon et à une véritable souffrance par pertes de repères.

L'empathie et la sympathie (annexe 4)

La qualité de la relation, du lien, à construire ou à rétablir parfois, est fondée sur l'empathie. Un article récent (12) rappelle les résultats d'une étude menée par Hojat et al (13) qui montre un déclin de cette empathie au cours des études de médecine, plus particulièrement à l'issue des premiers contacts avec les patients.

La définition de l'empathie introduit la notion de « juste distance ». Pour autant, les émotions du médecin peuvent être utiles à son action : l'intuition (le « *gut feeling* » des anglo-saxons) a sa place dans la démarche diagnostique du médecin expérimenté. Ainsi, il ne faut pas opposer empathie et sympathie, et rechercher la juste proximité plutôt que la juste distance.

Le besoin de valeurs

Une phrase exprimée et partagée par les étudiants lors d'un atelier en dit long : « *Nos études sont longues, imperméables, déshumanisantes et nous désancrent de nos attaches*. »

Même s'il existe des disparités entre les services hospitaliers, les étudiants pointent la dégradation de l'encadrement en stage, qu'ils attribuent à l'aggravation progressive du déséquilibre entre le nombre d'étudiants et le nombre des enseignants.

La parcellisation de l'exercice médical dans toutes les spécialités, hormis la médecine générale et à un moindre degré la pédiatrie, la gériatrie, la médecine physique et de réadaptation ou la psychiatrie, le développement des surspécialités, ont aussi eu pour effet d'amputer les praticiens d'une vision globale du sujet et d'enfermer les internes dans une représentation technique de l'apprentissage de leur spécialité. Ainsi, les étudiants expriment-ils un besoin de promotion et de partage de valeurs.

C'est l'investissement dans la relation de soins et l'approche réflexive qui distingueront le médecin à l'heure de l'intelligence artificielle. Encore faut-il y veiller particulièrement, l'IA ayant fait la preuve récemment de sa capacité toute technique à une empathie « artificielle », dans le cadre d'une comparaison, toutefois totalement biaisée, entre des écrits stéréotypés générés par les agents conversationnels de l'IA et des expressions orales de professionnels de santé (14). Ces réflexions devraient être partagées avec les étudiants dès leur entrée dans les études de médecine (15).

Des pistes d'amélioration pour la formation à la relation de soins

Des facteurs de motivation pour les étudiants

Les responsables pédagogiques et les membres du groupe de travail ont clairement exprimé leur questionnement quant à l'impact de l'enseignement de SHS tel qu'actuellement pratiqué, pour la préparation des étudiants à la relation humaine dans les soins.

La prise en compte des compétences relationnelles dans les évaluations de fin de deuxième cycle est souhaitée tant par les enseignants que par les étudiants. Mais au-delà de cette évolution docimologique, il faut aussi convaincre les étudiants de l'enrichissement mutuel qu'apporte aux soignants et aux patients une relation réciproque de qualité, fondée sur l'écoute active, bienveillante, la disponibilité. La qualité de cette relation influe beaucoup sur la confiance des patients à l'égard des soignants.

Des outils pédagogiques à partager

La maladie chronique comporte deux dimensions, la maladie elle-même et les incidences psychologiques et humaines de son annonce et de son traitement au long cours. Dans la relation patient/soignant, il y a équivalence entre soigner et se soucier. Ce sont ces notions fondamentales qu'il faut inculquer aux futurs médecins dès leur entrée dans les études.

Pour améliorer la relation de soins, il convient de sensibiliser davantage les étudiants à la littératie en santé. Proposé par Sorbonne Université, le site internet 'Le Serment d'Augusta' est un podcast en 60 épisodes de 1h particulièrement intéressant (16). Ce support est utilisé dans plusieurs universités et a déjà été visionné 500 000 fois. Un autre exemple d'enseignement a été a mis en place à Bobigny en fin de première année à l'initiative du Pr Gérard Reach : il s'agit de capsules vidéo de moins de 15 minutes chacune (l'attention d'un étudiant est limitée à 15 minutes) (17), réparties en 7 chapitres, d'une durée totale de moins de 4h30 (16, 18). L'évaluation par les étudiants, réalisée à partir de questionnaires qui leur ont été adressés (87% de réponses reçues), est très positive. Un autre modèle d'enseignement, réparti tout au long des six premières années de médecine, a aussi été développé à Montpellier. Il comporte par exemple des « groupes d'échanges de pratiques » permettant aux étudiants de raconter et d'analyser les expériences traumatisantes souvent ancrées dans les difficultés de communication vécues en stage, et de partager avec des médecins seniors les situations difficiles rencontrées lors de leurs premiers contacts avec les patients. Cet enseignement propose également des ateliers centrés sur la discrimination en santé, sur l'acquisition de compétences transculturelles et leur utilisation dans la relation soignante, sur des séances de médecine narrative, sur des jeux de rôle et des ateliers théâtre simulant des situations cliniques. Tous ces enseignements, obligatoires, sont prodigués et supervisés par des médecins, parfois accompagnés d'autres professionnels de santé. A Genève, 21 séminaires obligatoires consacrés aux compétences cliniques, intégrant des patients simulés et des patients partenaires, suivis d'un feedback, ont été répartis il y a une trentaine d'années tout au long du cursus.

L'indispensable refondation des stages

Les étudiants en appellent à la généralisation d'une organisation des visites comportant une phase « technique » et une phase centrée sur la relation avec le patient, à vertu essentiellement pédagogique, à l'intention des étudiants. A l'ère de l'intelligence artificielle, ils comprennent parfaitement l'importance de l'examen clinique dans l'approche du patient et le développement de la relation avec lui. Les différentes phases de l'examen clinique, la palpation notamment, le « toucher », sont constitutives, comme l'est l'échange préalable, de la dimension humaine de l'exercice médical. Les étudiants sont demandeurs de supervision, de conseils et de commentaires de ce qu'ils font.

Un guide de l'étudiant, comportant un référentiel commun des compétences relationnelles à acquérir, empathie, reformulation, respect de l'autonomie, décision partagée, à l'image du référentiel du DES de médecine générale, devrait exister dans tous les services et être remis à tous les étudiants à leur arrivée. Le développement de ces compétences devrait faire l'objet d'une évaluation formelle en fin de stage, notamment via des ECOS.

La participation des étudiants aux consultations, y compris en médecine générale, et à l'activité des urgences, doit être développée. Ces circonstances doivent permettre aux étudiants d'être davantage confrontés à des situations médicales courantes (cibles d'apprentissage prioritaires en deuxième cycle) qu'au sein même des services, les patients atteints de pathologies courantes étant aujourd'hui de moins en moins pris en charge en CHU. Des stages pourraient être organisés dans des structures médico-sociales en centrant les objectifs sur la relation médecin-patient, sans finalité diagnostique ou thérapeutique. Au cours du stage, des moments doivent être dédiés à des rétroactions structurées, par exemple sous forme de groupes Balint (19), permettant le développement de la réflexivité des étudiants et contribuant à leur bon équilibre (prévention des troubles psycho-sociaux). La rédaction de récits de situations cliniques authentiques (RSCA), sur le modèle de ce qui est pratiqué pour le DES de médecine générale, pourrait être encadrée et contrôlée par les chefs de clinique. Ceux-ci devraient être spécifiquement sensibilisés quant à leur rôle dans la préparation des étudiants à la relation de soin.

L'évaluation par les étudiants de la qualité pédagogique des stages devrait être rendue systématique et utilisée au sein des services dans des démarches d'amélioration des enseignements.

Les responsables et maîtres de stage, les chefs de clinique devraient tous bénéficier d'une formation leur permettant de mieux préparer les étudiants à la relation de soin. L'évolution progressive des facultés de médecine vers des facultés de santé, regroupant l'ensemble des formations aux professions de santé doit permettre la sensibilisation au travail d'équipe et au partage de compétences et valeurs entre les futurs professionnels.

La vie hospitalière est organisée de telle façon que la plupart des activités de soins sont concentrées le matin, tandis que les entretiens avec les familles, les « conférences des familles » mises en place de façon exemplaire, ritualisée, dans les services de réanimation (20, 21), se tiennent l'après-midi. Ces circonstances se prêtent idéalement pour les étudiants à l'apprentissage de la relation de soin, à l'annonce d'une mauvaise nouvelle par exemple, qui mobilise l'ensemble des compétences humaines nécessaires à l'exercice médical. Ainsi, et malgré la multiplication des étudiants, l'enjeu est de développer les stages « temps-plein », en prohibant l'organisation d'enseignements facultaires sur les horaires de stage, en instituant un stage de deuxième cycle centré sur l'apprentissage de la relation de soin obligatoire pour tous les étudiants, en organisant une évaluation normative (et donc validante) des étudiants en fin de stage.

En deuxième cycle, des séances d'apprentissage du raisonnement clinique (ARC) et d'ECOS centrées sur la relation de soin devraient être développées. En troisième cycle, il pourrait s'agir de jeux de rôle ou des séances de théâtre forum comme celles du Théâtre de l'Opprimé (22).

<u>Des moyens pédagogiques à renforcer</u>

La réforme de l'entrée en études de santé (PASS/LAS) mise en place en 2020 a augmenté le nombre total d'étudiants en médecine de 27%. Sur la même période, seulement 29 postes d'hospitalo-universitaires titulaires ont été créés en France, tandis que leurs tâches se sont considérablement alourdies et complexifiées, notamment pour ce qui est des obligations administratives. Dans ces conditions, la dégradation des conditions d'encadrement est inexorable et elle continuera de s'aggraver si rien n'est fait

pour y remédier. La nécessité de 1000 postes hospitalo-universitaires supplémentaires a été exprimée lors des assises hospitalo-universitaires de 2023.

La préparation à la formation à la relation de soins devrait être systématisée dans les DU et DIU de pédagogie médicale. Les visites sur site des CNU devraient être généralisées et harmonisées dans leur calendrier et leur format entre les différentes sous-sections. Ces visites devraient comporter une ou des séquence(s) destinée(s) à s'assurer de la qualité des candidats en termes de relations humaines avec les patients, les collègues et personnels et les étudiants.

Le mentorat et le tutorat

Le déséquilibre des effectifs étudiants/enseignants ne permet pas d'envisager le développement d'un mentorat systématique par les enseignants dans toutes les facultés, même si les initiatives entreprises dans certaines de celles-ci doivent être encouragées.

En revanche, le tutorat par les étudiants des années supérieures, supervisé par des enseignants, est une alternative très intéressante, de nature à développer les qualités relationnelles des étudiants. Ce tutorat devrait être particulièrement valorisé en fin de deuxième cycle, parmi les éléments pris en compte pour les affectations en troisième cycle.

L'ouverture de la formation aux territoires et à l'ambulatoire

La formation médicale reste très hospitalo-centrée et même en réalité CHU-centrée. La saturation des terrains de stage en CHU et dans certains hôpitaux et la nécessaire découverte de différentes formes d'exercice médical poussent à l'ouverture de la formation à la médecine libérale et ambulatoire (23). Cela suppose bien sûr une formation pédagogique des encadrants, sans négliger le fait que les anciens chefs de clinique, déjà formés et compétents, constituent un vivier particulièrement intéressant. Cela implique aussi que des garanties pédagogiques et éthiques soient assurées par les encadrants et qu'un lien avec une équipe hospitalo-universitaire soit solidement établi.

Cette ouverture, déjà mise en place pour la formation de médecine générale et pour d'autres spécialités aussi dans plusieurs facultés, est de nature à permettre aux étudiants d'aborder la relation de soins dans un cadre plus proche des conditions de vie du patient et plus proche des conditions dans lesquelles de nombreux médecins seront appelés à exercer. Elle permettra aux futurs médecins de cultiver cette relation dans la durée, dans le cadre du suivi du patient, par exemple pour une maladie chronique. Il faut la généraliser partout où les conditions d'encadrement le permettent.

L'enseignement de la relation de soins, une responsabilité partagée ; il s'agit de l'humanité des soins, ou de l'humanité de l'exercice médical, pas des « Humanités »

Les étudiants en médecine devraient être sensibilisés dès leur entrée dans le cursus aux deux dimensions consubstantielles de la médecine : l'excellence dans l'usage des données de la science et l'excellence dans la manifestation de l'humanité. L'éveil à l'humanité dans les soins ne relève pas du seul champ des Humanités, loin de là, et il faut l'intégrer dans l'enseignement pratique de la médecine. Cela devrait passer par un discours, à chaque rentrée, porté par les doyens et relayé tout au long des années d'études.

Cette part indispensable d'humanité, à intégrer dans l'enseignement (24), doit être portée par tous les enseignants, notamment les praticiens les plus expérimentés. Elle n'est le domaine réservé d'aucune discipline, et ce serait une erreur que d'imaginer par exemple une entité d'enseignement de bioéthique, qui s'inscrirait dans le champ d'action de telle ou telle section de CNU existante ou qui serait à créer.

L'éthique repose sur des idées morales. Elle ne doit pas être « normative » et ne peut ni ne doit surtout pas être dispensée *ex cathedra*. L'éthique répond à un besoin naturel de réflexion philosophique renforcé de nos jours par une forme d'oubli progressif des objectifs de la pratique médicale et d'une perte de sens au profit de la seule (et très prenante) recherche de l'excellence scientifique et technique.

COMMENTAIRES

La préparation des futurs praticiens à la relation de soins est essentielle pour les patients, et aussi pour les médecins de demain, troublés comme l'ensemble de la société par les bouleversements des relations humaines, par leur violence, trop souvent, et par l'irruption des technologies et de l'IA au milieu de cette relation. Les constats quant à ses limites actuelles sont analysés de façon très consensuelle, tant par les usagers du système de santé, que par les étudiants et leurs formateurs.

Volontairement, ce rapport se limite à quatre recommandations, simples à mettre en œuvre. Pour autant, elles supposent que soit bien considéré le rôle du médecin dans notre système de santé, que soit évacuée l'idée que les défauts de notre système viendraient du seul fait que le nombre de médecins dans notre pays serait insuffisant, et que la multiplication des étudiants, à effectifs constants au sein des facultés de médecine et de santé, serait la solution à tous les problèmes.

RECOMMANDATIONS

1. Faire de la relation de soins un enseignement essentiel tout au long des études médicales :

-Préparer les étudiants en médecine à la relation de soins dès la première année en leur montrant que la relation humaine est partie intégrante du soin et que l'examen clinique en fait partie

-Mobiliser pour cet enseignement l'ensemble des disciplines médicales, chirurgicales et biologiques (pour les spécialités ayant des activités de consultation)

-Mettre en place en troisième cycle un enseignement de sciences humaines appliqué concrètement au métier de médecin et développer des recherches communes aux sciences humaines et aux sciences cliniques, impliquant les étudiants.

2. Renforcer l'apprentissage obligatoire de la relation de soins auprès du malade :

-Restaurer la valeur pédagogique des stages, et associer pour la supervision des étudiants des professeurs émérites et des praticiens hospitaliers volontaires et formés, tout en renforçant les effectifs d'enseignants titulaires

-Développer l'emploi de la simulation centrée sur l'apprentissage de la relation de soins dès le deuxième cycle.

3. Évaluer les compétences relationnelles :

-Evaluer les connaissances et compétences en matière de relation de soins tout au long du cursus des études médicales, notamment dans les épreuves de fin de deuxième cycle.

4. Intégrer les savoirs expérientiels et profiter de l'intelligence artificielle :

-Créer un statut pour les patients partenaires et généraliser leur intégration dans les facultés de médecine

-Tirer parti de l'intelligence artificielle dans l'exercice du raisonnement diagnostique et thérapeutique pour privilégier la relation directe lors de la rencontre avec la personne malade.

REFERENCES

1 Michel FB, Loisance D, Couturier D, Charpentier B. Rapport 11-07. Un humanisme médical pour notre temps. Bull Acad Natl Med 2011 ; 195 : 1345-68.

2 Fabiani JN Réintégrer des sciences humaines dans les études de médecine. La Revue du Praticien 2023 ; 73 : 467.

3 Shamtko A et al. Learning the natural history of human disease with generative transformers. Nature, 6 November 2025

4 Flexner A. Medical education in United States and Canada. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching 1910 : 85.

5 Mesny T. Le colloque de Caen de 1956, la politique scientifique de Pierre Mendès France. Humanisme, n°342, Février 2024.

6 Collège des humanités médicales. Manuel Médecine, santé et sciences humaines. Editions Les belles lettres 2021.

7 Masquelet AC, Allilaire JF. Rapport 24-13. La culture générale, pilier d'une médecine humaniste. Bull Acad Natl Med 2025 ; 209 : 164-79.

8 Reach G, Jaury Ph, au nom d'un groupe de travail de l'ANM. Rapport 24-08. Patients Partenaires. Bull Acad Natl Med 2024 ; 208 : 866-75.

9 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

10 Péquignot H. Médecine et Monde Moderne, l'écran des techniques entre le médecin et le malade. Paris, les Éditions de Minuit, 1953, col. l'Homme et la Machine, 163 p.

11 DREES Les médecins généralistes libéraux travaillent en moyenne 46 heures par semaine en 2025. Etudes et Résultats Aout 2026 n°1381

12 Lemogne C, Dufayet L, Buffel du Vaure C, Marvanne P, Vergely C, Mamzer MF, Piot MF. Empathie clinique : des bénéfices tant pour le patient que pour le médecin. Revue du Praticien 2025 ; 75 : 476-9.

13 Hojat M, Shannon SC, DeSantis J, Speicher MR, Bragan L, Calabrese LH. DoesEmpathy Decline in the Clinical Phase of Medical Education? A Nationwide, Multi-Institutional, Cross-Sectional Study of Students at DO-Granting Medical Schools.Acad Med 2020; 95: 911-8.

14 Howcroft A, Bennett-Weston A, Khan A, Griffiths J, Gay S, Howick J. AI chatbox versus human healthcare professionals : systematic review and meta-analysis of empathy in patient care. Br Med Bull 2025 Sep 22;156(1):ldaf017. doi: 10.1093/bmb/ldaf017.

15 Reach G. Introduire dès la première année des études de médecine les fondements d'une médecine humaine : l'expérience de Bobigny. Rev Prat 2026;76:709-712

16 Roze E, Nilles C, Louapre C, Soumet-Leman B, Renaud MC, Dechartres A, Atkinson-Clement C. A podcast to teach medical humanities at medical school: a text-mining study of students' lived experience. Med Educ Online. 2024 Dec 31;29(1):2367823. doi: 10.1080/10872981.2024.2367823. Epub 2024 Jun 21. PMID: 38905106; PMCID: PMC11195461.

17 Citton Y. Pour une écologie de l'attention. Editions du Seuil 2014

18 Reach G. Towards humane diabetes care in the era of technological innovation. Diabetes Metab 2026 Mar;52(2):101745. doi: 10.1016/j.diabet.2026.101745. Epub 2026 Mar 4.

19 Balint M. Le médecine, son malade et la maladie. PUF 1960.

20 Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement. Crit Care Med 2001;29: 6–33.

21 Azoulay E, Kentish-Barnes N, Boulanger C, Mistraletti G, Van Mol M, Heras-La Calle G, Estenssoro E, Vernon van Heerden P, Martin Delgado MC, Perner N, Arabi YM, Nainan Myatra S, Laake JH, De Waele JJ, Darmon M and Cecconi M. Family centeredness of care: a cross-sectional study in intensive care units part of the European society of intensive care medicine. Annals of Intensive Care 2024 ; 14:77.

22 Grosjean B et Boal A. Un théâtre participatif entre fiction et réalité avec Entrées de jeu, L'Express.fr, 15 mars 2012.

23 Juillet Y, Diot P, au nom du groupe de travail des commissions 7 et 10 de l'Académie nationale de médecine (ANM). Rapport 25-10. Les pénuries en médecins spécialistes, hors médecine générale. Pour une territorialisation, de la formation initiale à l'organisation du système de santé. Bull Acad Natl Med 2025 ; 209 : 1046-1058.
24 Reach G. Pour une médecine humaine. Étude philosophique d'une rencontre. Hermann 2022.

ANNEXES

Annexe 1 - Note préparatoire adressée à toutes les personnes auditionnées en amont des ateliers

Que l'on tienne la médecine pour une science ou pour un art, nul n'a jamais contesté l'importance de l'humanisme dans sa pratique et la nécessité d'un équilibre, pour l'acquisition de la compétence, entre sciences et humanisme : « ne comptez pas, amis médecins, sur la compétence scientifique pour y suffire, ni sur l'humanisme pour tenir lieu de compétence ! écrit André Comte-Sponville dans la dernière phrase de sa préface d'un ouvrage récent (1). Cette nécessité de veiller à l'équilibre entre science ou technique et pratique de la médecine, qu'avaient déjà défendue par exemple dans la période moderne Henri Mondor ou Georges Duhamel (et plus avant dans l'histoire, Rabelais ou Montaigne), et l'Académie nationale de médecine dans un rapport publié en 2011 (2), est encore renforcée par la technicité toujours plus importante de la médecine et l'intégration de l'intelligence artificielle dans la pratique médicale (3, 4) qui posent de nouvelles questions très importantes au sujet desquelles les étudiants doivent être armés.

La place des sciences humaines et sociales (SHS) dans l'histoire de la formation médicale

A partir de l'instauration des concours de l'internat et de l'externat en 1802, on identifie plusieurs époques et mouvements selon la place accordée aux sciences humaines dans l'enseignement de la médecine.

Le recrutement des futurs médecins au 19ième siècle et dans la première moitié du vingtième siècle s'opère parmi des « étudiants » érudits, cultivés (toujours latinistes et souvent hellénistes), pétris de culture classique et familiers du latin depuis leur entrée au collège, voire dès le primaire.

C'est le rapport d'Abraham Flexner « Medical Education in the United States and Canada » publié en 1910 (5), qui en appelle à une solide formation scientifique de base avant la formation clinique et à une place importante de l'approche scientifique dans la formation et l'utilisation de cette approche dans la démarche clinique, qui a conduit en Amérique du Nord, et bien plus tard en France, à la suite du colloque de Caen en 1956 (6), à faire évoluer le profil des futurs médecins, appelés désormais à être sélectionnés sur des aptitudes scientifiques. Commence alors une période très « scientiste » dans la conception des études de médecine et dans les concours (3), particulièrement marquée entre la fin des années 50 et la fin des années 80, et qui aura de fait contribué aux grands progrès et à l'excellence de la médecine française.

La nécessité de réintroduire et de formaliser l'enseignement des sciences humaines dans le cursus des études de médecine apparait cependant au début des années 90 et un arrêté du 18 mars 1992 (Arrêté 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) impose celui-ci à toutes les facultés de médecine, leur laissant toutefois une grande liberté dans le contenu thématique et l'organisation pédagogique (7). L'arrêté impose que « le coefficient des épreuves portant sur le module de « culture générale » ne doit pas être inférieur au dixième de la somme des coefficients ». Cet enseignement est progressivement mis en place sous l'impulsion de professeurs de médecine convaincus, passionnés, cultivés, mais le plus souvent sans formation pédagogique spécifique. Des départements de sciences humaines sont progressivement créés, auxquels sont associés des personnes compétentes en sciences humaines, histoire, philosophie ou littérature (8). Le Collège des Humanités médicales (COLHUM), initialement intitulé Collège des enseignants de SHS en médecine et santé (COSHSEM), est créé en 2008. Il publie la première édition de son manuel, Médecine, santé et sciences humaines, en 2011, puis la seconde en 2021 (9).

L'enseignement de sciences humaines sera maintenu tout au long des nombreuses réformes des études médicales, essentiellement en première année (PCEM, puis PACES et enfin depuis 2020, PASS et LAS), et depuis la rentrée 2022 en troisième année de deuxième cycle, sous la forme d'une unité d'enseignement (UE) obligatoire (arrêté du 21 décembre 2021, réforme du deuxième cycle).

Etat actuel de l'enseignement des sciences humaines en médecine

Bien que l'enseignement en SHS soit bien prévu sous la forme d'une UE obligatoire dans le cadre des actuelles PASS et LAS, l'hétérogénéité de l'enseignement et de son évaluation perdurent (10, 11). Elle est en grande partie liée à l'hétérogénéité des moyens dont disposent les facultés de médecine, à des objectifs insuffisamment définis (12) et par voie de conséquence à un référentiel d'enseignement très détaillé (la dernière édition du manuel d'enseignement ne compte pas moins de 800 pages, bien davantage que tous les autres référentiels d'enseignement des collèges d'enseignement en médecine, qui ont été très allégés ces dernières années). La notion même de SHS, le contenu nécessaire de cet enseignement, n'ont pas été parfaitement définis, et ne sont peut-être pas parfaitement consensuels à ce jour.

En premier cycle, l'enseignement des SHS, concentré essentiellement sur la première année, est, comme pour les autres matières, un enseignement « de masse », qui s'adresse à des étudiants nombreux, aux origines et niveaux très divers. Elle débouche sur une évaluation sommative, au terme de l'enseignement, comme pour les autres disciplines, et non formative, c'est-à-dire qui serait conçue pour accompagner et guider l'étudiant dans ses apprentissages (13).

L'arrêté du 21 décembre 2021 « portant modification de plusieurs arrêtés relatifs aux formations de santé », qui porte la dernière réforme du deuxième cycle des études médicales, prévoit « des enseignements de sciences humaines et sociales délivrés au cours de la troisième année du deuxième cycle. Ceux-ci permettent d'accompagner l'évolution de l'étudiant vers un professionnel de santé intégré dans le système français des soins et la vie politique de la cité ou du territoire. La transformation de l'étudiant en professionnel de soins permet son repositionnement comme acteur social au service de la population ». Cette formulation ne laisse pas d'ambiguïté quant à une conception du législateur très utilitariste des SHS, plus orientée vers le S que vers le H de SHS.

Même si certaines spécialités ont peut-être prévu d'accorder une part aux SHS dans leurs enseignements de troisième cycle, celle-ci n'apparait pas dans les maquettes des diplômes d'études spécialisées (DES) et les SHS n'apparaissent pas non plus explicitement dans les enseignements transversaux universels (ETU) introduits par la réforme du troisième cycle de 2017.

Malgré quelques tentatives déjà anciennes, nous ne disposons pas d'évaluation précise et encore moins systématique de cet enseignement de SHS en médecine (14). Cynthia Fleury (10), ainsi que d'autres, s'interrogent à juste titre quant à la question fondamentale de l'objet : s'agit-il « d'un enseignement des SHS en médecine », sous-entendu sans doute, d'un enseignement général des SHS sans spécificité particulière, qui pourrait aussi bien être enseigné en faculté de droit par exemple, ou « d'un enseignement des SHS qui aurait pour objet la médecine », la réponse à cette question conditionnant bien sûr les conditions de cet enseignement. Dans un article récent, Jean-François Mattei insiste sur le fait que « le souci d'humanité dans la relation soignants—malades doit donc prévaloir au cœur de la formation des médecins » (15). Dans un rapport lui aussi récent, l'Académie nationale de médecine livre un plaidoyer pour la mise en place dans les facultés de médecine de « Départements de Philosophie et Pédagogie de la Santé » destinés à développer la culture générale des futurs médecins, en ce que celle-ci « confère toute sa dimension à la construction du médecin humaniste du XXIème siècle » (16). Cette question de

la place et de la vocation de l'enseignement des SHS en médecine est au cœur des réflexions du COLHUM qui en a fait un thème central de son 11ième congrès qui se tiendra à Tours les 28 et 29 mai prochain : « Le renforcement des SHS dans les parcours de formation se traduit-il, pour autant, dans les pratiques des professionnels de santé ? Ne pourrait-il pas être, et sous quelles formes, un sujet d'échange et de retours d'expériences féconds ? » (17).

SHS et études de médecine : les défis à relever

Ce panorama met en lumière le questionnement quant à l'enseignement des sciences humaines en médecine et à sa capacité à développer chez les futurs médecins les qualités relationnelles qui devraient faire partie d'un corpus partagé par l'ensemble des professionnels, une culture générale et une culture générale médicales nécessaires pour l'accomplissement harmonieux des missions. Cette question n'est pas spécifiquement française, et fait l'objet de réflexions intenses à l'étranger, aux USA notamment. Une série d'articles publiés ces derniers mois dans le New England Journal of Medicine en appelle globalement à la nécessité de remettre le soin au patient au cœur de l'enseignement en médecine (18-20). Cela doit s'appuyer aujourd'hui non seulement sur un retour de l'accompagnement des étudiants au lit du malade, mais aussi sur une formation pertinente en sciences humaines et le déploiement d'outils de simulation. En France, force est de constater que la situation n'a pas évolué sensiblement au cours des 15 dernières années, et que les recommandations faites par l'ANM en 2011 n'ont pas eu de suite tangible. Pour avancer, il apparait opportun de développer un dialogue entre les enseignants de sciences humaines, les étudiants et les enseignants des disciplines médicales, au premier rang desquels les doyennes et doyens de médecine, d'évaluer les enseignements de SHS, de clarifier leurs objectifs, de les rendre plus attractifs.

Le groupe de travail proposé a pour objectif de relever ces défis. Le projet de ce GT, qui pourrait intégrer, outre des membres de l'ANM, des représentants de la conférence des doyennes et doyens de médecine et de France Université, a été validé par la commission 10 lors de sa séance du 25 novembre 2025 et par le Conseil d'administration de l'Académie de médecine le 12 janvier 2026.

Références de la note

1 Le Nen D, Dubrana F. La médecine… art ou science ? L'Harmattan, coll. Médecine à travers les siècles, 2022.
2 Michel FB, Loisance D, Couturier D, Charpentier B. Un humanisme médical pour notre temps. Bull Acad Natl Med 2011 ; 195 : 1345-68.
3 Fabiani JN Réintégrer des sciences humaines dans les études de médecine. La Revue du Praticien 2023 ; 73 : 467.
4 Shamtko A et al. Learning the natural history of human disease with generative transformers. Nature, 6 November 2025
5 Flexner A. Medical education in United States and Canada. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching 1910 : 85.
6 Mesny T. Le colloque de Caen de 1956, la politique scientifique de Pierre Mendès France. Humanisme, n°342, Février 2024.
7 Bagros P. Les sciences humaines en médecine à Tours. Histoire des sciences médicales. 2012 ; 46: 347-56.
8 de Toffol B, Bagros P. L'enseignement de culture générale en PCEM 1 à la faculté de médecine de Tours. Sem. Hôp. Paris 1993 ; 69 : 707-8.
9 Collège des humanités médicales. Manuel Médecine, santé et sciences humaines. Editions Les belles lettres 2021.

10 Fleury C. L'enseignement des humanités dans les facultés de médecine françaises. Soins 2020 ; 842 : 51-54.
11 Crignon C. Les humanités en santé. médecine/sciences 2023 ; 39 : 99-100.
12 Courvoisier ML. Pertinence des sciences humaines et sociales en médecine. Pédagogie Médicale 2015; 16: 5–8.
13 Fontaine S, Loye N. L'évaluation des apprentissages : une démarche rigoureuse. Pédagogie Médicale 2017 ; 18 : 189-98.
14 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 2015; 16: 23-34.
15 Mattei JF. Enseignement de la médecine : un humanisme à réinventer. Bull Acad Natl Med 2025 ; 209 : 340-3.
16 Masquelet AC, Allilaire JF. Rapport 24-13. La culture générale, pilier d'une médecine humaniste. Bull Acad Natl Med 2025 ; 209 : 164-79.
17 Jean-François Rivière (29 novembre 2025). AAC 11e congrès du COLHUM – Mai 2026. Collège des humanités médicales - COLHUM. Consulté le 8 décembre 2025 à l'adresse https://doi.org/10.58079/158p8
18 Cooper D, Holmboe ES. Competency-Based Medical Education at the Front Lines of Patient Care. N Engl J Med 2025;393:376-88
19 Garibaldi BT, Russell SW. Strategies to Reinvigorate the Bedside Clinical Encounter. N Engl J Med 2025;393:2142-50.
20 Ilgen JS, Dhaliwal G. Educational Strategies to Prepare Trainees for Clinical Uncertainty. N Engl J Med 2025 ; 393;16 : 1624-32.

<u>Annexe 2</u> - Questionnaire préparatoire adressé à toutes les personnes auditionnées en amont des ateliers

1- Selon votre point de vue :
. Quelles matières recouvre le terme « Sciences Humaines et Sociales (SHS) » ?
. Les attendus de l'enseignement de SHS en médecine sont-ils bien définis ?
. La préparation des futurs médecins à la relation patient/soignant s'inscrit elle dans le cadre de l'enseignement des SHS et si oui, est-ce le cadre exclusif ?
2- Comment tirer le meilleur parti des stages pour l'enseignement des SHS ?
3- L'enseignement des SHS pendant les études de médecine en France est-il comparable à ce qui se fait à l'étranger ?
4- Quelles seraient vos propositions pour faire évoluer cet enseignement, notamment en ce qui concerne la préparation des futurs médecins à la relation patient/soignant ?
5- Pensez-vous nécessaire/possible de développer les interactions entre enseignants de SHS et enseignants des disciplines médicales ?

<u>Annexe 3</u> - Personnalités auditionnées

Jacques Araszkiewiez, Infocom, faculté de médecine de Nice
Atika Bokhari, présidente de l'ISNAR-IMG
Jacques Bringer, membre de l'Académie nationale de médecine et président du Comité d'Ethique
Gérald Chanques, vice-doyen de la faculté de médecine de Montpellier-Nimes
Marion Cortet, responsable pédagogique de la faculté de médecine de Lyon-est
Marion da Ros Poli, Présidente de l'ANEMF
Jean-François Delfraissy, membre de l'Académie nationale de médecine, président du Comité Consultatif National d'Ethique
Franck Dufour, ingénieur en Sciences de l'Education, Faculté de médecine de Nice
Julie Dupouy, responsable pédagogique de la faculté de médecine de Toulouse, membre du Collège national des généralistes enseignants
Flora Faliere, professeur associé de soins palliatifs, faculté de médecine de Nice
Emmanuel Flamand-Roze, responsable pédagogique de la faculté de médecine de Paris Sorbonne
Frédéric Fossati, président de la Fédération des spécialités médicales
Philippe Gatault, responsable pédagogique de la faculté de médecine de Tours
Bertrand Guidet, membre de l'Académie nationale de médecine, président du Comité d'éthique de la Fédération Hospitalière de France
Loïc Guillevin, membre de l'Académie nationale de médecine
Philippe Guillou, membre du collège de la médecine générale
Najia Hajjaj-Hassouni, membre de l'Académie nationale de médecine
Blandine Humbert, membre de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
Lucie Jousse, vice-présidente du Conseil national de l'Ordre des médecins
Pierre Le Coz, membre de l'Académie nationale de médecine
Cédric Lemogne, Commission pédagogie de Paris Cité
Christine Louis Vahdat, présidente de la section éthique et déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins
Raymond Merle, patient partenaire, faculté de médecine de Grenoble
Vincent Meyer, Infocom, faculté de médecine de Nice
Jean-Pierre Michel, membre de l'Académie nationale de médecine
Julie Montret, interne de radiologie, Master 2 d'éthique
Pierre M'Pelé, membre de l'Académie nationale de médecine
Antonine Nicoglou, membre du bureau du Collège des Humanités Médicales
Anne-Laurence Penchaud, présidente du Collège des Humanités Médicales
Gérard Raymond, président de France Assos santé
Gérard Reach, membre de l'Académie nationale de médecine et du groupe de travail
Edrian Rossignol, vice-président de l'ANEMF
Marie-Bérénice Roux, vice-présidente de l'ISNI
David Simard, membre du bureau du Collège des Humanités Médicales
Pascal Staccini, président de la Coordination nationale des Collèges d'enseignement en médecine
Maël Tisseur, ingénieur pédagogique, Faculté de médecine de Nice
Rutger Van der Gaag, membre de l'Académie nationale de médecine
Thomas Vogel, responsable pédagogique de la faculté de médecine de Strasbourg
Frédéric Worms, directeur de l'Ecole normale supérieure

<u>Annexe 4</u> - Le Geste et la Parole[1]

L'empathie est une condition essentielle de l'amélioration de la relation médecin-patient. Le développement de l'empathie doit notamment s'appuyer sur l'utilisation de métaphores dans le discours médical et sur la maitrise des prosodies. Par leur double fonction pédagogique et d'accompagnement les métaphores font naître des images, redessinent un univers, rassurent le patient et font comprendre à ce dernier que le médecin est présent pour l'accompagner dans ce parcours très particulier de vie qu'est la maladie.

Les prosodies participent de la force de conviction exprimée par le médecin ; prosodie verbale traditionnelle mais aussi prosodie des mimiques faciales et prosodie gestuelle des manifestations corporelles visibles, sous forme de mouvements ou de postures. L'activité pratique la plus susceptible d'illustrer ces deux maitrises et de contribuer à développer l'empathie comme fondement de la relation médecin-patient est l'activité théâtrale. En effet, le jeu d'acteurs est en large part basé sur les prosodies.

Faire du théâtre n'est pas seulement un divertissement, c'est aussi une formation à cet aspect si important du métier de médecine. Il faut inciter les étudiants en médecine à créer des « clubs théâtre », au sein des facultés, avec le soutien des doyens, pour des représentations annuelles propres à chaque promotion, du premier au troisième cycle.

L'empathie, le dialogue supposent de retrouver du temps médical mais celui-ci ne se retrouvera pas facilement. En effet, quels que soient les procédés utilisés (augmentation du nombre de médecins, délégation de tâches, réorganisation des flux, et bientôt utilisation massive de l'IA) la libération du temps médical ne sera pas en soi de nature à améliorer la relation médecin-patient et donc à « réhumaniser » la pratique médicale. Dans l'état actuel des choses, libérer du temps médical risque d'aboutir soit à accroître l'activité dans un but de d'augmentation de leurs revenus, soit à inciter les praticiens à travailler moins pour profiter de la vie ce qui est une autre forme de revenus puisque cela est loin d'être un choix accessible à tous. En réalité, la durée d'une consultation n'est pas une condition nécessaire ni suffisante pour une humanisation de la relation avec le patient. Car ce que souhaitent les patients ce n'est pas forcément beaucoup de temps consacré, mais une présence entière et exclusive, le temps de l'entretien. L'investissement total dans un temps limité que suppose le jeu théâtral est, de ce point de vue aussi, une excellente école.

Alain C Masquelet

A lire : On n'est jamais trop humain, préceptes de savoir-vivre à l'usage des jeunes chirurgiens. SAURAMPS-Médical, 2020

Le dialogue complet

La conversation médicale n'est pas la juxtaposition de deux monologues mais la rencontre de deux jeux de cartes incomplets. Le médecin ne détient qu'une partie des cartes : données cliniques, examens, expérience, raisonnement diagnostique. Le patient possède les autres : la manière dont la maladie ne provoque pas seulement des symptômes mais aussi une détresse et traverse sa vie, son travail, ses relations et parfois son identité même.

Dans cette perspective, la consultation devient le lieu où se compose un jeu de cartes unique afin de faire émerger une identité commune, c'est-à-dire un sens partagé, hic et nunc, de ce qui doit être mis en œuvre pour ce patient-là, à ce moment précis de son existence. Une glycémie mal équilibrée, une

[1] Par un ouvrage portant ce titre, publié en deux tomes en 1964, par les éditions Albin Michel, et demeuré une référence, le grand préhistorien André Leroi-Gourhan montra de quelle façon langage et gestes étaient liés dans le développement du genre humain. Ainsi lentement l'humanité a émergé. C'est en associant les deux que l'on révèle le potentiel humain qui est en chacun de nous. Pas de médecine sans parole, pas de médecine sans langage. C'est ce qui réunit ces quelques lignes extraites de travaux publiés des membres du GT auxquels nous donnons ici des intertitres inspirés de Molière. (Emmanuel Vigneron)

douleur chronique ou une fatigue persistante n'ont pas le même poids pour chacun : elles n'interrompent pas la même histoire, ne menacent pas les mêmes engagements.

C'est pourquoi la conversation doit explicitement ouvrir un espace à ce qui n'est pas strictement médical : la peur de perdre son emploi, la honte d'un corps transformé, la crainte de dépendre des autres, la fatigue d'une adhésion au traitement jugée impossible, tout ce qui est cause de détresse.

Gérard Reach
A lire : Pour une médecine humaine. Étude philosophique d'une rencontre. Hermann 2022.
et La conversation en médecine. in La revue du Praticien 2026

Les mains du médecin

Examiner le patient, l'écouter, l'ausculter, le toucher, a un double rôle : un rôle diagnostique que la pratique d'examen(s) complémentaire(s) ne remplace pas et un rôle empathique majeur, grâce auquel les propositions thérapeutiques que fera le médecin auront de grandes chances d'être entendues, comprises et suivies. Toucher le corps malade, c'est le reconnaître, reconnaître la souffrance de l'autre, montrer l'importance que l'on y donne. Toucher le corps en souffrance ouvre l'accès à son âme.

Ne pas toucher le corps malade enferme la personne dans un corps interdit : Hélène, une patiente, ... C'est la première fois qu'elle consulte pour sa polio, celle-ci n'aurait jamais posé de problème dit-elle. A soixante-quatre ans, ... De toute façon, la polio, on n'en parlait pas. Je suis sans doute le premier médecin depuis soixante ans à l'examiner en portant attention à ses paralysies et à leurs conséquences. Faire sa vie quoiqu'il arrive, masquer autant que possible son handicap pour ne pas risquer de rejet, au point de ne pas pouvoir aborder le sujet, même en famille. Ce tabou, cette chape de silence imposée à l'enfant puis à l'adulte est une souffrance que beaucoup ont connue... »

Inversement, toucher, opérer même un corps sans lui parler est dévastateur : Solange raconte bien ce que tous ont vécu. Chez elle déjà, on ne parlait que de l'organisation matérielle... Mais pas un mot de la maladie, ni de l'opération, ni des suites, ni du pourquoi, ni du comment, dirait-on aujourd'hui... Beaucoup disent que la maladie était plus importante que la personne. Et ce n'est pas propre à la polio. « Dans le centre, dit Solange, on ne parlait pas de la polio, on la vivait. Si seulement dit-elle, si seulement ses parents lui avaient, ne serait-ce qu'une fois, demandé si elle avait mal... »

Savoir dédramatiser pour toucher : Le Professeur Olivier Dizien n'hésitait pas, en pleine visite, à faire la danse de l'Ibis sacré ou à se coucher par terre devant un jeune patient pour déclencher l'étonnement, le rire et ainsi entrer en communication avec un adolescent blessé, dans tous les sens du terme. Provoquer un décalage, jouer de la dérision, faire naitre l'incongru...

Savoir que l'examen peut heurter, réveiller des craintes, des souffrances, chez la personne maltraitée : c'est un subtil équilibre que la relation médecin/patient. Il faut être en pleine forme ... Ce ne devait pas être mon cas ce jour-là. J'avais senti Antoine sur la réserve lorsqu'il vint me voir. Mais je n'avais pas senti à quel point le contact était mal passé ! Je reçus quelques jours après, une belle lettre ... d'engueulade ... En examinant Antoine complètement, j'avais réveillé le temps de « ses plus jeunes années ». Mais, disait Antoine, ... « le temps des mandarins est révolu », « votre démonstration était pitoyable et votre testing un modèle de ce qui se faisait il y a quarante ans devant un parterre d'étudiants médusés du savoir de leur maître ».

Alain Yelnik
A lire : Poliomyélite – Histoires humaines et histoire scientifique. L'Harmattan, 2020

Nihil novi sub sole

Une liste de 48 préceptes pour l'examen de l'enfant constitue le premier chapitre d'un ouvrage paru en 1938, Écoutons son auteur, le Pr Robert Debré, nous en préciser quelques- uns parmi les premiers de la liste :

- *« L'enfant n'est pas un adulte aux dimensions réduites. La pathologie infantile n'est pas l'image, simplement diminuée, de celle de l'adulte et il ne suffit pas pour traiter un enfant de modifier les doses de médicaments suivant l'âge.*

- *« Avant d'examiner un enfant, regardez bien les parents, vous en saurez déjà long sur votre petit malade.*

- *« En écoutant le récit des parents, appréciez de votre mieux leur façon de sentir, de penser, d'agir. Vous aurez besoin de ces notions peut-être pour votre diagnostic, sûrement pour diriger le traitement.*

- *« Faites placer l'enfant tout nu devant vous. Étudiez ses formes, voyez les défauts de sa construction, appréciez la couleur de sa peau, la fermeté de ses chairs, le développement de son système pileux, mesurez d'un coup d'œil les proportions de son corps, interrogez son regard, examinez comme il tient sa tête, son tronc, comme il marche, respire, se meut.*

- *« Si vous avez devant vous un grand enfant, faites-le parler mais d'abord faites taire les parents.*

- *« Si c'est un nourrisson, vérifiez qu'il sourit avant d'avoir atteint son troisième mois. Il est grave pour un petit homme de ne pas sourire à l'âge qu'il faut. »*

- *Etc... à chaque examen, observez sa voix, sa préhension des objets, demandez aux parents le contrôle qu'il a du jeu de ses sphincters, son adresse aux déplacements, son attitude.*

- *« Adressez-vous directement à l'enfant et, bien souvent, vous apprécierez son sérieux, même sa gravité qui contrastent avec la puérilité de tant d'adultes.*

- *« Et quand toutes les épreuves biologiques ont été faites, toutes les radiographies interprétées, tous les examens de spécialistes pratiqués, que le médecin regarde encore longuement et tranquillement son petit malade...*

- *« Plus que tout autre, le médecin d'enfants doit-être plein de mesure et de réserve. Prescrire très peu de médicaments, tâter la susceptibilité de chaque sujet, ne pas multiplier les injections sous-cutanées, craindre la voie intraveineuse, ne pas abuser des régimes systématiques, ne pas obéir aux fantaisies des modes, veiller à l'hygiène, songer d'abord à la médecine préventive, éclairer les parents, les conseiller pour tout ce qui touche à la santé de leur enfant, pour son éducation et son instruction, empêcher tout autant l'abus des soins et des défenses que certaines négligences, telle est sa tâche ».*

Propos sélectionnés par Emmanuel Vigneron des écrits de Robert Debré
A Lire : Robert Debré. Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies des enfants, Masson et Cie, 1938.

<u>Annexe 5</u> - Liste des Acronymes utilisés

AMEE : Association for Medical Education in Europe
ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
CNCEM : Coordination nationale des collèges d'enseignants en médecine
COLHUM : Collège des humanités médicales
COSHSEM : Collège des enseignants de SHS en médecine et santé
DES : Diplôme d'études spécialisées
DRH : Directeur des Ressources Humaines
ECOS : Examens Cliniques Objectifs Structurés
ETU : enseignements transversaux universelsl
FSM : Fédération des Spécialités Médicales
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IA : Intelligence Artificielle
ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
ISNI : Intersyndicale Nationale des Internes
RSCA : récits de situations cliniques authentiques
SHS : sciences humaines et sociales
T2A : tarification à l'activité

Pour copie certifiée conforme



Professeur Christian BOITARD
Secrétaire perpétuel