

Dominique Sprumont / Theresa Scherer / Settimio Monteverde /
Marie-Noëlle Kerspern

Les sciences sociales dans les professions de la santé

Perception des professionnels concernés en Suisse : une question normative

La question aujourd'hui n'est plus de savoir si les sciences humaines et sociales (SHS) ont leur place dans l'exercice des professionnels de la santé, mais plutôt quelle est cette place. Cette recherche exploratoire apporte un éclairage nouveau sur la perception qu'ont les professionnels de la santé en Suisse quant au rôle des SHS dans leur formation et leur pratique. Elle met en évidence que les professionnels de la santé sont conscients de leurs besoins et de la manière de les satisfaire. Elle invite ainsi à repenser l'enseignement des SHS dans les professions de la santé. Cette vision se retrouve d'ailleurs explicitée dans le cadre légal.

Catégories d'articles : Articles scientifiques

Domaines juridiques : Droit de la santé

Proposition de citation : Dominique Sprumont / Theresa Scherer / Settimio Monteverde / Marie-Noëlle Kerspern, Les sciences sociales dans les professions de la santé, in : Jusletter 23 octobre 2017

Table des matières

1. Introduction
 - 1.1. Contexte général
 - 1.2. Contexte helvétique
 - 1.3. Revue de littérature
2. Questions de recherche
3. Buts
4. Méthodologie
5. Résultats
 - 5.1. Données démographiques (Q. 1 – 17)
 - 5.2. La perception des sciences humaines dans la formation et la pratique des professions de la santé (Q. 18 – 21)
 - 5.3. La relation entre les MH et les SHS (Q. 22 – 24)
 - 5.4. La perception des enseignants en SHS sur la place de cet enseignement dans les Facultés de médecine et les HES (Q. 25 – 27)
6. Conclusion
7. Références bibliographiques

1. Introduction

1.1. Contexte général

[Rz 1] Santé et maladie sont considérées comme mutuellement interdépendantes, mais aussi comme des phénomènes socialement construits (MICHAEL MARMOT, 2013). A la lumière des différentes disciplines qui s'attèlent à l'étude de la santé publique, plusieurs pistes de recherche peuvent être dégagées, notamment celle de l'épidémiologie étudiant l'impact des inégalités sociales sur les actes de la vie quotidienne (MARMOT, 2013), celle de l'éthique et des droits de l'homme sur les inégalités qui se traduisent par des iniquités et des violations des droits fondamentaux (MADISON POWERS / RUTH FADEN, 2006), celle du cadre juridique qui s'intéresse à l'étude des compétences législatives et des devoirs de l'Etat visant à assurer les conditions nécessaires pour que la population soit en bonne santé, ainsi qu'aux limites de la puissance publique (LAWRENCE O. GOSTIN, 2000), celle de l'économie de la santé qui se consacre aux rapports coûts/bénéfices et aux interactions entre les différents déterminants de la santé sous l'angle de la prospérité (ROBERT G. EVANS, 1990), celle de la politique qui définit des politiques de santé et les mettent en œuvre (ADINA PREDA / KRISTIN VOIGT, 2015), et enfin toutes celles qui ont un impact direct ou indirecte sur la santé.

[Rz 2] Ces corpus de savoir repose sur diverses disciplines et n'est pas confiné à celles qui sont en lien direct avec la dispensation de soins (sciences biomédicales, sciences infirmières, etc.). Il englobe les sciences naturelles, les sciences de la vie et les sciences humaines et sociales. Au vu de l'importance de la santé comme facteur d'épanouissement humain, l'ensemble de ces savoirs personnels, résultant de l'expérience, et scientifiques ne constitue pas une fin en soi. Il a en effet des implications sur la pratique des professionnels de la santé, ainsi que sur la manière dont la médecine se comprend elle-même et sur la manière dont son mandat social est perçu, formulé et soutenu par la société et les institutions (JULIO FRENK *et al.*, 2010).

[Rz 3] Sous le concept général des sciences humaines et sociales (SHS) dans la médecine, des efforts interdisciplinaires ont émergé dans un mouvement visant à connecter ces savoirs dans un dialogue commun. Le but est de clarifier la contribution de la médecine et de toutes les professions de la santé au bien-être des générations actuelles et futures au regard des dangers globaux

et des défis pour la santé (WIM VAN DEN DOEL et al., 2012). Comme composante spécifique de ce dialogue, la signification des SHS dans la formation de l'identité professionnelle a retenu une attention croissante dans l'éducation des professionnels de la santé. Les « Medical Humanities » (MH) ont été établies comme « *un champ inter- et multidisciplinaire qui explore les contextes, les expériences, les enjeux critiques et conceptuels dans la médecine et les soins de santé, tout en contribuant à la formation de l'identité professionnelle* » (traduction) (THOMAS R. COLE et al., 2015, p. 12). L'agenda des MH a été défini comme visant à « humaniser » la médecine pour réagir aux multiples risques à la « déshumaniser » (COLE et al., 2015, p. 16) en se concentrant en priorité sur les protagonistes du domaine, médecins et professionnels de la santé. Si cet accent sur l'introspection et l'analyse critique peut être compris comme un attribut des MH, il y a de nombreux recouvrements conceptuels entre celles-ci et les SHS dès lors que les deux intègrent des savoirs puisés aux mêmes sources. Les défis globaux et la complexité croissante des facteurs de santé individuelle et collective plaident d'ailleurs pour une approche large de la thématique.

[Rz 4] Pour agir de manière directe et efficace sur les déterminants de la santé, le passage d'une approche des MH orientée principalement sur l'individu à une approche de santé publique orientée principalement sur le système de santé et les collectivités paraît nécessaire. Une telle démarche doit toutefois également reposer sur les savoirs générés par les SHS. Dans cette ligne de pensée, les professionnels de la santé doivent être reconnus comme des « courtiers du savoir » (*knowledge brokers*) (FRENK et al., 2010) qui agissent en pleine conscience et introspection dans le sens des buts sociaux de la médecine.

1.2. Contexte helvétique

[Rz 5] En Suisse, il se développe une reconnaissance accrue des SHS dans les professions de la santé. La loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires (LPMéd ; RS 811.11) en est l'illustration. En effet, cette loi – qui régit l'accès aux professions de médecin, dentiste, chiropraticien, pharmacien et vétérinaire – a introduit une obligation pour ces professionnels d'acquérir des connaissances et des compétences dans le domaine des SHS, notamment en éthique, en droit, en économie, en management, mais également en psychologie et en communication. Ces disciplines font légalement parties intégrantes de la formation de base des médecins. Leur enseignement est mis en perspective non seulement dans le cadre de la pratique médicale, mais aussi sous l'angle de la santé publique. De plus, les objectifs autoréflexifs de cette formation sont également inscrits dans la LPMéd (Conseil fédéral suisse, 2005).

[Rz 6] La LPMéd fixe de manière générale les objectifs d'enseignement que doivent garantir les facultés de médecine accréditées en Suisse. Celles-ci conservent une marge de manoeuvre dans la définition de leur programme. Afin de garantir une unité de doctrine et d'éviter de trop grandes variations dans la formation des médecins en Suisse, la Commission interfacultés médicales suisse (CIMS/SMIFK) a adopté en 2008 un nouveau catalogue des objectifs d'enseignements pour la formation médicale de base¹, entrée en vigueur en 2011. Les SHS sont bien présentes dans ce catalogue, spécialement dans le chapitre 3 sur les objectifs généraux d'enseignement. La place des SHS dans l'enseignement des professions médicales paraît ainsi acquise. Elle est également ancrée dans la loi fédérale du 18 mars 2011 sur les professions relevant du domaine de la psycho-

¹ <http://scllo.smifk.ch/scllo2008/> (dernière consultation le 30 juin 2017).

logie (LPsy ; RS 935.81) ainsi que dans la loi du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé (LPSan ; RS 811.21), dont l'entrée en vigueur est prévue en 2018. Cette loi régleme les principales professions de la santé de formation HES, à savoir les infirmiers, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les sages-femmes, les diététiciens, les optométristes et les ostéopathes.

[Rz 7] La question n'est ainsi plus de savoir si les SHS ont une place dans la formation des professions de la santé, mais quelle est cette place. Au-delà des déclarations de principes, quel est le poids effectif des SHS dans les programmes ? Il s'agit justement d'une des questions centrales à laquelle s'attachent les Académies suisses des sciences et en particulier l'Académie suisse des sciences humaines et sociales (ASSH) depuis plus de 10 ans (Académie Suisse des Sciences Humaines et Sociales, 2006 ; Académies suisses des sciences, 2014).

1.3. Revue de littérature

[Rz 8] Afin de mieux cerner les enjeux conceptuels que soulèvent les MH et les SHS dans le contexte des soins, nous avons réalisé en avril 2014 une revue systématique de la littérature en utilisant les banques de données PubMed^δ, CINAHL^δ, Cochrane^δ et ERIC^δ sans restriction de temps ni de langues avec la recherche des mots-clés suivants dans les abstracts : *[medical] humanities, human social sciences, nursing, medicine, curriculum, education, healthcare professions, health professionals, midwives, occupational therapy, public health, public health education*. En complément, une recherche manuelle a été effectuée dans un cercle limité de revues spécialisées.

[Rz 9] Suivant la taxonomie de DAVID A. COOK *et al.* (2008), une prédominance claire des études descriptives s'est dégagée, avec quasiment aucune étude visant une clarification conceptuelle de la problématique. De manière générique, l'introduction des SHS dans le curriculum médical n'a jamais été exempte de critiques depuis le début des années septante (KIERAN WALSH, 2013 ; RICHARD MEAKIN, 2007). Les SHS peuvent être qualifiées comme accompagnant le « tournant social » dans la médecine selon ses disciplines (montée des soins palliatifs et psychosomatiques, accent sur l'éthique médicale, intégrité de la recherche, droit des patients, relation soigné-soignant, etc.). Au niveau personnel, les SHS dans la médecine décrivent l'expérience vécue de devenir et d'être médecin (RAYMOND C. REYNOLDS / RONALD A. CARSON, 1975) selon la perspective de disciplines « auxiliaires » (ANDREA WERSHOF SCHWARTZ *et al.*, 2009) comme les sciences comportementales, la sociologie, l'histoire, l'anthropologie, les arts dramatiques, et de disciplines normatives comme le droit et l'éthique.

[Rz 10] Des revues systématiques mettent en exergue des difficultés de définition et de conceptualisation des SHS, dans le cadre de la définition des curricula, de leur contenu et de leurs buts, de l'évaluation des étudiants, des résultats attendus à court (par ex. taux de rétention d'information) et à long termes (JAKOB OUSAGER / HELLE JOHANNESSEN, 2010). Les résultats sont souvent mesurés selon le niveau de satisfaction des étudiants (ce qui ne renseigne pas sur les modifications planifiées et obtenues au niveau des comportements ou de la performance individuelle [par ex. VALERIE J. GRANT *et al.*, 2002]). La littérature est très réticente concernant la question de savoir si la fin justifie les moyens et si les étudiants qui ont eu une formation spécifique en sciences humaines et sociales sont plus performants que les autres (pour les étudiants en médecine, voir SCHWARTZ *et al.*, 2009).

[Rz 11] En suivant une approche orientée sur la pratique, la formation en éthique des soins de santé et en SHS peut influencer positivement l'empathie, le professionnalisme et le soin de soi (*self*

care) des étudiants en médecine et en soins infirmiers (SCHWARTZ *et al.*, 2009 ; WALSH, 2013) alors que dans une approche plus psychologique, le but de la formation en SHS est d'améliorer les modèles de résilience des étudiants. JOHANNA SHAPIRO critique un modèle ornemental ou consensuel de l'enseignement des SHS qui peut devenir « un outil de gouvernance de la culture dominante » (traduction) (SHAPIRO, 2012, p. 2f.). Toutefois les thèmes couverts dans les SHS sont considérés comme pertinents par les professionnels de la santé. Dans les soins infirmiers, la relation entre les SHS et la formation des infirmières est souvent perçue comme intrinsèque au vu de la dimension « humanisante » des soins qui ressort explicitement de nombreuses définitions des soins infirmiers. Il a ainsi été proposé de ne pas considérer les SHS comme « consubstantielles » à la médecine ou aux soins infirmiers, mais comme une interface sous forme d'expérience humaniste interdisciplinaire (CHERYL DELLASEGA *et al.*, 2007).

[Rz 12] A la lumière de la littérature, au moins trois problèmes et tensions conceptuels peuvent être dégagés. **Premièrement**, parler des SHS dans la médecine ou de MH soulève le danger d'évoquer une dichotomie entre « jugement technique » et « jugement humain » (JANE MACNAUGHTON, 2000) des professionnels de la santé. Aujourd'hui, l'idée que la médecine doit être « humanisée » par les humanités projette une lumière ambivalente sur les disciplines et les professionnels qui agissent en leur sein. D'autant plus que l'auto-compréhension de la médecine comme un effort holistique est documentée par un nombre croissant d'études qualitatives. **Deuxièmement**, l'enseignement des SHS doit se faire en lien étroit avec les objectifs de formation des professionnels de la santé. Comme l'argumentent DAVID J. DOUKAS et ses collègues (2012), l'étude des SHS n'est pas une fin en soi ; elle doit viser à promouvoir le professionnalisme et avoir des buts clairs, évalués comme tels. A ce propos, il paraît opportun d'élargir la réflexion aux SHS dans la santé et pas seulement dans la médecine. Il ne s'agit pas d'un simple glissement sémantique, mais d'une prise en compte des enjeux de santé publique allant au-delà de la pratique professionnelle des médecins et des infirmières. **Troisièmement**, la relation entre « décrire » la réalité ou l'expérience vécue au sein de la médecine (par exemple à travers les arts visuels) et susciter une motivation de la « changer » est mal prise en considération, particulièrement l'importance de déclarations ou jugements normatifs face à des comportements discutables d'un point de vue éthique (par ex. paternalisme médical non justifié, voir MARK R. WICCLAIR, 2008).

2. Questions de recherche

[Rz 13] A la lumière des tensions conceptuelles relevées dans la littérature, des défis rencontrés dans la redéfinition des curricula des professionnels de la santé, ainsi que du débat entamé au sein des Académies suisses des sciences, la présente étude vise à explorer les trois questions suivantes dans le contexte suisse :

1. quelle est la perception du rôle des SHS dans les pratiques et les formations des professions de la santé et, le cas échéant, quelles sont les différences de perception selon ces professions ?
2. Quelle est la place des SHS dans les formations des professions de la santé ?
3. Quelles sont les disciplines qui relèvent respectivement des SHS et des MH ?

[Rz 14] Un tel sondage visant à connaître l'opinion des professionnels de la santé sur la place des SHS dans leurs formations et leurs pratiques constitue une première à notre connaissance. Les études des Académies suisses des sciences ciblent les Facultés de médecine et, dans une moindre mesure les HES. D'autres recherches portent uniquement sur certaines disciplines (par ex. SA-

BINE BRAUNSCHWEIG, 2005). A défaut de disposer d'élément de comparaison, il a donc été décidé d'effectuer une recherche descriptive exploratoire sous forme d'étude-pilote.

3. Buts

[Rz 15] En partant de la description du rôle des SHS, les buts de la recherche sont les suivants :

1. apporter un éclairage sur le rôle – indispensable ou non – des SHS dans les formations et les pratiques des professions de la santé ;
2. fournir des pistes de réflexion sur la manière dont les différentes disciplines qui constituent les SHS peuvent être mieux intégrées dans les curricula de manière à répondre aux besoins des patients, des populations et des professionnels de la santé ;
3. offrir une vision inclusive des SHS qui englobe les MH dans la réflexion selon une approche interdisciplinaire.

4. Méthodologie

[Rz 16] La revue de la littérature ainsi que la clarification du contexte actuel en Suisse mettent en évidence le besoin de mieux comprendre la place des SHS dans la formation et la pratique des professionnels de la santé. La commission Lancet (FRENK *et al.*, 2010) ainsi que l'OMS (WHO Guidelines 2013) soulignent la nécessité de préparer l'ensemble de ces professionnels à travailler en équipe, de manière interdisciplinaire et interprofessionnelle. Cela implique de ne pas isoler l'une ou l'autre de ces disciplines et de ces professions concernées.

[Rz 17] La méthode choisie a été de procéder par un sondage via la plateforme internet Survey-Monkey. Sur la base de la revue de littérature et de son expérience en matière d'enseignement des SHS en médecine et dans les soins infirmiers, l'équipe de recherche a élaboré un questionnaire en 4 parties :

1. données personnelles et démographiques (Q. 1 à 17) ;
2. perception en général de la place des SHS dans la formation et la pratique des professions de la santé en Suisse (Q. 18–21) ;
3. relation entre les MH et les SHS (Q. 22–24) ;
4. perception des enseignants du domaine des SHS sur la place de cet enseignement dans les Facultés de médecine et les HES (Q. 25–27).

[Rz 18] Les parties 1 et 2 visent tous les professionnels de la santé, également ceux en formation, alors que la partie 3 concerne les personnes qui connaissent au préalable le concept de MH et la partie 4 uniquement les enseignants des SHS dans les Facultés de médecine et les HES.

[Rz 19] Le questionnaire a d'abord été établi en français puis traduit en allemand. La traduction allemande a ensuite fait l'objet d'une rétro-traduction ce qui a permis d'affiner les deux versions. La version française et la version allemande ont été testées séparément auprès d'un petit groupe de spécialistes émanant des HES et des Facultés de médecine en Suisse romande et en Suisse alémanique. Le pré-test s'est avéré particulièrement intéressant car il a fait apparaître des divergences de vue entre les deux régions linguistiques. Ainsi, le besoin de définir a priori les notions de MH et de SHS dans la santé était davantage exprimé par les interlocuteurs alémaniques. Nous

avons malgré tout décidé de ne pas proposer de définition afin de minimaliser les biais dans les résultats et de permettre aux répondants de construire leur propre opinion.

[Rz 20] Le sondage était en ligne du 2 février au 4 mai 2015. La diffusion de l'information s'est faite par divers canaux afin d'augmenter la probabilité d'atteindre à multiples reprises les personnes ciblées.

[Rz 21] Le questionnaire est subdivisé en 4 parties, la partie 3 ciblant les répondants qui connaissent au préalable la notion de MH et la 4 les enseignants du domaine des SHS. L'analyse porte sur l'ensemble des personnes (486) qui ont répondu à toutes les questions jusqu'à la fin de la partie 2 (Q. 21). Cela ne représente qu'une différence de 20 personnes par rapport aux 466 (50.2%) qui l'ont rempli complètement sur un total de 930 qui se sont connectées sur SurveyMonkey pour répondre au questionnaire. Sur les 464 (49.8%) qui ont abandonné, 385 (41.4%) l'ont fait dans la partie initiale concernant les données démographiques. Le taux d'abandon pour les parties 2 à 4 demeure ainsi limité pour un échantillon de cette taille.

[Rz 22] Selon leur formation de base, les 486 répondants de référence peuvent être répartis en 4 groupes avec, d'un côté, les soignants au sens large (1, 2 et 3) et, de l'autre, les non-soignants (4) :

1. soins infirmiers ;
2. médecine ;
3. autres professions de la santé² ;
4. professions en dehors des soins³.

[Rz 23] Certaines professions se trouvent à cheval entre les soins et la santé. C'est le cas des psychologues⁴ ou des managers de la santé. Bien qu'ils agissent souvent en relation avec le système de soins, ils ne sont pas nécessairement reconnus comme exerçant une profession de la santé au sens étroit. Relèvent ainsi du groupe 3 les seules professions qui sont réglementées et dont l'exercice est soumis à autorisation et du groupe 4 celles qui ne s'identifient pas *a priori* au domaine des soins.

[Rz 24] Puis les professionnels qui ont suivi une formation, de base ou ultérieure, dans le domaine des SHS⁵ ont été distingués de ceux qui n'ont pas suivi une telle formation. Dans le cadre de cette étude, les formations en santé publique ont été assimilées aux formations dans le domaine des SHS. Un tel choix se justifie d'abord par le fait que la santé publique ne constitue pas *stricto sensu* une discipline ou une science, mais plutôt une thématique commune à de nombreuses disciplines, en particulier les SHS. La reconnaissance dès les années septante de la notion de « déterminants de la santé » correspond d'ailleurs à un intérêt croissant des SHS pour la santé, notamment sous l'angle de l'économie, de la sociologie, du droit et de l'éthique. *A contrario*, la santé publique dans

² Ergothérapie, physiothérapie, sage-femme, diététique et nutrition, technicienne en analyse médicale, pharmacie, sport de la santé (sic), ostéopathie.

³ Anthropologie/ethnographie, droit, économie, épidémiologie, éthique, histoire, linguistique, philosophie, psychologie sociale, sciences de l'éducation, sociologie, politiques sociales, santé publique.

⁴ Pour ces derniers, nous avons dû renoncer à les placer dans l'une ou l'autre catégorie car il n'est pas possible de déterminer sur la base du questionnaire s'ils exercent ou non leur profession dans le cadre de la santé. De la même manière, nous ne les avons pas retenus dans la liste des SHS, n'étant pas exclu que certains relèvent de la loi sur les professions de la psychologie. Leur nombre étant réduit (7), cela n'a de toute manière que peu d'incidence sur l'analyse des résultats.

⁵ Anthropologie/ethnographie, droit, économie, épidémiologie, éthique, histoire, linguistique, philosophie, psychologie sociale, sciences de l'éducation, sociologie, politiques sociales, santé publique.

le paysage académique suisse est souvent rattachée aux Facultés de médecine. Comme l'affirme un répondant : « C'est absurde de considérer [...] que la santé publique est une SHS : la médecine de population (autre nom de la médecine de santé publique) est une discipline médicale qui inclut l'épidémiologie, la bio statistique, etc... qui doit être enseignée dans un track spécifique (ce qui est d'ailleurs le cas après la première année) ». Mais cela n'est pas partout la règle, les Ecoles de santé publique étant indépendantes des Facultés de médecine dans de nombreux pays. Distinguer les SHS de la santé publique au sein des disciplines académiques pourrait aussi créer un autre problème de classification, les SHS contribuant aussi à une meilleure compréhension de la santé publique. D'ailleurs, *a posteriori*, nous avons effectué une analyse de sensibilité, à partir de la régression logistique, pour vérifier si les résultats observés restaient similaires après avoir exclu les personnes ayant uniquement une formation en santé publique. En effet, sur les 64 personnes formées en santé publique, 44 n'avaient pas suivi d'autre formation en SHS (14 médecins, 20 infirmières, 6 personnes formées en sciences naturelles, 2 en santé paramédicale, et 2 sans autre formation). L'analyse a confirmé que la classification des SHS sans la santé publique ne changeait pas les résultats de manière significative.

[Rz 25] En résumé, l'ensemble des répondants ont d'abord été classés selon leur formation de base dans 4 catégories professionnelles, pour être ensuite répartis en deux groupes selon qu'ils avaient ou non une formation de base ou supplémentaire dans le domaine des SHS. Enfin, nous avons comparé et croisé les résultats selon les variables genre, âge et disciplines par le test khi carré de Pearson à l'aide du logiciel Stata.

5. Résultats

5.1. Données démographiques (Q. 1 – 17)

[Rz 26] Au vu des données démographiques, le sondage apparaît représentatif. Les répondants se répartissent à raison de 67.1% de germanophones, 22.2% de francophones, 4.7% d'italophones, 3.5% d'anglophones et 2.5% pour les autres langues. En comparaison avec les chiffres de l'Office fédéral de la statistique (OFS), il y a une légère surreprésentation de la Suisse alémanique (OFS : 63.5%) et une sous-représentation de la Suisse italienne (OFS : 8.1%) alors que le chiffre est assez représentatif pour la Suisse romande (OFS : 22.5%). L'équilibre des genres est également bien respecté : 73.25% de femmes et 26.75% d'hommes ont répondu au sondage, alors que l'OFS identifiait en 2008 72% de femmes et 28% d'hommes dans les professions de la santé. Enfin, en ce qui concerne la représentation des professions médicales et infirmières, les données (2014) de l'OCDE font état d'un rapport de 23,3% (4.1/17.6) entre le nombre de médecins et celui d'infirmières en Suisse⁶. En comparaison, l'étude comprend 65 médecins répondant pour 306 infirmières, soit un rapport de 21.2%.

[Rz 27] A ces deux groupes professionnels importants s'ajoutent les répondants ayant une autre formation de base dans le domaine de la santé (n= 46) et ceux ayant une formation de base identifiée comme n'étant pas du domaine de la santé (n= 69).

[Rz 28] A partir de l'échantillon de base (n= 486), il a été dégagé un groupe SHS (n= 127) incluant tous les participants ayant une formation dans les SHS, y compris ceux ayant une formation de

⁶ OECD (2017), Nurses (indicator). doi : 10.1787/283e64de-en (Accessed on 29 June 2017).

base dans les professions de la santé (groupes 1 à 3). En le comparant aux quatre groupes de formations de base, il apparaît que les médecins (30.8%) se forment plus en SHS que les infirmières (16.7%) et plus que les autres professions de la santé (19.6%) avec une différence significative, $\chi^2(3) = 78.96$, $p < 0.0001$. Croisé avec les variables âge et genre, il y a significativement plus d'hommes (35.4%) formés en SHS que de femmes (23.7%), $\chi^2(1) = 6.61$, $p = 0.01$ et il semble que l'intérêt pour ce type de formation augmente avec l'âge avec une différence significative entre les formés en SHS (48%) et les non formés SHS (39.8%) des 40-54 ans avec un $\chi^2(4) = 14.66$, $p = 0.005$. L'identification de ces groupes est importante pour l'analyse des résultats. En effet, nous avons étudié en fonction d'eux les différences de réponse pour chaque question principale.

[Rz 29] Enfin, sur les 486 répondants 189 se sont déclarés en formation. La majorité de ces répondants se formaient en soins infirmiers ($n = 113$) dont un grand nombre au niveau bachelor ($n = 59$), alors que dans les autres professions, la plupart suivaient soit une formation continue, soit un programme doctoral.

5.2. La perception des sciences humaines dans la formation et la pratique des professions de la santé (Q. 18 – 21)

[Rz 30] Les questions 18 et 19 sont complémentaires. Elles visent à identifier les disciplines relevant des SHS qui sont indispensables à la formation et à la pratique des professions de la santé. Ces questions ont été élaborées sur la base de la liste des sociétés et fondations affiliées à l'ASSH telle qu'elle apparaît sur son site⁷, pondérée à la lumière des disciplines dont l'enseignement est prévu par la loi et les plans d'études en vigueur en Suisse. A ces disciplines, il a été rajouté la médecine, les soins infirmiers, la santé publique et les sciences naturelles. Comme il ressort de la revue de la littérature, il est relativement courant de considérer la médecine et les soins infirmiers, particulièrement ces derniers, comme relevant des sciences humaines et, de plus, ces deux disciplines recouvrent des éléments essentiels des SHS. La mention de la santé publique tient compte du changement de rôle des professions de la santé et permet de faire le lien avec les objectifs généraux des SHS abordés à la question 20. Il s'agissait de proposer un large cercle de disciplines tout en laissant le choix aux répondants de rajouter des disciplines leur paraissant pertinentes, mais rares sont ceux qui ont fait usage de cette option.

[Rz 31] L'éthique vient en tête des disciplines classées par importance tant dans le cadre de la formation que de la pratique. De même, la médecine, les soins infirmiers, la psychologie et la santé publique sont des disciplines qui réunissent une forte adhésion. Fait marquant, pour toutes les disciplines, il y a une baisse d'importance entre la formation et la pratique. Cela pourrait indiquer soit la difficulté de connecter les éléments de l'enseignement avec ceux de la pratique soit – pour les praticiens – une volonté de moins s'appuyer sur la théorie ou la science dans le cadre de leur pratique. Même dans ce cas, la pertinence des disciplines au niveau de la formation n'est pas remise en cause. Ceci dit, même s'il y a de fortes variations d'une discipline à l'autre, elles recueillent toutes des voix. Cela est d'ailleurs cohérent par rapport aux résultats obtenus concernant les objectifs généraux d'enseignement des SHS (Q20).

⁷ <http://www.sagw.ch/fr/sagw/die-akademie.html> (dernière consultation le 30 juin 2017).

[Rz 32] Concernant l'importance octroyée aux disciplines des SHS dans la formation des professionnels de la santé (Q18) et dans la pratique (Q19), nous avons cherché à savoir si l'affinité avec la discipline choisie a un lien avec les formations de base ou avec les formations SHS.

[Rz 33] Pour ce faire, chaque discipline SHS a été croisée avec les quatre catégories de formations de base puis avec la catégorie SHS, ceci en lien avec la question 18 puis dans la question 19. Un ajustement a été effectué par une régression logistique avec les variables âge, genre, les quatre catégories formation de base et la catégorie SHS pour voir si le choix de l'importance de la discipline est influencé par l'une de ces variables. Le groupe de formation de base en soins infirmiers étant le plus important, il a servi de groupe de référence.

Dans la formation de base

[Rz 34] Sur les quatorze disciplines choisies, sept présentent des différences significatives selon la formation de base des répondants. La régression logistique montre que la variable âge intervient pour les disciplines suivantes : éthique, anthropologie, sociologie et histoire. La variable genre intervient pour la discipline histoire où les hommes ont été identifiés (LR= 20.1, Prob > chi2= 0.002) comme ayant environ deux fois plus de chance (OR= 2.1, p= 0.005) de nommer cette discipline comme importante dans la formation de base.

Tableau 1

Q18 Résultats significatifs par ordre d'importance des disciplines SHS dans la formation de base pour les quatre catégories de formations de base, en pourcent de OUI, n= 486
Ethique 85.2 [IC 95% : 81.8 – 88.0] M : 89.2 FS : 89.1 SI : 86.3 FNS : 73.9 chi2(3)= 8.64, p= 0.03 LR chi2(6)= 14.11, Prob > chi2= 0.02 Âge : OR= 1.42, p= 0.02
Médecine 77.0 [IC 95% : 74.1 – 81.4] M : 90.8 FS : 80.4 SI : 77.1 FNS : 68.1 chi2(3)=10.39, p< 0.01 LR= 22.2, Prob > chi2 = 0.001 Médecine : OR= 3.8, p= 0.005
Psychologie 76.5 [IC 95% : 72.5 – 80.1] FS : 86.9 SI : 80.4 M : 67.7 FNS : 60.9 chi2(3)= 17.58, p< 0.001 LR= 30.3, Prob > chi2< 0.0001 NS
Soins infirmiers

[Rz 35] Quant à la discipline des soins infirmiers il est intéressant de voir dans la régression logistique (LR= 115.9, Prob > chi2< 0.0001) que les trois autres catégories de formations de base Médecine (OR= 0.15, p< 0.001), Formations santé (OR= 0.7, p< 0.001), Formations non santé (OR= 0.17, p< 0.001) pensent, plus que les infirmières (groupe de référence), que les soins infirmiers sont importants en formation de base. Alors que pour la discipline médecine, la régression logistique (LR= 22.2, Prob > chi2 = 0.001, OR= 3.8, p= 0.005) montre que comparé aux autres catégories seul le groupe des médecins pense que la médecine est une discipline importante dans la formation de base.

Tableau 2

Q 18 Résultats significatifs par ordre d'importance des disciplines SHS dans la formation de base, pour la catégorie formation ultérieure SHS, en pourcent de OUI, n= 486

<p>Disciplines</p> <p>Non formé SHS, n=359 Formé SHS, n=127 Pearson Chi2(1) et régression logistique LR chi2(6)</p>
<p>Médecine</p> <p>77.0 [IC : 74.1 – 81.4] 81.6% 67.7% Chi2(1)= 10.55, p= 0.001 LR= 22.2, Prob > chi2 = 0.001 SHS : OR= 0.50, p= 0.008</p>
<p>Psychologie</p> <p>76.5 [IC : 72.5 – 80.1] 82.2% 60.6% Chi2(1)= 24.24, p< 0.001 LR= 30.3, Prob > chi2< 0.0001 SHS : OR= 0.39, p< 0.001</p>
<p>Soins infirmiers</p> <p>73.4 [IC : 69.3 – 77.2] 79.1% 57.5% Chi2(1)= 22.5</p>

[Rz 36] La différence significative entre les résultats du groupe formé en SHS (n=127) et le groupe non formé en SHS (359) sont confirmés par la régression logistique. Cette différence montre qu'il n'est pas nécessaire d'être formé en SHS pour identifier comme importantes les disciplines médecine, psychologie et soins infirmiers dans les formations de base alors qu'il semble que ce soit nécessaire pour les disciplines anthropologie et histoire. L'analyse de sensibilité permettant de vérifier si l'implication des personnes, essentiellement formées en santé publique classées dans le groupe SHS, est grande, montre une légère diminution de la magnitude de l'association pour les disciplines médecine (OR= 0.65, p= 0.1) et soins infirmiers (OR= 0.74, p= 0.3). La différence pour ces disciplines entre personnes formées et celles non formées SHS est alors non significative. Pour les autres disciplines, les résultats sont les mêmes indépendamment de la santé publique intégrée ou pas dans les SHS.

Dans la pratique

[Rz 37] L'importance des disciplines dans la pratique en lien avec les formations de base est légèrement différente de celle dans la formation : l'anthropologie, le droit et l'histoire disparaissent au profit des politiques sociales.

Tableau 3

Q19 Résultats significatifs par ordre d'importance des disciplines SHS dans la pratique pour les quatre catégories de formations de base, en pourcent de OUI, n= 486
Ethique 79.2 [IC : 75.3 – 82.6] FS : 82.6 SI : 82.3 M : 80.0 FNS : 62.3 chi2(3)= 14.14, p= 0.003 LR= 14.4, Prob > chi2 = 0.02 Formations non santé : OR= 0.42, p= 0.008
Médecine 77.9 [IC : 74.0 – 81.4] M : 87.7 FS : 80.4 SI : 79.1 FNS : 62.3 chi2(3)=13.8, p< 0.003 LR= 28.3, Prob > chi2 = 0.0001 NS
Psychologie 72.6 [IC : 68.4 – 76.4] FS : 78.3 SI : 76.5 M : 63.1 FNS : 60.8 chi2(3)= 10.78, p= 0.01 LR= 21.5, Prob > chi2= 0.001 NS
Soins infirmiers 75.9 [IC : 71.9 – 79.5]

Tableau 4

Q19 Résultats significatifs par ordre d'importance des disciplines SHS dans la pratique, pour la catégorie formation ultérieure SHS, en pourcent de OUI, n= 486

Disciplines

Non formé SHS, n=359
Formé SHS, n=127
Pearson Chi2(1) et régression logistique LR chi2(6).

Ethique
79.2 [IC : 75.3 – 82.6]
82.2%
70.9%
Chi2(1)=7.28, p= 0.007 LR= 14.4, Prob > chi2 = 0.02
SHS : NS

Médecine
77.9 [IC : 74.0 – 81.4]
83%
63.8%
Ch2(1)= 20.20, p< 0.0001
LR=28.3, Prob > chi2< 0.0001
SHS : OR= 0.40, p= 0.001

Psychologie
72.6 [IC : 68.4 – 76.4]
77.7%
58.3%
Chi2(1)=17.85, p< 0.0001 LR= 21.5, Prob > chi2 = 0.001

[Rz 38] Les questions 20 et 21 traitent de l'opinion et de l'application des connaissances SHS dans la pratique professionnelle. La question 20 avec dix propositions permet de mieux cerner les attentes des professionnels de la santé concernant les objectifs de formation dans les SHS.

Tableau 5

Q20 Opinion personnelle sur les SHS dans la santé en général, 1 (total désaccord)...7 (total accord), en moyenne, n= 486
3. L'enseignement dans les SHS doit être orienté sur la pratique afin de préparer les étudiants à assumer leurs responsabilités professionnelles. 6.19
4. L'enseignement dans les SHS doit viser à développer la capacité d'introspection des étudiants. 6.09
2. L'enseignement dans les SHS doit viser à répondre aux besoins des patients et de la population. 6.08
1. Les SHS sont utiles dans la pratique des professions de la santé 5.93
10. L'enseignement des SHS devrait se faire tout au long de la formation 5.87
7. Dans la formation des professionnels de la santé, les sciences biomédicales et les SHS sont d'égale importance 4.99
8. L'enseignement des SHS devrait se faire surtout dans la formation de base 4.33
9. L'enseignement des SHS devrait se faire surtout dans la formation postgrade 3.67
5. Dans la formation des professionnels de la santé, les sciences biomédicales sont plus importantes que les SHS 3.58
6. Dans la formation des professionnels de la santé, les expertises techniques sont plus importantes que les SHS 3.43

[Rz 39] Les propositions prioritaires sont au nombre de 3. Elles correspondent à ce qui ressort de la littérature :

1. l'enseignement dans les SHS doit être orienté sur la pratique afin de préparer les étudiants à assumer leurs responsabilités professionnelles ;
2. l'enseignement dans les SHS doit viser à développer la capacité d'introspection des étudiants ;
3. l'enseignement dans les SHS doit viser à répondre aux besoins des patients et de la population.

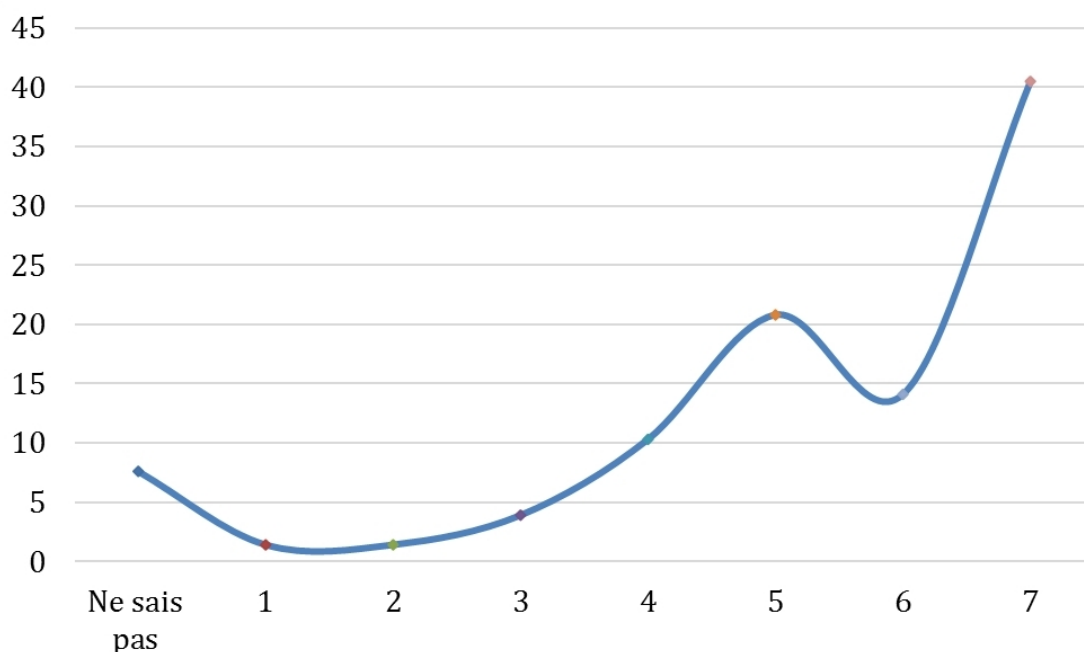
[Rz 40] Il est intéressant de constater que chacun de ces objectifs principaux de formation obtient un score comparable. Seule la proposition 1 fait apparaître à l'analyse des divergences, qui restent minimales, entre les réponses des différents groupes, les médecins et les représentants des SHS étant significativement moins nombreux (proportionnellement 5% de moins) à considérer que la formation devrait être « orientée sur la pratique afin de préparer les étudiants à assumer les responsabilités professionnelles ».

[Rz 41] La question 20 apporte également des précisions sur l'articulation entre les SHS et les autres axes importants de formation pour les professionnels de la santé, à savoir les sciences biomédicales et les compétences techniques, avec la proposition no 7 de la Q20 (**tableau 5**). A ce propos, il y a une forte majorité des répondants qui partagent l'opinion selon laquelle les SHS sont d'égale importance à celle des sciences biomédicales. A l'analyse par régression logistique, cette tendance est partagée par les 4 groupes considérés, aussi bien parmi les médecins et infirmières que parmi les autres professionnels de la santé en général et les SHS en particulier.

[Rz 42] La cohérence par rapport aux résultats obtenus concernant les objectifs généraux d'enseignement des SHS l'est aussi sous l'angle de l'utilité des SHS dans la pratique professionnelle (proposition no 1 de la Q20 arrivant en quatrième position) tel que cela ressort des résultats de la question 21.

Tableau 6

Q21 Application des connaissances SHS dans la pratique, 1 (jamais)...7 (très régulièrement), en pourcent, n= 486



[Rz 43] On constate en effet une très forte adhésion à l'opinion générale selon laquelle les SHS sont utilisées de manière concrète et régulière dans la pratique des professionnels de la santé. Alors que moins de 1.5% des répondants affirment ne jamais y faire appel, ils sont plus de 40% à déclarer le faire très régulièrement.

[Rz 44] A ce propos, il n'y a pas de différence significative à la réponse à cette question selon les groupes professionnels (médecine, soins infirmiers, autres professions et SHS) mais la régression logistique avec un $\chi^2(6) = 26.95$, $\text{Prob} > \chi^2 = 0.0000$ en lien avec l'âge montre un résultat $\text{OR} = 1.6$, $p < 0.001$. Il semble ainsi que l'application des connaissances SHS dans la pratique augmente avec l'âge et, donc, *a priori* avec les années d'expérience professionnelle.

[Rz 45] Enfin, les répondants sont très nombreux, tous groupes confondus, à admettre que la formation dans le domaine des SHS doit être dispensée depuis la formation de base jusqu'à la formation continue. Les avis sont nettement moins favorables à l'idée de réserver les SHS à la formation continue. De nouveau, ce résultat est cohérent avec les réponses aux questions 18 et 19.

5.3. La relation entre les MH et les SHS (Q. 22 – 24)

[Rz 46] A la question 22, sur les 484 répondants, 196 (40.5%) connaissaient la notion de MH avant d'avoir lu le questionnaire, contre 288 (59.5%) qui ne la connaissaient pas. Ce sont les groupes médecine (56.3%) et formations non santé (53.7%) qui connaissent le mieux les MH et se différencient de manière significative avec les groupes soins infirmiers (37%) et professions de la santé (20%) avec un $\chi^2(3) = 21.56$, $p = 0.000$.

[Rz 47] En comparaison, le groupe formé en SHS présente un résultat de 63.8% alors que le groupe non formé en SHS seulement de 32.2% avec un $\chi^2(1) = 38.73$, $p = 0.000$. Le fait d'être familiarisé à la notion de MH semble ainsi facilité par le biais des formations SHS. Ceci est confirmé dans la régression logistique $\chi^2(6) = 80.2$, $\text{Prob} > \chi^2 = 0.000$ qui montre dans le groupe SHS un $\text{OR} = 3.3$, $p = 0.000$.

[Rz 48] La variable âge, même si elle intervient fortement dans les formations ultérieures des SHS, présente aussi un résultat significatif avec un $OR=1.8$, $p < 0.001$ semblant dire que la reconnaissance des MH augmente avec l'âge et pourrait indiquer que les opportunités d'être confronté aux MH se présentent plutôt dans les formations post grade.

[Rz 49] Ceux qui avaient répondu positivement à la question 22 étaient ensuite invités à identifier les disciplines qu'ils considéraient comme relevant des MH. On retrouve ici pour l'essentiel les mêmes disciplines que celles mentionnées aux questions 18 et 19 avec une ouverture sur la littérature, les arts visuels et du spectacle, ainsi que la musique. Toutefois, comme pour les questions 18 et 19, l'éthique et la psychologie gardent une place prédominante, rejointes en cela par les sciences sociales en général. Viennent ensuite la santé publique et l'anthropologie, suivies de l'histoire et du droit. La littérature, les arts visuels et du spectacle, ainsi que la musique n'apparaissent qu'après, suivis par les sciences économiques et le management.

[Rz 50] Pour ce qui est de l'importance octroyée aux disciplines identifiées dans les MH, les seules différences significatives entre les formations de base se situent dans les sciences du langage et littérature et l'art, musique et spectacle. Les sciences du langage et littérature sont plus reconnues (66.7%) avec un $\chi^2(3)= 8.93$, $p= 0.03$, par le groupe formations santé que par les trois autres groupes réunis. Quant à la discipline art, musique et spectacle, ce sont les groupes formations santé (55.6%) et médecine (51.3%), $\chi^2(3)= 12.8$, $p= 0.007$, confirmé chez les médecins, par la régression logistique $LR=18,1$, $Prob > \chi^2= 0.005$, avec un $OR= 2.8$, $p= 0.03$, qui la reconnaisse davantage.

[Rz 51] La variable âge apparaît aussi, à plusieurs reprises, lors de la régression logistique comme significativement en lien avec le choix de la discipline relevant des MH. Il s'agit de l'anthropologie (67%), $LR=14.3$, $Prob > \chi^2= 0.01$, Âge : $OR=1.7$, $p < 0.004$; l'histoire (46.9%), $LR=15.3$, $Prob > \chi^2=0.01$, Âge : $OR=1.44$, $p= 0.03$; et l'art, musique et spectacle (31.4%), $LR=18.1$, $Prob > \chi^2= 0.005$, Âge : $OR=2.8$, $p= 0.02$. Il semble donc que la reconnaissance de l'anthropologie, l'histoire et l'art, musique et spectacle dans les MH augmente avec l'âge.

[Rz 52] Pour ce qui est de la comparaison entre groupe formé SHS et groupe non formé SHS, il apparaît une seule différence significative pour ceux qui connaissent les MH. Elle concerne la psychologie où les formés SHS accorde plus d'importance à cette discipline dans les MH (83.3%), $\chi^2(1)= 7.95$, $p= 0.005$, que les non formés (67%).

[Rz 53] Pour ce qui est de l'implication des personnes formées en santé publique sans autre formation SHS dans le groupe SHS, l'analyse de sensibilité montre une seule différence. Il s'agit de l'éthique (14%) qui, identifiée par le groupe SHS de manière significative ($LR=11.77$, $Prob > \chi^2= 0.03$, $OR=0.35$, $p=0.04$) comme relevant des MH, s'inverse ($LR= 8.39$, $Prob > \chi^2= 0.13$, $OR= 1.63$, $p=0.4$) une fois que les personnes formées exclusivement en santé publique sont exclues du groupe SHS. Ainsi, il n'est pas exclu que la minimisation de l'importance de l'éthique dans les MH viendrait principalement des personnes ayant une formation en santé publique sans autres formations en SHS.

[Rz 54] Une distinction claire entre les SHS et les MH paraît donc difficile à tracer sur la base de ces résultats. Pour reprendre le commentaire de l'un des répondants : « Le problème est que personne ne sait définir ça ». Cette difficulté est du reste confirmée par les réponses fournies à la question 24 qui porte spécifiquement sur les relations entre MH et SHS.

Tableau 7

Q. 24 Selon vous,... (une seule réponse), n= 194
Les « Medical Humanities » sont un sous-groupe des SHS dans la santé 53.6%, IC [46.5 -60.7] 104
Les « Medical Humanities » sont un synonyme des SHS dans la santé. 19.1%, IC [13.5 -24.6] 37
Les « Medical Humanities » sont distinctes des SHS dans la santé. 11.9%, IC [7.3 -16.4] 23
Je ne sais pas. 15.5%, IC [10.3 -20.6] 30

[Rz 55] Tout d’abord, l’appartenance à une catégorie de formation, que ce soit dans les formations de base (médecine, infirmières, professions de la santé ou professions non santé) ou bien dans la catégorie formé SHS n’a pas d’influence significative sur la répartition des réponses. Ensuite, seule une faible minorité des répondants considère que les MH se distinguent des SHS, le pourcentage des indécis étant plus élevé. A l’opposé, plus de 70% des répondants estiment que les MH sont soit un sous-groupe des SHS soit un synonyme de SHS.

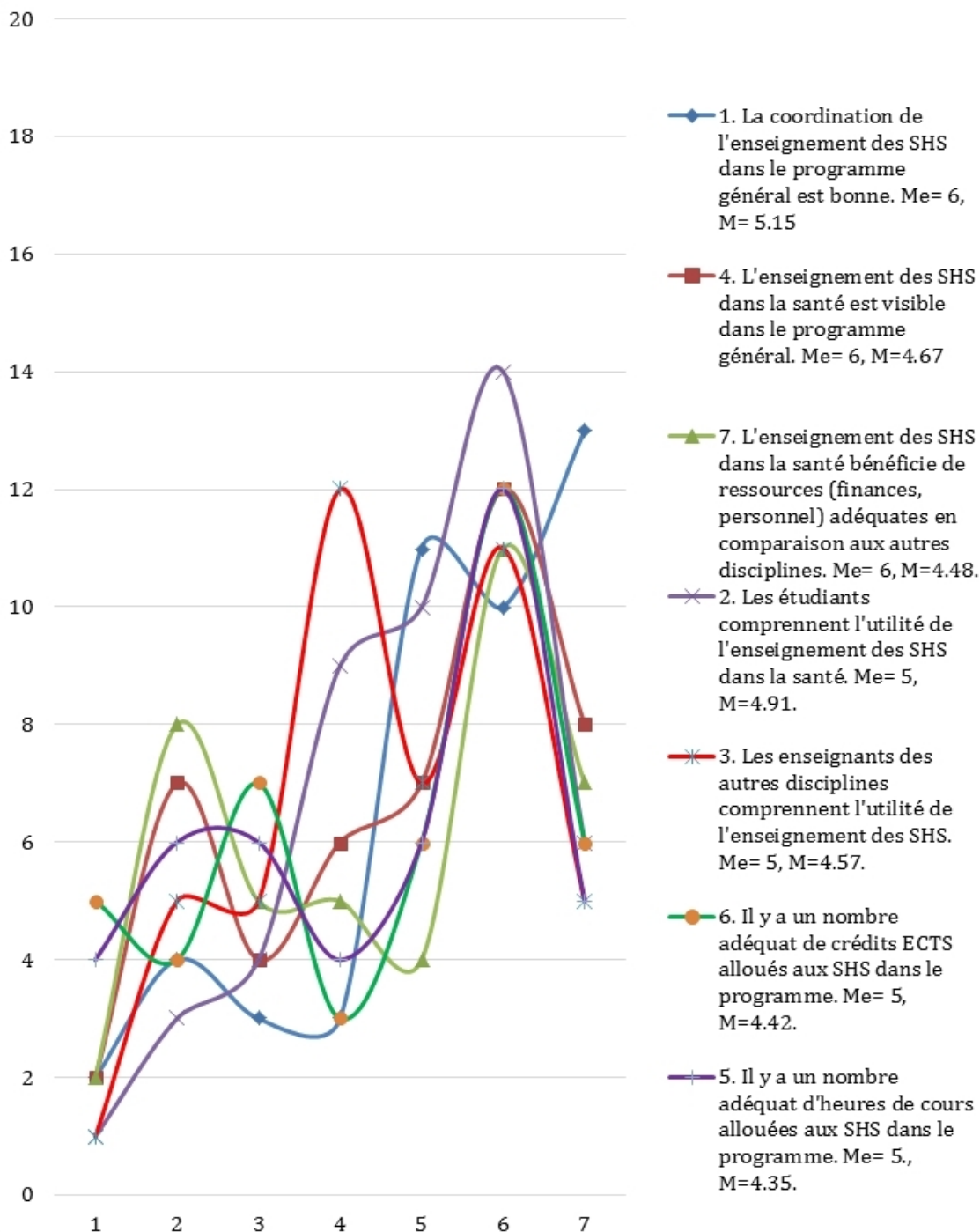
5.4. La perception des enseignants en SHS sur la place de cet enseignement dans les Facultés de médecine et les HES (Q. 25 – 27)

[Rz 56] En dernière partie, le sondage vise plus spécifiquement les enseignants en SHS au sein des Facultés de médecine et des HES. 48 personnes se sont identifiées comme telles. Elles couvrent une large palette de disciplines, certains en enseignant plus d’une dont : 20 dans le domaine de l’éthique, 24 en santé publique, 12 en sciences sociales, et 11 en psychologie. A cela s’ajoutent 6 enseignants en management, 5 en histoire, et 4 en anthropologie, en droit et en média et communication. En ce qui concerne les sciences du langage, la littérature, les arts visuels et du spectacle, ainsi que la musique, ils n’apparaissent pas dans le sondage, sans que les raisons ne soient connues (faible nombre d’enseignants ou manque d’information sur le sondage).

[Rz 57] Si le nombre de répondants est limité, les tendances qui se dégagent de leurs réponses sont intéressantes. Le but de la question 27 est en effet de déterminer leur perception de leur enseignement dans les Facultés de médecine, les HES ou les Ecoles Supérieures. Il s’agit de tenter d’évaluer comment les SHS s’intègrent dans les programmes, comment elles sont comprises par les étudiants et les autres enseignants, mais aussi si ces disciplines bénéficient d’une visibilité et d’une reconnaissance adéquate et disposent de ressources suffisantes.

Tableau 8

Q27 Opinion des responsables et enseignants SHS, de 1(total désaccord) à 7(total accord), en nombre, par ordre médiane (Me), n=48.



[Rz 58] L'image qui en ressort n'est pas négative, mais elle pourrait être améliorée. Il manque toutefois une possibilité de comparaison avec les enseignements dans les autres disciplines. Il est ainsi difficile de savoir si les difficultés rencontrées sont propres aux SHS ou l'expression d'un sentiment général des professeurs, toutes branches confondues. Un point mérite toutefois d'être

souligné : les étudiants semblent mieux comprendre l'utilité de l'enseignement des SHS que les enseignants en dehors de ces disciplines. Il y a ainsi visiblement des efforts de communication à faire au sein du corps enseignant.

6. Conclusion

[Rz 59] Pour paraphraser le titre de l'article d'ANDREW EDGAR / STEPHEN PATTISON (2006) « Need humanities be so useless », il n'est pas nécessaire que les SHS soient « inutiles » dans la formation des professionnels de la santé. Au contraire, cette étude a mis en évidence que les SHS sont perçues comme offrant une contribution indispensable à la formation et à la pratique. Au-delà des changements nécessaires dans l'éducation médicale et la formation de tous les professionnels de la santé, le rôle des SHS est amené à grandir encore dans le domaine de la santé. Il ne paraît pas exagéré de parler d'un changement de paradigme.

[Rz 60] Le rôle des SHS dans la formation et la pratique des professionnels de la santé est pleinement reconnu. Confirmé par la revue de littérature, cela ressort aussi bien du cadre légal et réglementaire suisse que des résultats du présent sondage. Une proportion élevée des professionnels de la santé confirme l'utilité et l'indispensabilité des SHS dans leur pratique professionnelle et admettent en faire usage très régulièrement. De plus, les enseignants SHS semblent estimer que leurs disciplines sont relativement bien intégrées dans les programmes de formation. Leurs réponses ne font pas ressortir de déséquilibre flagrant par rapport aux autres disciplines, à l'exception de la reconnaissance relative de leurs collègues. Cela plaide pour une plus grande intégration de l'ensemble des cours SHS dans les plans d'étude compte tenu de tous les objectifs généraux d'enseignement des formations de la santé.

[Rz 61] Si l'utilité et la pertinence des SHS ne sont pas contestées sur le principe, il n'existe toutefois pas de vision commune au sein de et entre les diverses professions de la santé. La situation a peu progressé en Suisse depuis le rapport de 2012 des Académies suisses des sciences sur « Les Medical Humanities en Suisse ». L'ASSM a entamé depuis 2015 une réflexion sur l'enseignement de l'éthique dans la formation médicale. D'autres disciplines ont fait l'objet de démarches analogues, par exemple l'histoire dans les soins infirmiers (BRAUNSCHWEIG, 2005) ou le droit dans la formation continue en santé publique (DOMINIQUE SPRUMONT, 2014). Cela reste toutefois des actions isolées auxquelles il manque un cadre théorique commun.

[Rz 62] La prise de position de 2014 des Académies sur « La signification des sciences humaines et sociales pour les métiers de la médecine et de la santé » apporte à cet égard un début d'explication. Elle établit une distinction entre les sciences humaines et sociales **de** la médecine (of medicine) et les sciences humaines et sociales **dans** la médecine (within medicine). Aux premières la tâche d'élargir la compréhension de la médecine aussi en tant que science sociale et comportementale, aux secondes la tâche de développer un regard critique sur la pratique médicale et sur le travail d'autoréflexion fait par ses protagonistes. Une telle dichotomie se comprend sous l'angle du médecin ou du professionnel de la santé. Elle apparaît moins essentielle du point de vue des SHS elles-mêmes.

[Rz 63] En effet, le sociologue ou le juriste, qu'il participe à l'une ou l'autre approche, conserve son regard de sociologue ou de juriste. Seul l'angle change, pas la discipline. A cette dichotomie, les SHS peuvent répondre en se réappropriant la matière. Plutôt que de savoir s'il convient de favoriser les SHS « de » ou « dans la **médecine** », il conviendrait d'adopter une troisième approche,

celle des SHS dans **la santé** (within **health**). La médecine et les autres professions de la santé ne seraient plus au centre de l'enseignement SHS mais seraient abordées comme un élément, certes important mais parmi d'autres, du système de soins et du système de santé. Du point de vue des SHS, ces professions ne devraient en effet pas être appréhendées seulement pour elles-mêmes, mais comme un objectif et un outil en faveur des patients et de la santé publique. Cela va dans le sens de la proposition de DOUKAS et ses collègues (2012) lorsqu'ils affirment que les SHS ne sont pas une fin en soi, mais doivent viser à promouvoir le professionnalisme. Une telle démarche implique que les SHS soient pleinement prises en compte dans la définition-même du rôle des médecins et des professionnels de la santé dans le système de soins et la santé publique. En particulier, les experts en SHS devraient être davantage associés à l'élaboration de leurs propres programmes au sein de la formation des professionnels de la santé.

[Rz 64] Le double objectif de répondre aux besoins des patients et de la santé publique et celui de développer les capacités d'introspection des étudiants et leur regard critique sont plébiscités par les répondants. Cela devrait rassurer les tenants du rôle critique et réflexif des SHS, qui se trouvent réunis sous la bannière des MH au sens étroit. On ne peut en effet prétendre scinder les SHS entre les branches « utiles » et celles qui ne viseraient qu'un mieux-être des professionnels de la santé. Au contraire, le sondage met en évidence une large palette de disciplines qui paraissent indispensables aussi bien à la formation qu'à la pratique des professionnels de la santé. La clé se trouve dans leur complémentarité, plutôt que dans leur spécificité. Aucune discipline ne peut prétendre apporter une réponse conclusive, exhaustive et satisfaisante aux questions complexes auxquels sont confrontés les professionnels dans leur réalité quotidienne. Plutôt que de développer isolément un programme « parfait » dans chaque discipline, par exemple en droit ou en éthique, la solution passe par la mise sur pied de programmes interdisciplinaires encourageant le travail en équipe de manière interprofessionnelle telle que le préconise la commission Lancet (FRENK *et al.*, 2010) et l'OMS (WHO Guidelines, 2013).

[Rz 65] Cette étude prospective a mis en évidence que les professionnels de la santé sont conscients de leurs besoins et de la manière de les satisfaire. Cette vision se retrouve d'ailleurs expliciter dans le cadre légal. Reste à se donner les moyens pour y parvenir aussi bien sous l'angle théorique que des ressources nécessaires.

7. Références bibliographiques

Académies Suisses des Sciences, 2014, « Medical Humanities » : La signification des sciences humaines et sociales pour les métiers de la médecine et de la santé, Swiss Academies Communications, Vol. 9, n° 5. Académie Suisse des Sciences Humaines et Sociale, 2006, Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine : formation et collaboration, Berne. SABINE BRAUNSCHEWIG, 2005, Umfrage zur Geschichte der Pflege in der Pflegeausbildung, SRK-Journal aktuell, 1, 4. THOMAS R. COLE / NATHAN CARLIN / RONALD A. CARSON, 2015, Medical Humanities. An Introduction, Cambridge, Cambridge University Press. Conseil fédéral suisse, 2005, Message concernant la loi fédérale sur les professions médicales universitaires, Feuille Fédérale 2005, 157. DAVID A. COOK / GEORGES BORDAGE / HENK G. SCHMIDT, 2008, Description, Justification and Clarification : A Framework for Classifying the Purposes of Research in Medical Education, Medical Education, 42, 2, 128–133. CHERYL DELLASEGA / PAULA MILONE-NUZZO / KATHERINE M. CURCI / JAMES O. BALLARD / DARRELL G. KIRCH, 2007, The Humanities Interface of Nursing and Medicine, Journal of Professional Nursing, 23, 3, 174–179. DAVID J. DOUKAS / LAURENCE B. MCCULLOUGH / STEPHEN

WEAR, 2012, Perspective : Medical Education in Medical Ethics and Humanities as the Foundation for Developing Medical Professionalism, *Academic Medicine*, 87, 3, 334–341. ROBERT S. DOWNIE, 2003, Commentary to : Medical Humanities : A Vision and some Cautionary Notes, *Medical Humanities*, 29, 1, 37–38. ANDREW EDGAR / STEPHEN PATTISON, 2006, Need Humanities be so Useless? Justifying the Place and Role of Humanities as a Critical Resource for Performance and Practice, *Medical Humanities*, 32, 2, 92–98. ROBERT G. EVANS / GREG L. STODDART, 1990, Producing Health, Consuming Health Care, *Social Science & Medicine*, 31, 12, 1347–1363. JULIO FRENK / LINCOLN CHIH-HO CHEN / ZULFIQAR A. BHUTTA *et al.*, 2010, Health Professionals for a New Century : Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World, *The Lancet*, 376, 9756, 1923–1958. LAWRENCE O. GOSTIN, 2000, Public Health Law in a New Century. Part I : Law as a Tool to Advance the Community's Health, *JAMA*, 283, 21, 2837–2841. VALERIE J. GRANT / ANNA JACKSON / TANAKARN SUK, 2002, Courses, Content, and a Student Essay in Medical Humanities, *Medical Humanities*, 28, 1, 49–52. JANE MACNAUGHTON, 2000, The Humanities in Medical Education : Context, Outcomes and Structures, *Medical Humanities*, 26, 1, 23–30. RICHARD MEAKIN, 2007, Teaching Medical Students Professionalism : What Role for the Medical Humanities?, *Medical Humanities*, 33, 2, 105. MICHAEL MARMOT, 2013, Fair Society Healthy Lives, in : Nir Eyal / Samia A. Hurst / Ole F. Norheim / Dan Wikler (eds.), *Inequalities in Health—Concept, Measures, and Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 282–298. JAKOB OUSAGER / HELLE JOHANNESSEN, 2010, Humanities in Undergraduate Medical Education : A Literature Review, *Academic Medicine*, 85, 6, 988–998. STEPHEN PATTISON, 2003, Medical Humanities : A Vision and some Cautionary Notes, *Medical Humanities*, 29, 1, 33–36. MADISON POWERS / RUTH FADEN, 2006, *Social Justice : The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*, Oxford, Oxford University Press. ADINA PREDI / KRISTIN VOIGT, 2015, The Social Determinants of Health : Why Should We Care?, *American Journal of Bioethics*, 15, 3, 25–36. RAYMOND C. REYNOLDS / RONALD A. CARSON, 1975, Editorial : The Place of Humanities in Medical Education, *Academic Medicine*, 51, 2, 142–143. ANDREA WERSHOF SCHWARTZ / JEREMY S. ABRAMSON / ISRAEL WOJNOWICZ / ROBERT ACCORDINO / EDWARD J. RONAN / MARY R. RIFKIN, 2009, Evaluating the Impact of the Humanities in Medical Education, *Mount Sinai Journal of Medicine*, 76, 4, 372–380. JOHANNA SHAPIRO, 2012, Whither (Whether) Medical Humanities? The Future of Humanities and Arts in Medical Education, *Journal for Learning through the Arts*, 8, 1, 1–24. DOMINIQUE SPRUMONT, 2014, Identification des besoins de formation en matière de droits de la santé et définition de modules de formation en la matière, Rapport à la SSPH+, Neuchâtel. WIM VAN DEN DOEL, 2012, Social Sciences and Humanities : Essential Fields for European Research and in Horizon 2020, European Research Universities, Advice Paper No.11, Leuven. KIERAN WALSH, 2013, The Humanities in Medical Education – What is the Future?, *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 49, 2, 107. MARK R. WICCLAIR, 2008, Medical Paternalism in House M.D., *Medical Humanities*, 34, 2, 93–99. World Health Organization, 2013, Research for Universal Health Coverage, *The World Health Report 2013*. World Health Organization, 2013, Transforming and Scaling up Health Professionals' Education and Training : WHO Guidelines 2013.

DOMINIQUE SPRUMONT, professeur de droit et directeur adjoint de l'Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel, Av. du 1^{er}-Mars 26, 2000 Neuchâtel ; vice-directeur de la Swiss School of Public Health et de l'Ecole Romande de santé publique ; dominique.sprumont@unine.ch.

THERESA SCHERER, professeure et direction de filières d'études Bachelor en soins infirmiers, Haute école spécialisée bernoise – Santé, Berne ; theresa.scherer@bfh.ch.

SETTIMIO MONTVERDE, Haute école spécialisée bernoise – Santé, Berne ; settimio.monteverde@bfh.ch.

MARIE-NOËLLE KERSPERN, professeure, Haute école de santé fribourg, Fribourg ; marie-noelle.kerspern@hefr.ch.

Cette étude a été réalisée avec un soutien de l'Académie suisse des sciences humaines et sociales (ASSH). Les auteurs tiennent à remercier leurs collègues de la Haute école de Santé (HES) de Fribourg pour leur soutien, en particulier Florence Rochat pour sa contribution au lancement de ce projet de recherche et à la définition de ses objectifs, Dominique Bardot pour sa participation à la rédaction, à l'évaluation et à la rétro-translation du questionnaire, ainsi que Paul Vaucher pour ses conseils experts dans l'analyse statistique des résultats. Leurs remerciements vont également à Daniel Schnyder de la HES de Berne, division santé, pour son aide précieuse dans le traitement statistique des résultats. Les auteurs souhaitent aussi exprimer leur reconnaissance à Pierre Sprumont, Prof. em. Dr. med, pour sa relecture attentive et critique des dernières versions du présent article. Enfin, les auteurs adressent leurs plus vifs et sincères remerciements à toutes celles et tous ceux qui ont pris le temps de répondre au sondage et ainsi rendu possible la réalisation de cette recherche.