

Les sciences humaines en médecine à Tours *

par Philippe BAGROS **

L'enseignement des sciences humaines est obligatoire dans toutes les facultés de médecine depuis l'arrêté du 18 mars 1992. Son contenu thématique, laissant beaucoup d'initiative à chaque faculté, a été formulé dans l'arrêté d'octobre 1993 sous le nom d'"enseignement de culture générale". Il prend effet dès l'année du concours d'entrée avec 60 à 90 heures de cours et un coefficient qui représente 20% de la note du concours, ce qui le rend déterminant dans la sélection. Il a commencé à Tours plusieurs années auparavant, à la suite du séminaire pédagogique de 1989. Un département de "sciences humaines en médecine" a été créé au sein de la faculté de médecine, regroupant des médecins du CHU, des médecins généralistes et des personnes compétentes en sciences humaines, histoire, philosophie ou littérature (1).

Les prémisses sont bien antérieures. C'est dans les années soixante que les médecins généralistes de Touraine ont convaincu les universitaires que les progrès spectaculaires de la médecine hospitalière s'accompagnaient d'une inadaptation croissante de la formation à la médecine de clientèle. Une anecdote résume le problème : à la visite, j'ai demandé à l'externe : "Pourquoi ce monsieur s'est-il résolu à se faire hospitaliser ?" Réponse : "Pour une glomérulonéphrite extra-membraneuse". "Il n'est sûrement pas venu pour cela. Pourquoi son médecin nous l'a-t-il adressé ?". Suit une longue recherche de la lettre du médecin de famille. C'est pour une protéinurie abondante et des œdèmes. Au patient : "C'est pour cela que vous êtes ici ?" - "Non..., c'est pour mon genou (il le sort du lit) et personne ne s'en occupe !". Son genou, c'était le point d'ancrage à partir duquel il pouvait entrer en relation thérapeutique. Cette situation s'est souvent répétée. Je n'arrivais pas à savoir d'emblée quelle était la demande du patient. Formatés par l'enseignement biomédical, les étudiants vont droit à la maladie.

Nombreux étaient les jeunes médecins qui nous disaient ne pas reconnaître dans leur pratique ce que nous leur avions enseigné. Dans le même temps les médecins universitaires allaient souvent compléter leur formation de chercheurs par un séjour prolongé aux USA. Outre les compétences recherchées, ils rapportaient une pédagogie nouvelle qui tenait largement compte de la globalité de l'art médical ; par ailleurs l'enseignement postuniversitaire à Tours était devenu très actif, réunissant les médecins du CHU avec les

* Journées de Tours, 18-20 mai 2012.

** Lieu-dit La Buissonnière, 37210 Vouvray.

praticiens de clientèle. Il en a résulté une réflexion qui a beaucoup contribué à la conception d'un enseignement humaniste. Il y avait aussi une demande du côté des étudiants. Fraîchement arrivés, ils se placent dans la relation "du côté des malades" et ils ont une grande demande humaniste. Ils réclament l'empathie sans connaître encore le sens de ce mot. Dans une enquête réalisée en 1990 en première année, sur 429 réponses, 94% considéraient comme important d'enseigner l'Homme en médecine. Il y avait moins de 1% d'avis défavorables. Une fois formatés, ils passent du côté du biomédical.

1988 : les débuts de l'enseignement

En 1985 le doyen André Gouazé m'a dit : "Dans cette faculté nous enseignons tout sur l'homme biologique, l'homme anatomique, ses maladies, mais rien sur l'Homme ; je vous en charge". L'enseignement a commencé en 1988 sous forme de conférences sous l'intitulé *Cycle de conférences en médecine humaine*. Nous avons invité Boris Cyrulnick, Albert Jacquart, David Le Breton. Nous voulions susciter l'ouverture à l'humanisme et donner du prestige à cet enseignement en invitant des conférenciers de réputation nationale. Les sujets étaient très divers. Ainsi Danielle Gourevitch a fait une conférence sur la femme dans la société romaine antique, sous une forme à la fois historique et poétique, suivant la vie et le devenir d'une petite fille de cette époque. Nous avions en tête son livre *Le mal d'être femme*. Notre préoccupation de donner de l'importance aux spécificités de la femme en médecine s'est maintenue au fil des années. Ces conférences ne s'adressaient pas qu'aux étudiants. Il y avait des médecins, des infirmières, du personnel administratif de l'hôpital. Sur 60 à 300 auditeurs, on comptait un tiers d'étudiants. Il y a eu une trentaine de conférences de 1988 à 1993. Les conférences, à raison d'une par mois, se sont organisées autour d'un thème différent chaque année (pour 89/90 l'enfance). L'évaluation se faisait sur un mode rédactionnel, en commentant un bref texte concernant ce thème de l'année. La préparation était une démarche personnelle de documentation et de réflexion sur ce thème par les lectures personnelles, le cinéma, la presse. La correction était effectuée en binôme par un médecin et un professeur de lettres, en double insu, selon quatre critères : richesse des idées, éclectisme, force de l'opinion personnelle, qualité de la communication écrite. Il s'y ajoutait une épreuve de contraction de texte. En 1990 le doyen m'a suggéré de créer un tandem avec Bertrand de Toffol, jeune professeur de neurologie qui avait par ailleurs fait des études de philosophie. Nos qualités se complétaient. Dès lors nous avons tout structuré ensemble.

1992-93 : structuration des modalités d'enseignement

L'intitulé *Sciences humaines en médecine* résulte de l'idée que la pratique médicale s'exerce sur un homme global inséré dans un milieu et une époque, et ne saurait donc se limiter à la science biomédicale. Il a paru logique et indispensable de l'éclairer avec l'apport des sciences de l'homme, mais aussi de l'histoire, de la philosophie et de l'éthique. Un ouvrage intitulé *Introduction aux sciences humaines en médecine* (2) guidait le travail de préparation. Les critères d'évaluation se sont précisés. La contraction de texte a été abandonnée.

Les obstacles

Nos collègues comprenaient pour la plupart l'importance du projet, mais ils le considéraient comme utopique. De fait l'entrée dans le concret rencontrait de sérieux obstacles. Je pensais qu'il fallait commencer dès le début des études, c'est-à-dire l'année du concours d'admission. C'est ce que j'avais posé comme condition à mon acceptation. Le conseil universellement donné était de ne pas commencer dans ce climat tendu et d'atten-

dre que les étudiants eussent un début d'expérience clinique. J'objectais que dire aux étudiants : "La relation, l'humanisme en médecine, c'est très important, mais on verra cela plus tard", c'était signifier le contraire. Plus tard ce serait passé inaperçu. Il faut comprendre que les études médicales sont initiatives. On ne revient pas sur une initiation, sa marque est indélébile. L'étudiant qui, visitant le laboratoire d'anatomie, regarde les coupes du corps humain conservées dans des bocaux plats est fortement interpellé. Il voit à la fois la tranche du cerveau, qui évoque le mystère de la conscience, et un peu de peau du visage, une coupe du nez, un peu de moustache roussie par le formol. Il voit un peu plus loin une coupe du petit bassin, incluant les organes génitaux, avec d'autres interrogations. Mais surtout il y voit des promesses liées au privilège d'être étudiant en médecine : les transgressions autorisées, le vertige de la connaissance. S'il lui est donné de voir en pleine lumière les endroits les plus secrets du corps, il sait qu'il entrera dans le détail microscopique des tissus, la biologie moléculaire, puis dans la connaissance de tout le patrimoine génétique. Dès lors il n'est plus comme les non médecins. Il fait face à la peur du cadavre en le remplaçant par l'ordre et la beauté des schémas des livres d'anatomie, aux vives couleurs sur papier glacé ; bientôt il fera face à la souffrance des autres en l'appelant maladie. Il entre dans l'ordre médical. Cette initiation est bonne et nécessaire, à condition de ne pas conduire à la pensée unique, biomédicale. Il faut profiter du fait qu'il est encore "du côté du souffrant", demandeur d'humanisme, pour l'y passionner. Si on ne le fait pas, les études deviennent une déformation médicale plutôt qu'une formation au soin. Nous étions subversifs, contre la pensée unique.

L'évaluation

L'évaluation d'une épreuve rédactionnelle de deux heures pour 800 étudiants à l'époque était techniquement difficile à organiser. On ne pouvait imaginer une évaluation par questions à choix multiples comme dans les autres matières : les étudiants auraient travaillé dans les annales en apprenant par cœur les réponses. L'esprit même de l'enseignement était, et est resté, de ne pas évaluer des connaissances, mais des aptitudes, au premier rang desquelles, celle d'utiliser les connaissances dans leur application à des situations. De plus nous souhaitions tous faire intervenir dans la sélection les capacités rédactionnelles des étudiants. L'épreuve comportait une heure de réflexion suivie d'une heure de rédaction avec un espace limité sur la copie. Nous avons choisi de proposer chaque fois un texte littéraire qu'il fallait interpréter en y appliquant les concepts appris en cours. Pour pallier l'imprécision nous avons maintenu la règle d'une double correction en double aveugle selon des critères définis auparavant par le binôme de correcteurs. Une troisième correction était faite quand il y avait un écart de notes jugé excessif, en général pour environ un tiers des copies.

Cette matière a été dotée du plus fort coefficient dans le concours. On pouvait craindre un grand mécontentement des étudiants et de leurs parents, et une pénurie de correcteurs. Une enquête faite auprès des étudiants en 1990 a montré un grand intérêt pour l'enseignement, mais des avis partagés sur sa place dans l'évaluation. Nous avons été surpris que ces cours soient populaires, peu chahutés alors que l'amphi était redoutable ; encore plus surpris que la commission des examens n'ait à examiner que très peu de doléances concernant la notation. Quant aux correcteurs, ils n'ont jamais manqué. La faculté ne nous a pas lâchés, doyens en tête. En fait cet enseignement s'est avéré très populaire. Il répondait aux besoins des étudiants. Contrairement à notre attente, il n'a pas favorisé les littéraires. Les scientifiques ont révélé leurs aptitudes à l'humanisme.

Qui devait enseigner ?

À partir de 1990 ce sont des médecins qui ont fait les cours, dont Bertrand de Toffol, moi-même, des psychiatres, et nous avons invité des sociologues, des psychologues, des philosophes, extérieurs à la faculté. Plus tard encore nous avons pu obtenir l'affectation à la faculté de médecine de jeunes anthropologues universitaires, et finalement d'un philosophe, Maël Lemoine, affecté à plein temps en médecine pour y faire carrière. Notre tandem Bagros/de Toffol est devenu un trio (2).

Aux yeux des étudiants, les médecins sont des modèles d'identification bien plus que les anthropologues ou les philosophes. Un médecin humaniste appartenant au collège des professeurs de médecine du CHU atteste par sa présence et sa reconnaissance parmi ses collègues l'importance de cet enseignement. Un médecin généraliste offre un modèle d'identification qui correspond bien mieux à leur pratique future. Nous avons la chance d'avoir au CHU un département de médecine générale bien développé ; il a largement contribué. Mais les médecins trahissent inévitablement l'anthropologie, la sociologie, la philosophie, toutes disciplines possédant leurs méthodes propres. En outre c'est toujours le regard médical. Il fallait introduire dans le CHU d'autres manières de voir l'Homme et la santé ; bref l'ouvrir aux autres facultés. Nous avons continué à inviter des personnalités extérieures pour quelques conférences hors programme. Ainsi un médecin du CASOUS (centre d'accueil, de santé et d'orientation pour l'urgence sociale) a expliqué les spécificités des soins aux SDF. Une jeune sage-femme libérale fait régulièrement des conférences sur les spécificités des femmes en médecine. Ces conférences remplissent l'amphithéâtre.

Le contenu de l'enseignement

Comment peut-on ajouter quoi que ce soit à un enseignement déjà pléthorique ? Une référence fournie par Danielle Gourevitch m'a permis de voir que le même constat d'une impasse pédagogique était fait au début du XX^{ème} siècle. Il faut donc trouver une autre logique pour aborder ce problème récurrent. Quelle nouvelle logique ? Elle est guidée par deux noms : objectif et transdisciplinarité.

L'objectif est d'ouvrir les esprits, d'attiser les curiosités. Des étudiants m'ont dit : "Cet enseignement laisse en nous de petites braises qui continuent ensuite à brûler". Le mode de communication pédagogique le plus adapté consiste à susciter une création chez chaque élève. Sous l'action du charisme de l'enseignant, chacun devient créateur de sa propre personnalité médicale, selon son génie personnel. Les connaissances proposées par l'enseignant en sont le matériau. Elles peuvent être limitées. Elles servent à fournir des récepteurs pour ce qui sera rencontré, lu, entendu, ultérieurement, dans le parcours personnel. Car rien n'est perçu s'il n'y a pas de récepteurs. La transdisciplinarité est plus et autre chose que la somme des disciplines concernées (qui se nomme pluridisciplinarité). Il n'y a pas plus transdisciplinaire qu'un malade. Il est bien autre chose que sa maladie, et son tout n'en est pas dissociable. La guérison ne se conçoit pas sans ce tout. L'art médical est donc transdisciplinaire. La conséquence est que les diverses disciplines sont transcendées dans l'art médical qui a ses méthodes et ses buts propres. Ainsi se construit entre les mains des praticiens une discipline humaine médicale distincte des sciences, mais qui les utilise toutes. Son objet, l'Homme souffrant, et ses méthodes dans l'exercice du métier font l'originalité de l'art médical. Un enseignement par alternance entre cours et pratiques est donc indispensable. Certains savoirs des sciences humaines peuvent être directement utilisés en médecine, mais l'essentiel est de pouvoir grâce à

elles regarder notre pratique depuis d'autres univers avant d'y revenir, ce qu'on peut appeler un détour éclairant. Pour allier la transdisciplinarité et l'échappée au discours biomédical totalitaire, il n'y a rien de tel que le détour.

Les détours éclairants

L'ethnologie permet le détour par l'ailleurs. Rentrant chez lui après son travail de terrain, un ethnologue voit sa propre culture avec un œil neuf, mais pas comme pourrait le faire un touriste. En effet sa discipline l'a contraint à appliquer une méthode qui lui permet de ne pas être victime de ses préjugés et de ses aveuglements lorsqu'il observe un peuple de culture radicalement différente. Il doit aussi éviter de perturber par sa présence le milieu qu'il étudie, s'y faire aussi discret que possible, pour cela il peut être amené à s'y immerger. Il lui faut donc trouver la juste distance dans son écoute. Le médecin approche en chaque patient quelqu'un de très différent de lui, ne serait-ce que parce qu'il est malade. Comme l'ethnologue il doit trouver une écoute compréhensive, sans préjugés, non invasive tout en étant suffisamment chaleureuse. C'est une bonne réflexion pour aborder l'empathie. C'est aussi un prélude à la vocation de chercheur, celui qui voit ce qui est nouveau là où personne ne voyait rien.

L'histoire de la médecine permet un détour par le passé. Il est très important que l'étudiant d'aujourd'hui comprenne ce qu'était la médecine avant le développement de la protection sociale, et avant l'ère de l'efficacité thérapeutique C'est l'exemple d'un détour exigible. Mais il y a plus. Le passé a été assimilé au fil du temps, inclus dans l'époque actuelle après transformation. Les méthodes de l'historien consistent d'abord à retourner aux sources, débusquant les légendes et les rumeurs. Or une consultation médicale est un récit de vie rempli de mythes et de légendes. Un médecin praticien a un métier de chercheur. Mais il est contraint à l'action. Ainsi l'histoire lui pose ces questions : "Qu'est-ce qui est le plus actif dans le présent, le mythe, ou la vérité historique ? Ce que le souffrant a fait de son passé par son travail de mémoire et d'oubli, ou bien les faits ? Quel sera le chemin de la guérison ?". L'historien constate que les petits, les illettrés, ... et les femmes, ont laissé beaucoup moins de traces historiques que les puissants et les hommes. Il y a là un biais considérable pour comprendre le passé, et à travers lui le présent. Le médecin voit surtout des faibles après avoir appris de professeurs qui en sont très éloignés.

L'anthropologie a beaucoup d'analogies avec l'ethnologie. C'est son terrain qui est différent. Un anthropologue explore son propre milieu. Il explore une culture qui n'est pas la culture générale acquise à l'école, mais l'art de vivre qui est le propre de l'humanisation acquise depuis l'enfance par immersion dans sa famille et son peuple. L'anthropologue doit donc prendre du recul pour être aussi étonné par son propre milieu que peut l'être un ethnologue au retour d'un long séjour dans un milieu très éloigné (qui n'est pas toujours outre-mer). Un anthropologue voit le fonctionnement d'un service hospitalier avec un œil extérieur. Il s'étonne, se fait discret, et observe en se gardant bien d'agir. Ses méthodes vont permettre un nouveau regard sur "l'Homme des CHU". Un anthropologue à la campagne voit aussi ce que nous ne voyons pas : nos patients dans leur vie, ce que les médecins ne voient plus maintenant qu'ils ne font plus de visites à domicile. Il nous renseigne par exemple sur les représentations que le public, nos patients potentiels, se font de la maladie. Certaines connaissances en anthropologie sont directement utilisables. En voici un exemple : il y avait à l'hôpital un homme fruste, très malade et terrorisé, qui ne voulait pas parler. J'ai quand même compris que sa mort inéluctable à court terme n'était pas la cause de son inhibition douloureuse, et qu'il ne voulait pas de

nos actions médicales. Quitter la vie c'était pour lui ne pas voir le meuble que construisait son petit-fils, en formation de compagnon menuisier. J'ai appris d'un anthropologue l'importance dans les milieux d'artisans de la cérémonie initiatique où est présenté le "chef-d'œuvre" du candidat compagnon : ici une table. J'ai pris la décision d'organiser d'urgence cette cérémonie dans la chambre d'hôpital avec le petit-fils et ses maîtres. Guéri de sa peur, cet homme est mort la nuit suivante, paisible, près de la table transcendée en "chef-d'œuvre". Dans cet exemple j'avais bien pris une décision médicale, non scientifique mais raisonnée, protégée de mes désirs inconscients, de mes idées néphrologiques, et de mes émotions, par l'éclairage de l'anthropologie. On voit les analogies entre les méthodes de l'anthropologie et le travail d'observation du médecin, qui lui aussi essaye de ne pas perturber par ses attentes ce que le patient exprime. L'empathie se manifeste par beaucoup de silence. Mais il y a un moment où le médecin "doit" avancer en direction d'un diagnostic. Pourtant est-ce toujours la découverte d'une maladie qui va répondre à la demande du souffrant ? Ne sommes-nous pas comme un mauvais ethnologue qui chercherait dans la population observée la vérification de ses théories, avec l'excuse du désir d'aider ?

La sociologie étudie plus la civilisation que la culture. Elle permet d'analyser le fonctionnement de la société, ce qui la structure. Nous, les médecins, risquons d'oublier, ou surtout de faire oublier aux étudiants qu'un homme seul à l'hôpital est comme un organe sorti du corps et perfusé. Si la situation se prolonge, par exemple pour un vieillard sans visites en maison de retraite, survient une véritable déshumanisation. L'étude scientifique des faits de société concernant la santé, en étant décalée du regard médical, montre bien que la médecine est une partie seulement d'un système beaucoup plus vaste. Des sociologues ont établi un diagramme de l'évolution de l'espérance de vie depuis la fin du XIX^{ème} siècle. On pourrait s'attendre à ce que le bond en avant qu'a fait la thérapeutique après la deuxième guerre mondiale se marque de façon spectaculaire sur ce diagramme. Il n'en est rien. Le diagramme est presque linéairement ascendant pendant un siècle. Les progrès des autres facteurs d'augmentation de l'espérance de vie, comme l'hygiène, les conditions d'habitat et de travail, l'alimentation, le recul de la pauvreté, l'accès facilité aux soins sont l'explication vraisemblable. Le progrès médical est ainsi relativisé et ceci devrait entrer dans l'initiation, compensant la fascination par les techniques. Les étudiants, et souvent aussi les médecins, ont tendance à oublier à quel point la médecine a partie liée avec l'État et l'économie. Un enseignement de la santé publique va de pair avec l'enseignement des sciences humaines en médecine.

La psychologie fait partie depuis longtemps de l'enseignement médical. Il n'y a pas lieu ici d'en rappeler l'importance. La manière dont elle est comprise et sa place dans l'exercice du métier comportent des difficultés et des dangers. On tend à y mettre tout ce qui n'est pas le corps, négligeant par exemple la place de l'anthropologie. Il existe une tendance simplificatrice non avouée qui résume tout ce nouvel enseignement à "être gentil avec les malades". Les étudiants ont une saine méfiance à l'égard de la psychologie. Ils y subodorent une tentative de maîtrise, par exemple celle que leurs parents ont pu tenter d'exercer dans leur éducation. Effectivement le discours médical est empreint de maîtrise... Que devient la psychologie médicale dans ce discours ? On peut dire que dans la relation avec une personne en situation de faiblesse le danger commence au moment où on se dit "je l'ai compris" car alors commence la tentation de manipulation. La conséquence d'une déformation positiviste est l'interventionnisme sous prétexte de mise en pratique des connaissances en psychologie. La compétence psychologique d'un médecin

se manifeste au contraire par la qualité de son écoute. La première condition d'une bonne écoute est ontologique : la personnalité médicale que chaque étudiant doit construire pendant ses études comporte cette aptitude à l'écoute empathique. La vie hors des études permet à chacun, s'il n'y a pas de déformation positiviste, de développer sa personnalité dans ce sens. Mais il faut aussi des connaissances. Par exemple, la première réaction à l'annonce d'une mauvaise nouvelle est le plus souvent le déni. Viennent ensuite la colère, la négociation. Si on ne le sait pas, on risque de prendre au premier degré des réactions désagréables ou choquantes. Si on sait que ces réactions sont des étapes ordinaires pouvant précéder des réactions plus positives, on les accepte avec empathie.

L'acquisition des concepts psychanalytiques est nécessaire pour une meilleure compréhension du fonctionnement de l'esprit humain. J'entends une compréhension de notre propre fonctionnement. Ceci se situe aux confins de la psychologie et de la philosophie, et ne doit pas être confondu avec les thérapies psychanalytiques. On doit se poser cette question : "Qui suis-je pour vouloir soigner l'autre ?", et aussi "Quelle part intérieure de moi est touchée par sa souffrance ?".

La médecine ne peut se réduire au biomédical puisque le corps, qui est son objet, est existentiel. Il est notre prise sur le monde. Il est l'esquisse de nos projets puisqu'on y ressent ce qu'on est capable de faire. On souffre et on jouit par son corps. Ainsi, l'initiation biomédicale fait que les étudiants donnent à des mots essentiels comme "vie" ou "corps" un sens différent de celui que lui donnent les non-médecins. Cet enseignement, bien que se voulant purement objectif, est en réalité philosophique. Ceci se fait de façon indolente, à l'insu de tous. Ainsi se construit une pensée unique qui se traduit dans tous les aspects du discours médical. Un tel enseignement induit une déformation professionnelle, faisant des médecins une espèce différente.

Une réflexion philosophique est donc nécessaire en lieu et place de ce qui est un endoctrinement. La prise de conscience de cette déformation est un premier pas. Le propre d'un vrai enseignement philosophique est précisément d'ouvrir aux diverses grandes conceptions du monde. On reproche à la philosophie son langage souvent hermétique, mais le seul fait de susciter des échanges dans un groupe de discussion auquel on propose des idées dans un but critique est une démarche philosophique qui fait sortir de la pensée unique en découvrant la pensée des autres.

Le mot d'éthique évoque les débats passionnants de la bioéthique qui ont pour but d'adapter la législation à l'époque actuelle, bouleversée par les progrès de la biomédecine. Ces débats tiennent compte de tous les aspects de la société et de la culture, y compris la science et les religions. Ils sont transdisciplinaires. La médecine est confrontée aux lois ainsi élaborées qui protègent les individus faibles, particulièrement autour de la procréation, de la mort et de la recherche, là où le progrès technique pousse à échapper aux lois de la nature, souvent considérées comme un critère du bien. On y voit l'intérêt des personnes qui bénéficient de ces progrès, mais on y discerne aussi l'orgueil médical, ce que les Grecs antiques nommaient *hubris*, considéré comme une sorte de défi aux dieux, dont il fallait attendre le pire. Il faut pourtant en venir à l'application des lois aux cas particuliers. Il n'y a pas que la bioéthique : il existe une éthique de la pratique médicale, beaucoup moins spectaculaire, mais d'une grande importance. Là se situent les professionnels de la santé. Un exemple : une femme consulte pour une stérilité. Elle cherche avec son médecin jusqu'où elle va aller, par exemple dans les tentatives de fécondation in vitro. La relation va être plus empreinte d'aspects psychologiques et

sociaux que philosophiques, encore que le médecin, la patiente, et le conjoint, aient inéluctablement une philosophie de la procréation.

Pour se confier à un médecin on exige qu'il possède le savoir, et on exige aussi qu'il soit éthique. Cette attente recouvre dans les représentations populaires de la médecine la recherche d'une vie bonne pour les patients. Reste à savoir ce que l'on entend par "une vie bonne". Se pliera-t-on à l'idée que le médecin s'en fait ? Il se trouve que les médecins entrent chaque jour dans l'intimité à un moment de grande fragilité. Étant malade, on ne comprend pas ce qui se passe dans l'intérieur mystérieux, là où se jouent la vie et la mort, où l'énergie et les pulsions prennent naissance. Il faut bien s'en ouvrir au médecin, et cela dépasse évidemment le biologique. Dans cette situation de fragilité on ne sait pas jusqu'où il faut aller dans le dévoilement. On se donne, on se protège, on se reprend. Pour commencer on s'attend à devoir se déshabiller.

L'information donnée au patient est un chapitre très important de l'éthique de terrain puisqu'il faut arriver au libre consentement de l'action entreprise. Il s'agit là encore de fragilité car la relation est très inégale du fait de l'ignorance médicale du patient.

Cette éthique de terrain est encadrée par le code déontologique. Les situations qui peuvent être rencontrées sont répertoriées et analysées. Mais chaque cas étant différent le médecin ne peut pas faire l'économie d'une réflexion éthique lors de ses prises de décision. Le serment d'Hippocrate, prononcé lors de la thèse, prévoit une mise en garde : "admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés". Ceci ne réduit pas l'importance du savoir biomédical, car l'ignorance est évidemment coupable.

La crainte que cet enseignement désapprenne la rigueur scientifique

On ne peut cependant pas dire que les cours des matières traditionnelles forment à l'esprit scientifique. Ils sont dominés par l'argument d'autorité en enseignant les fruits de la recherche bien plus que ses méthodes. La philosophie des sciences est au contraire une réflexion sur les sciences. Les qualités qui font un chercheur sont ses aptitudes à échapper aux pièges qu'on se tend à soi-même en approchant un objet d'observation, et tout autant une personne. On l'a vu à propos de l'ethnologie. L'empathie ne va pas sans une discipline rigoureuse. La médecine praticienne est certes un art et non une science puisqu'elle s'adresse toujours à des cas singuliers alors qu'il n'est de science que du général. Elle utilise les connaissances apportées par les sciences, pas seulement la science biomédicale, mais aussi les méthodes.

Cet enseignement ne laisserait pas de traces s'il se limitait à l'année du concours d'admission. Dans les années suivantes il se continue par le stage infirmier de deuxième année, stage d'initiation qui est suivi d'un entretien ; en troisième année par un enseignement d'éthique et d'épistémologie, par des enseignements optionnels, par un stage chez le médecin généraliste, et maintenant par l'installation d'enseignements en petits groupes dans les stages hospitaliers, enfin dans le 3ème cycle, qui clôt les études. Un ouvrage pédagogique, *l'ABCDAire des sciences humaines en médecine* (3), a été conçu pour s'adapter à cette diversité. Il s'ajoute à la deuxième édition de *l'Introduction aux sciences humaines en médecine* (2).

Certes il aurait été plus agréable que tout cet enseignement se fasse sans être inclus dans un concours qui n'est pas sans nocivités. Mais il serait probablement passé presque inaperçu.

Conclusion

La clé de cet enseignement est dans le contrepoint apporté au discours médical qui enferme dans une pensée unique biomédicale. L'introduction des sciences humaines dans la faculté de médecine, et à l'hôpital, permet, par le contact avec les réalités médicales et les enseignants médecins, l'élaboration d'un art médical transdisciplinaire qui marque l'esprit de beaucoup d'étudiants. L'existence dans l'équipe de façon statutaire d'un philosophe travaillant à plein temps au CHU, Maël Lemoine, concrétise cet apport extra-médical.

Plutôt que des connaissances, nécessairement limitées, cet enseignement prétend donner une formation qui comporte le désir d'acquiescer plus tard de nouvelles connaissances avec l'aptitude à les incorporer dans la pratique. Cette formation devrait aussi développer l'aptitude à s'intéresser aux autres. Ainsi voir dix fois la même maladie peut être lassant alors que considérer dix personnes confrontées à cette maladie est infiniment plus stimulant. Un corollaire inattendu est l'importance des lectures non médicales, y compris des romans. Il y a place pour des groupes de discussion dirigés fondés sur des lectures partagées. La vie contribue évidemment à former chaque personnalité médicale, à condition qu'on soit sorti d'un discours totalitaire culpabilisant. Les médecins sont confrontés chaque jour à l'existential. Si on ne les y prépare pas, ils se réfugient parfois dans la fuite, ou le cynisme. Un critère de réussite serait le développement de l'humour.

Il faut souligner que cet enseignement a supposé l'acceptation par tout le corps médical du CHU et par les doyens successifs de multiples contraintes, à commencer par la libération de beaucoup de temps, et beaucoup de compréhension. C'est grâce à tous que la réalisation de cette utopie a été rendue possible et fructueuse.

NOTES

- (1) TOFFOL DE B., BAGROS PH. - L'enseignement de culture générale en PCEM 1 à la faculté de médecine de Tours. *Sem. Hôp. Paris*, 1993, 69, 707-8.
- (2) BAGROS PH., TOFFOL DE B. - *Introduction aux sciences humaines en médecine*, Ellipses, Paris, 1993. Cet ouvrage a été entièrement refondu avec la participation de Maël Lemoine et réédité sous le même titre en 2001.
- (3) BAGROS PH., LE FAOU A-L., LEMOINE M., ROUSSET H., TOFFOL DE B., PAIN B., CAULI M., BÉGUÉ-SIMON A-M. - *ABCDAire des sciences humaines en médecine*, deuxième édition, Ellipses, Paris, 2009.

RÉSUMÉ

À partir de 1992, sous l'impulsion du doyen de la faculté de médecine de Tours, André Gouazé, un enseignement humaniste est devenu obligatoire dans les études médicales, et ceci dès le concours d'entrée, avec un fort coefficient. Il se poursuit les années suivantes, en amphithéâtre, et depuis peu dans les stages. Il est intitulé "Sciences humaines en médecine" parce que la pratique médicale s'adresse à un Homme global inséré dans un milieu et une époque vers lequel doivent converger toutes les sciences de l'homme et pas seulement la science médicale. Il répond à la prise de conscience que l'état actuel de la médecine dans les CHU, là où les étudiants sont enseignés, exerce une pression permanente dans le sens de la pensée unique, biomédicale. L'abord du corps dans ce contexte induit une conception du monde qui donne à des mots existentiels comme VIE ou CORPS un sens qui n'est pas le même pour les médecins et les non médecins. Il permet un décentrage en effectuant un détour par le passé comme le permet l'histoire de la médecine, ou par d'autres cultures, un ailleurs, comme l'ethnologie. Il fait comprendre que le métier médical n'est pas pluridisciplinaire, mais transdisciplinaire et en évolution permanente par l'intégration au fil du temps de multiples apports nouveaux dans une pratique originale par ses buts et ses méthodes.