

Conversion du regard chez l'étudiant en médecine : expérience d'un « orphelin de la science »

A change in perspective among medical students: the experience of a "science orphan"

Jean-Arthur MICOULAUD-FRANCHI

Faculté de médecine de Marseille, Université de la méditerranée Aix-Marseille II, Marseille, France

Manuscrit reçu le 16 septembre 2009 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 15 décembre 2010 ; accepté pour publication le 16 décembre 2010

Mots clés :

Étudiant en médecine ;
science ;
apprentissage ;
sens clinique ;
modèle biopsychosocial ;
*Evidence Based
Medicine*

Résumé – Contexte : Nous allons essayer de décrypter la conversion du regard chez l'étudiant en premier et deuxième cycle des études médicales en nous inspirant de Schütz décrivant l'étranger et de notre propre expérience chronologique d'étudiant. Notre hypothèse est que l'étudiant en médecine tend, plus que dans le cadre d'un véritable parcours critique scientifique, à devenir médecin implicitement, dans un parcours de modification graduelle de son rapport à la maladie que l'on identifiera schématiquement à trois étapes. **Exégèse :** Dans la première partie : « La médecine : une science » nous verrons que le concours de PCEM1 tend à subvertir le langage scientifique dans une idéologie utilitariste (la réussite du concours), qui persistera tout au long des études (le soin étant alors assimilé à cette réussite originale). Dans la deuxième partie : « Le corps humain : de la « viande » », nous analyserons au travers de la dissection comment les énoncés de la science sont utilisés par l'étudiant en médecine afin de développer une maîtrise technique. Dans la troisième partie : « Le malade : un cas clinique », nous décrirons pourquoi la méthode expérimentale ne suffit pas pour l'apprentissage du raisonnement clinique, ce qui nous conduira au concept d'« orphelin de la science ». **Conclusion :** Après avoir montré pourquoi l'espoir du modèle biopsychosocial et de l'*Evidence Based Medicine* ne nous semble pas suffisant à aider la conversion du regard médical décrite, nous concluons sur l'échec apparent et les perspectives possibles.

Keywords:

Student in medicine;
science;
learning;
clinical sense;
biopsychosocial model;
*Evidence-Based
Medicine*

Abstract – Background: We will attempt to decipher the change in perspective among medical students, drawing on Schütz, as he described the stranger experience, and our own chronological experience as students. Our hypothesis is that medical students, as opposed to a genuinely critical scientific student track, aspire to become physicians implicitly as their relationship with disease gradually changes and is outlined in three stages. **Exegesis:** In the first part, "Medicine: a science", we observe that competition in the health studies' first year exam tends to undermine the scientific language turning it into a utilitarian ideology (passing), all of which persists throughout students' medical studies (patient care is accordingly assimilated to this original achievement). In the second part, "Human body as meat", we will use dissection

to analyze how science statements are used by medical students to develop technical skills. In the third part, “The patient: a case report”, we describe why the experimental method is not enough to learn clinical reasoning, which leads us to the concept of “science orphan”. **Conclusion:** After showing why, in our eyes, the hopes of the biopsychosocial model and Evidence-Based Medicine do not seem to be enough to allow for a change in perspective among medical students, we close on the apparent failure and other potential prospects.

Néanmoins il rêva de périnées béants et de ventre scindés. Son ami acheva la dissection. Il lui dit : « Gardez-moi la tête. Ça me fera un souvenir ». Il l'eut.

Nizan P. *Complainte du carabin qui disséqua sa petite amie en fumant deux paquets de Maryland.* Paris : Édition Mille et Une Nuits, 1999.

Jeunes gens, vous n'aurez pas souvent l'occasion d'assister à cette opération, et la raison en est simple... Voyez vous, elle est inutile sur le plan médical. Pourquoi l'a-t-on inventée ? Nul ne le sait. Personnellement je crois que c'est une création purement artistique...

Burroughs W. *Le festin nu.* Paris : Gallimard, 1984.

Introduction

Dans cet essai, nous tentons de décrypter la conversion du regard chez l'étudiant au fur et à mesure qu'il progresse dans ses études médicales telles qu'elles sont organisées en France, selon une architecture curriculaire de type globalement post-flexnerien^[1]. Deux spécificités françaises caractérisent cependant ce parcours : d'une part, la sélection des étudiants autorisés à poursuivre leurs études de médecine est organisée en fin de première année dans chaque faculté à l'issue d'un concours, en application d'un *numerus clausus* ; d'autre part, l'orientation des étudiants vers l'une ou l'autre des différentes filières de formation spécialisée d'internat – médicales, chirurgicales ou biologiques –, ainsi que leur affectation dans l'une ou l'autre des facultés de médecine et dans l'un ou l'autre des centres hospitaliers universitaires où ils effectueront cette

formation, sont conditionnées par leur rang de classement à des épreuves classantes nationales. Dans un cas comme dans l'autre, ceci a comme conséquence que, respectivement, la première et les trois dernières années du cursus « pré-gradué » des études médicales sont caractérisées par un climat de forte compétition entre les étudiants.

Nous nous inspirerons d'Alfred Schütz^[2] décrivant l'étranger (l'étudiant entrant en médecine) qui « bondissant pour ainsi dire de la salle sur la scène (...) devient un membre de la troupe » (celle du monde médical). Nous partirons de notre propre expérience chronologique d'étudiant en essayant, à partir d'une expérience vécue par la singularité d'une conscience, de faire ressortir une signification généralisable propre à expliciter cette attitude pratique spécifique et ce modèle culturel nouveau, qui s'imposeront comme « un schéma d'orientation naturel et fiable » centré sur la résolution de problèmes, et qui, pour cette raison, ne sera que difficilement remis en cause.

Notre hypothèse est que l'étudiant en médecine tend à devenir médecin implicitement, davantage dans le cadre d'un parcours de modification graduelle de son rapport à la maladie – où l'on identifiera schématiquement trois étapes – que dans celui d'un parcours critique scientifique, l'objectif de cet essai étant d'aboutir à une deuxième conversion qui le ramène vers la première. Ainsi l'analyse de la constitution de cet être en vue d'un monde-médical, visé comme lieu où s'accomplir, permettra de repenser la dimension transcendante de l'égo-médecin.

Il faut distinguer ici la réduction husserlienne^[3] qui consiste à mettre entre parenthèses la thèse du monde afin d'y distinguer dans une activité philosophique un apparaître véritable, et la réduction schützienne^[2] qui se produit dans l'attitude naturelle

elle-même et qui permet de mettre entre parenthèses le doute initial, « l'inquiétante étrangeté » – « l'*unheimlich* » – de la rencontre d'un monde que l'on ne connaît pas, particulièrement suscité par la rencontre du corps malade, objectivé médicalement, dans « l'incertitude intellectuelle quant à savoir si quelque chose est animé ou inanimé et [dans la crainte] que l'inanimé pousse trop loin sa ressemblance avec le vivant »^[4]. Si la réduction schützienne permet de comprendre la posture actuelle du médecin face au malade, la réduction husserlienne lui permet de la remettre en question, la philosophie n'étant peut être pas tant là pour donner du sens que pour montrer comment il est possible qu'un sens se donne.

La médecine : une science (la première année)

Si l'étranger doit s'appropriier le modèle culturel du milieu d'arrivée, cela passe par « une équivalence interprétative »^[2], une clef d'entrée qui, en médecine, est incontestablement la science. Celle-ci est le patrimoine minimal partagé par l'étudiant arrivant en médecine, quels que soient les *a priori* de celui-ci sur le sens du soin, de la médecine, de sa vocation de médecin. . .

Par science, il faut entendre cette capacité objectivante et de mise à distance du réel dans un monde d'idéalité, qui s'est développée, comme le montre Husserl, dans la *crisis*^[5], depuis Galilée, et qui, en médecine, se montre dans les matières enseignées en première année des études médicales (PCEM1). Celles-ci sont définies par l'arrêté du 18 mars 1992, relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales^[6], qui stipule clairement la prépondérance des disciplines scientifiques, notamment dans son article 12 : « L'enseignement de la première année du premier cycle des études médicales et odontologiques porte obligatoirement sur la physique et la biophysique, la chimie, la biochimie et la biologie moléculaire, la biologie cellulaire ». Même si, à bien des égards, il est hasardeux et réducteur

de catégoriser les étudiants selon leurs aptitudes « scientifiques » ou « littéraires »^[7], on peut tenir comme « argument » de cette sélection par « les sciences » le pourcentage très majoritaire en médecine d'étudiants issus d'un baccalauréat de type scientifique (environ 97 % selon l'étude de Quinton en 1995^[8]), ceux ayant obtenu une mention bien ou très bien réussissant d'ailleurs le mieux (30 à 50 % lorsqu'ils sont primants et 75 à 90 % lorsqu'ils sont redoublants^[8]).

Il reste cependant le module d'enseignement de sciences humaines et sociales, introduit en tant qu'épreuve obligatoire dans le concours de sélection de fin de PCEM1^[1], mais dont la teneur et les modalités sont mal définies dans les arrêtés et qui nous semble être davantage l'alibi d'une nécessité de « supplément d'âme » qu'une véritable formation à la démarche critique, puisque les matières enseignées sont le plus souvent limitées aux disciplines les plus scientifiques et qu'elles sont instrumentalisées, comme les sciences, afin de sélectionner les étudiants, dont les scores obtenus respectivement aux épreuves de sciences expérimentales et de sciences humaines sont d'ailleurs parfaitement corrélés^[8].

Contrairement à une idée reçue, nous ne pensons pas que le mode de sélection par question à choix multiples (QCM) soit responsable des dérives du concours de PCEM1 ; cependant leur utilisation, comme le souligne Quinton dans son analyse documentaire des concours de PCEM1^[8], par des « enseignants qui recourent à des QCM de formulations si sophistiquées qu'on peut les considérer comme abusives sinon perverses » semble problématique.

De plus, bien que l'arrêté rajoute que « l'essentiel est . . . [que les étudiants soient] capables de lire, d'analyser et de faire preuve des capacités de synthèse, bref de développer leur esprit critique, objectif de toute formation universitaire »^[6], nous pensons que ce n'est pas la rigueur d'un énoncé scientifique qui est sanctionnée mais plutôt la capacité à mémoriser un savoir et une pensée, projetés par l'enseignant au cours de l'année de sélection.

Car c'est bien le drame du concours de fin de PCEM1, qui outre qu'il n'utilise qu'un certain langage (celui des sciences, qui, en soi, n'a rien d'illégitime), le subvertit dans une idéologie utilitariste (la réussite du concours), qui persistera tout au long des études (le soin étant alors assimilé à cette réussite originelle).

Le corps humain : de la « viande » (les deuxième et troisième années)

Après réussite au concours de la PCEM1, et une fois obtenue l'autorisation de poursuivre ses études de médecine, on croit que va se produire un infléchissement de l'enseignement vers une idée du soin, tournée non pas vers une maîtrise du monde et de la maladie mais vers une relation dans le monde, avec le malade, où l'on apprendrait non pas à « prescrire des soins » mais à « prendre soin ». Tout au contraire, même si la pratique des dissections est en forte diminution dans la formation des médecins et même si un stage d'initiation aux soins infirmiers est désormais organisé en début de deuxième année des études médicales, le cadavre de dissection était de fait, jusqu'à il y a encore peu de temps, le premier patient de l'étudiant^[9]...

Cela conduit l'étudiant d'une part, à une certaine désensibilisation au monde puisqu'il doit, d'une certaine façon, oublier la vie du corps au profit d'un objet inerte et d'autre part, à voir le réel à travers le filtre du schéma anatomique appris préalablement. Ce n'est plus son ouverture au monde qui compte mais plutôt sa capacité à reconnaître un certain nombre de catégories préenseignées et, en définitive, acceptées par lui-même, non parce que ce savoir découle d'une démarche maîtrisée mais parce qu'il permet – plus ou moins bien – de se situer dans le monde biomédical. La dissection est donc caractéristique, comme le dit Good^[10], de la « reconstruction de la personne sous le regard médical qui l'identifie comme corps, cas, patient ou cadavre ».

Plutôt que de la viande (qui serait la dimension « éthique » de notre enseignement, quoique cela

reste à débattre), c'est la vision cartésienne du corps (la vision scientiste d'un corps mécanique), qui joue donc un rôle prépondérant dans notre conversion de regard. L'étudiant en médecine finit par faire sienne l'affirmation de Descartes^[11] : « je me considérerais, premièrement, comme ayant un visage, des mains, des bras, et toute cette machine composée d'os et de chair, telle qu'elle paraît en un cadavre, laquelle je désignerais par le nom de corps ». Le corps selon l'acronyme de Beckett devient : « desespécé », c'est-à-dire désespéré, dépecé, dépossédé, desespacé, au sens de ce qui a perdu son appartenance à l'espèce humaine.

Et Sartre^[12] d'insister : « le problème du corps et de ses rapports avec la conscience est souvent obscurci par le fait qu'on pose de prime abord le corps comme une certaine chose ayant ses lois propres et qui soit susceptible d'être définie du dehors (...). Sans doute me dira-t-on que les médecins qui m'ont soigné ont pu faire l'expérience directe de ce corps que je ne connais pas par moi-même (...). Mais partir des expériences que les médecins ont pu faire sur mon corps, c'est partir de mon corps au milieu du monde et tel qu'il est pour autrui. Mon corps tel qu'il est pour moi ne m'apparaît pas au milieu du monde. »

Or c'est pourtant bien avec le corps vivant, ce corps qui « n'est pas où il est, n'est pas ce qu'il est », ce corps phénoménal (« la chair » de Merleau-Ponty dans ses derniers travaux), qu'aura à faire le futur médecin ; et Canguilhem^[13] nous le dit clairement : « la clinique met en rapport avec les individus complets et concrets et non avec des organes ou leurs fonctions ».

L'apprentissage de l'étudiant en médecine reste aveugle à cette dimension, tout obnubilé qu'il est à essayer de voir dans le réel le monde qu'on lui dit de reconnaître, afin d'y développer une maîtrise technique, qu'il va alors être « convié » à pratiquer. La perte, mais qui est également un gain que l'étudiant doit alors comprendre à ce stade, réside dans le fait que s'il n'est pas scientifique dans son rapport au monde, il utilise cependant les énoncés de la science afin de s'y positionner en tant que maître,

tout l'enseignement étant en définitive influencé par la vision déterministe laplacienne des sciences, oubliant le paradigme de la complexité.

Le malade : un cas clinique (la préparation de l'internat)

Les prochains patients du jeune étudiant seront donc en papier. Certes, il y a bien les « vrais patients », rencontrés à l'hôpital pendant les stages successifs d'externat mais, tout tendu qu'il est à préparer sa réussite individuelle aux épreuves classantes nationales – qui ont remplacé le concours de l'internat –, qui conditionne son avenir professionnel, le futur médecin tend à s'en éloigner au profit de ces « cas cliniques » à propos desquels il sera interrogé quelques mois plus tard^[14]. Ces cas cliniques ne seront pas étudiés selon une approche « idiographique », c'est-à-dire dans le cadre d'une investigation du cas singulier pour en dégager la valeur typique, mais par une méthode « monothétique », généralisante, où l'investigation consistera à rechercher, à partir d'un certain nombre de critères, la catégorie objective générale dans laquelle il peut rentrer (catégorie enseignée à l'étudiant préalablement). Il devra donc apprendre à manipuler le savoir préalablement acquis.

Mais ce savoir apparaît problématique aux yeux de l'étudiant en médecine qui se verra initialement dans l'incapacité de faire comme « le membre interne de ce groupe (...) qui emploie sur le champ la recette toute prête pour régler ses problèmes. À chaque fois son action porte les marques de l'habitude, de l'automatisme et de la semi-conscience. Ceci est rendu possible par le fait que grâce à ses recettes, le modèle culturel procure aux acteurs typiques des solutions typiques pour des problèmes typiques. [...] ; cette espèce de recette, pour marcher, suppose que chaque partenaire attende que l'autre agisse ou réagisse de manière typique, à condition que l'acteur lui-même agisse de manière typique »^[2].

Le problème de l'étudiant en médecine est donc celui de l'étranger de Schütz, incapable d'agir de façon typique avec une « simple confiance » et qui doit « tout d'abord définir la situation ». Le « cas clinique » peut parfois même prendre les allures d'un problème de pataphysique, puisqu'il s'agirait de trouver des solutions imaginaires à un problème qui n'existerait pas ou en tout cas auquel on n'a pas été préparé. À la limite, le « cas clinique » pourrait apparaître comme « un complot » au sens de Baudrillard^[15], puisque rien ne prouve qu'il y ait une quelconque raison d'identifier la situation dans la forme qu'il faut qu'elle se donne, sauf en vertu d'un accord tacite et général.

Cet accord, l'étudiant se l'appropriera par mimétisme car, à ce moment, il devient externe et s'immerge dans le monde médical réel. Mais ce qui comptera ne sera pas sa capacité de rencontre d'autrui-malade, mais sa capacité à reconnaître dans le malade ce que ses aînés y reconnaissent et à pratiquer le raisonnement auquel il s'exerce sur le papier. Ce dernier, qui ne lui sera jamais présenté clairement, se résume ainsi : l'établissement du diagnostic à partir des données sémiologiques permet une explication *a posteriori* unificatrice des symptômes recueillis, dans le cadre de la physiopathologie de l'entité diagnostique. Cette méthode est dédiée à la construction d'une maladie selon les critères et les catégories de la seule nosographie médicale, au détriment de la maladie vécue, ce qui rend incapable de comprendre quoi que ce soit de l'expérience subjective du patient, l'image que le médecin se fait du réel étant à ses propres fins. Dans le regard du médecin, le patient finit par souffrir en concept et non en chair et en os ; le corps devient neutre ou plutôt il devient le simple support de l'idée que le médecin se fait de la maladie.

L'étudiant qui, comme le dit Foucault^[16], prend conscience que « le monde est pour eux (les médecins) l'analogon du langage » est désabusé, puisqu'il sait que, malgré tout, la finalité de cette démarche est la prise en charge du malade. Il reste amer devant cette drôle d'idée qu'il doit perdre de vue le patient souffrant derrière la maladie que le regard

biomédical aura identifiée... La relation médecin-patient se résume alors à ceci : le médecin se présente au patient et lui montre qu'il va s'intéresser à sa plainte au travers d'un raisonnement médical ; le patient accepte car il suppose que la médecine donnera une solution à ses soucis ; or le médecin ne s'intéresse pas au problème en tant que tel, mais uniquement à la résolution médicale de ce problème (qui devient un cas) ; le patient reste en définitive très seul face à sa maladie, l'ironie étant que le médecin reste également bien seul face à son savoir car, à aucun moment, il ne prend de distance par rapport à celui-ci. En clair, ce qu'on entend chez nos aînés est « qu'à trop se poser de questions, on perd la faculté d'agir »^[17].

L'étudiant en médecine finit ainsi, selon nous, par être un « orphelin de la science ». Celle-ci lui est présentée comme le soubassement de son savoir mais sans qu'il puisse en connaître la constitution (le médecin n'est pas un chercheur et sa formation n'est pas celle du scientifique) ; il tâchera de retourner à elle chaque fois qu'il sera perdu, n'ayant d'autre attache *a priori*, mais sans jamais trouver dans la méthode expérimentale une solution complète à ses questionnements. En effet la science ne permet pas de déduire un raisonnement clinique complet et cohérent et nous retrouvons ici les théorèmes d'incomplétude de Gödel.

Le savoir est présenté à l'étudiant méthodiquement, suivant le deuxième précepte du Discours de la méthode^[11] – « [...] diviser chacune des difficultés que j'examinerais, en autant de parcelles qu'il se pourrait et qu'il serait requis pour les mieux résoudre » – par emboîtement de type poupée russe depuis la physique, la chimie, la biochimie, la biologie moléculaire, la biologie cellulaire, l'histologie, l'anatomie, la physiologie, la physiopathologie et la pharmacologie. Nous dirons qu'il s'agit d'un savoir de type « descendant », permettant dans un regard scientifique « positiviste » une compréhension physiopathologique des maladies^[18].

Mais face au cas clinique, le raisonnement clinique permettant de diagnostiquer, pronostiquer et traiter les maladies, nécessite un savoir de type

« ascendant » fondé sur la sémiologie, la nosologie et la thérapeutique, qui n'est pas le simple chemin inverse et logique du savoir « descendant » comme nous le rappelle Lantéri-Laure : « aucune pratique, sémiologique, clinique, thérapeutique, ne saurait se déduire *more geometrico* de la théorie »^[19]. C'est alors qu'intervient le concept de « sens clinique », notion vague et jamais définie, qui serait l'appropriation pratique du modèle biomédical, c'est-à-dire la possibilité de détacher le concept médical de son *substratum* physiologique (descendant) pour l'autonomiser au profit d'un *substratum* proprement clinique (ascendant), possédant son propre système de liens logiques (plus ou moins rapidement manipulable en fonction de la « quantité » de sens clinique). La sémiologie est la porte d'entrée dans ce que nous appellerons « la rhizosphère » du raisonnement biomédical, dont l'agencement est réglé par la nosologie.

Le nœud gordien pour l'étudiant en médecine est que la compréhension de chaque pièce de la rhizosphère et de leurs agencements dépend de toutes les autres (par exemple la compréhension du champ de la cardiologie ne peut venir qu'après celle de la néphrologie, mais l'inverse est également vrai) et qu'il ne sait pas comment commencer. Le système semble alors accoucher de lui-même, puisque le diagnostic n'est qu'une des pièces de la rhizosphère biomédicale.

En fait, la porte de sortie est la thérapeutique qui renoue le *substratum* médical avec le *substratum* physiologique. Celle-ci pourrait donc être la validité expérimentale et la légitimation de la rhizosphère biomédicale. Il n'en est cependant rien, puisque « l'expérience thérapeutique » modifie le savoir physiopathologique qui est redéfini continuellement en fonction des possibilités thérapeutiques et n'est possible qu'en fonction de prémisses pour la plupart incluses dans le modèle biomédical. L'activité du praticien oriente l'agencement de la rhizosphère biomédicale, qui se développe alors sans lui mais grâce à lui, l'explication scientifique ne venant qu'*a posteriori* renforcer ou affaiblir les agencements.

La seule ouverture offerte : le modèle biopsychosocial, et l'*Evidence Based Medicine (EBM)*

L'espoir subsiste malgré tout chez l'étudiant confronté à ses interrogations. Il est entretenu par deux modèles qui, cependant, se révéleront être décevants ; il s'agit du modèle biopsychosocial et de l'*EBM*.

Le modèle biopsychosocial

Le modèle biopsychosocial a été développé par George Engel dans un article de *Science* en 1977 intitulé « *The need for a new medical model* »^[20], afin de faire un contre-feu au modèle biomédical (que nous avons abordé ci-dessus et qui infiltre en profondeur le cursus médical).

Ce cadre conceptuel proposait de considérer que, dans une approche systémique, les dimensions respectivement biologique, psychologique et sociale s'articulaient les unes aux autres et il invitait à réfléchir à la fois au soin du patient et au traitement de sa maladie en tenant compte des effets stabilisants ou déstabilisants que ces différents niveaux d'organisation exercent les uns sur les autres. De manière incontestable, ce modèle intègre une dimension phénoménologique puisque la maladie est considérée comme celle d'un corps habité, situé à l'intersection douloureuse de ces trois dimensions existentielles. Cette dimension s'efface cependant souvent lorsqu'il s'agit de transposer ce modèle en objet d'enseignement et qu'alors, une conception strictement cumulative du modèle et de ses composantes se substitue à sa dimension dynamique et systémique.

« Être malade » continuera donc à se réduire à « avoir une maladie », même s'il l'on est convié à tenir compte de la psychologie et de l'environnement du malade dans une perspective déontologique mais surtout opératoire, avec la visée de l'efficacité, en particulier dans l'éducation thérapeutique et la prise en charge du handicap.

En fait les dimensions psychologique et sociale du contexte sont une fois de plus conceptualisées par

le regard médical qui s'efforce subtilement de « dépsychologiser » ou plutôt déssubjectiver l'expérience vécue par le patient de son problème de santé, en la décontextualisant du monde environnant et en la réduisant à des caractéristiques naturalisées du « cas clinique », au même titre que les autres traits issus de l'analyse sémiologique.

Le médecin continue donc dans sa démarche sans que rien ne soit changé, il n'atteint que l'image qu'il se fait du malade et pas le patient lui-même et persiste à voir dans l'homme qu'il objective un organisme psycho-physique, mû par des lois causales et diffractées, comme le dit Tatossian^[21], constitué de plusieurs régions articulables les unes aux autres, sans qu'à aucun moment une vision globalisante apparaisse, permettant d'accueillir autrui malade, dans une implication mutuelle, dans un « être-avec-autrui », plutôt que se limitant à le saisir dans une application d'un système théorique pré-établi à des fins pratiques^[22].

L'*Evidence-based Medicine (EBM)*

Le terme d'*Evidence-based Medicine* a été défini au cours des années 80 à l'école de médecine de l'Université McMaster à Hamilton, en Ontario (Canada) et il a été formulé en tant que tel dans un article du *JAMA* en 1992^[23]. Traduit par « médecine fondée sur des niveaux de preuve », il se définit par « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans les décisions concernant les soins individuels aux patients. La décision médicale résulte d'une synthèse complexe entre les préférences du patient objectivement informé, les données actuelles de la science et la situation clinique observée ».

L'*EBM* considère implicitement que toute pratique de soins passe par l'intermédiaire d'un outil technique (en simplifiant : le médicament ou l'acte chirurgical) ou au moins d'une intervention explicite du soignant sur le soigné, qu'elle tente d'évaluer. Mais, en se centrant sur l'outil diagnostique ou thérapeutique, la relation du soigné au soignant passe d'une relation de confiance dans la relation de soins

à une relation de contrat, fondée sur une conviction – voire une certitude – de la valeur de l’outil de soins. Il se produit donc une perte de sens du soin puisque celui-ci se construit alors sur quelque chose d’extra-relationnel.

Nous reconnaissons cependant que l’*EBM* a un peu complexifié les données de la relation médecin-malade, puisqu’elle postule que l’efficacité du médicament utilisé, par exemple, a été prouvée et que la relation de conviction à l’égard de la valeur du médicament peut se transférer, par l’intermédiaire du médecin, en une relation de confiance du patient à l’égard de la personne ayant évalué ce médicament. Le sens existe donc, mais irrémédiablement médié, le médecin praticien devenant un « passeur de confiance » à l’égard des médecins opérateurs de la recherche clinique. Le soin prend alors son sens dans la confiance que l’on a en son efficacité.

Le problème porte alors sur les critères d’efficacité de prise en charge, qui sont en définitive définis par le médecin lui-même qui s’auto-enorgueillit de sa puissance, oubliant la perception que le patient a alors de sa prise en charge. Même si le patient a confiance en son thérapeute, en ayant confiance en sa capacité de connaître l’efficacité des médicaments, il doit finir par retourner à une croyance, puisque cette efficacité est déterminée par le monde médical lui-même en fonction de son regard sur la maladie, l’efficacité devenant l’alibi d’une confiance dupée. Même si l’*EBM* s’efforce de tenir compte des préférences du patient informé, le risque persiste que ce ne soit, finalement, que pour mieux appliquer le pouvoir-savoir médical et rendre le malade encore plus « adapté » aux cadres de notre regard biomédical.

Dans l’approche suggérée tant par le modèle biopsychosocial que par celui de l’*EBM*, la relation thérapeutique se limite en fait à deux concepts liés, qui comme le sens clinique, restent latents et un peu magiques : l’effet prise en charge (dans le cas de la rencontre) et l’effet placebo (dans le cas de la prise de traitement). Dès lors, chaque fois que l’étudiant a l’impression de toucher ce qui pourrait être vraiment sa pratique, celle-ci est immédiatement recouverte

par des concepts jamais vraiment approfondis et pervertis dans une vision utilitariste (paradoxalement non pragmatique) de l’action médicale.

Finalement l’étudiant en médecine reste frustré ; il lui semble que peu de domaines, comme la médecine, se situent à une telle interface entre « savoir », « agir » et « éthique » mais il se désespère qu’elle lui soit enseignée de manière aussi réductrice.

Conclusion

Il nous semble que le risque des études médicales est de convertir le regard de l’étudiant, en le conduisant à évoluer d’une vision humanitaire, emplie de « morale du ressentiment », de bon sentiment psychologisant, qui existe chez beaucoup d’étudiants lors de leur entrée en médecine, vers un détachement neutre, dont une certaine forme de cynisme n’est pas toujours exclue, face à un malade, identifié uniquement comme un corps passif à soigner, avec lequel un rapport de domination s’établit alors, devenant fantasmatiquement une relation bourreau-victime et qui conduit à faire dire à Groddeck^[24] que la caractéristique essentielle du médecin est « une propension à la cruauté refoulée jusqu’à devenir utile et dont le censeur est la peur de faire souffrir ».

À cause de leur ancrage épistémologique fondamentalement inscrit dans le paradigme positiviste^[18], les études médicales se condamnent quasiment *a priori* à échouer dans leur mission d’aider l’étudiant à faire le saut complexe de ses prémices humanitaires vers une bienveillance humaniste, en prenant conscience que l’objet de la médecine est fondamentalement la personne^[22] et que la médecine n’est pas une science mais une pratique soignante qui s’appuie sur des savoirs scientifiques et, parfois, sur de la technique^[25] ; elles abandonnent l’étudiant à la certitude que son « être-médecin » est plus lié à sa capacité à faire référence à une science – qui a autorité – qu’à lui-même en tant qu’homme. C’est ce que Weber^[26] appelle la routinisation du charisme, le don de grâce étant transféré de l’homme à son activité. C’est ce que Oury^[27] signifie également quand il nous avertit que « pour pouvoir travailler dans un

hôpital (...) il faut faire chaque matin l'exercice, un peu diacritique, de bien distinguer « statut, rôle, fonction » », soit en le paraphrasant : un médecin qui « se prend » pour un médecin est un fou, « il s'identifie à un statut, il devient un fétiche ».

Pourtant, ce qui caractérise la relation médecin-patient, comme le dit Binswanger^[28], c'est « deux hommes [qui] se font vis-à-vis, deux hommes [qui] sont d'une façon ou d'une autre, assignés l'un à l'autre ». Cette assignation se fera cependant entre deux pôles, d'une part celui du savoir médical biopsychosocial et de la pratique réglée sur ce savoir, d'autre part celui de la coprésence existentielle. Si cette deuxième dimension est par nature expérientielle^[22], ce qui pose de nombreuses questions quant à la possibilité d'en faire un objet d'enseignement et d'apprentissage au sein de l'université, nous pensons qu'il est indispensable d'y réfléchir ensemble au sein de l'université et de la société, afin de rendre plus démocratique la conversion des regards des futurs médecins.

Contributions

Ce travail a été rédigé dans le cadre de la participation de l'auteur au réseau philosophie et neuroscience, au sein de l'Institut de Neurosciences Cognitives de la Méditerranée (INCM), unité mixte de recherche (UMR) créée par le CNRS et l'Université de la Méditerranée coordonnée par Jean Vion-Dury, et a fait l'objet d'un mémoire pour l'obtention d'un Diplôme universitaire de psychiatrie, sous la direction du Pr. Jean Naudin.

Remerciements

Nous remercions Jean Naudin et Jean Vion-Dury pour leurs relectures du manuscrit et leurs discussions épistémologiques et phénoménologiques toujours enrichissantes, Grégoire Billon et Vincent Milhau pour leurs relectures et l'aide à la traduction en anglais, Clélia Quiles, « co-externe », sans qui ces réflexions n'auraient pu aboutir.

Références

1. Segouin C, Jouquan J, Hodges B, Bréchat P-H, David S, Maillard D, Schlemmer B, Bertrand D. Country report: medical education in France. *Medical Education* 2007; 41:295-301.
2. Schütz A. *Le chercheur et le quotidien*. Paris : Klincksieck, 1987.
3. Husserl E. *L'idée de la phénoménologie*. Paris : Presses Universitaires de France, 1970.
4. Freud S. *L'Inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris : Gallimard, 1985.
5. Husserl E. *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*. Paris : Gallimard, 1976.
6. Arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales. [On-line] Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>.
7. Segouin C, David S, Le Divenah A, Bréchat P-H, Hodges B, Lunel A, Maillard D, Bertrand D. Des médecins scientifiques ou littéraires ? Une perspective historique française. *Pédagogie Médicale* 2007;8:135-44
8. Quinton A. Pertinence de l'enseignement du PCEM1 au travers de l'analyse docimologique des épreuves de sélection, Université Bordeaux 2, Centre de Recherches Appliquées en Méthodes éducatives (CRAME), 1995. [On-line] Disponible sur : <http://www.crame.u-bordeaux2.fr/documentation/index.html>.
9. Bonah C. Voir, savoir et devenir médecin. *Pédagogie Médicale* 2008;9:197-200.
10. Good B. Comment faire de l'anthropologie médicale. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo, 1998.
11. Descartes R. *Discours de la méthode*. Paris Garnier-Flammarion, 1966.
12. Sartre J-P. *L'être et le néant*. Paris : Gallimard, 1943.
13. Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris : Presse Universitaire de France, 1966.
14. Jouquan J, Honnorat C. Que reste-t-il comme vertus aux épreuves classantes nationales ? *Pédagogie Médicale* 2006;7:197-200.
15. Baudrillard J. *Simulacres et simulation*. Paris : Éditions Galilée, 1985.
16. Foucault M. *Naissance de la clinique*. Paris : Presse Universitaire de France, 1963.
17. Tammam D. *La douleur : de la phénoménologie à la clinique* Marseille : Solal, 2008.
18. Jouquan J. L'évaluation des pratiques confrontée à l'exigence de la preuve scientifique en médecine clinique. *MT, Médecine Thérapeutique* 2003;3:93-100.

19. Lantéri-Laura G. Principales théories dans la psychiatrie contemporaine. *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37-006-A-10. Paris : Elsevier, 2004.
 20. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
 21. Tatossian A. *Phénoménologie des psychoses*. 2^e ed. Puteaux : Le Cercle Herméneutique, 2002.
 22. Folscheid D, Wunenburger JJ. L'objet de la médecine. In: D Folscheid, B Feuillet-Le Mintier, J-F Mattéi, eds. *Philosophie, éthique et droit de la médecine*. Paris : Presses Universitaires de France 1997:132-138.
 23. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-5.
 24. Groddeck G. *Le livre du ça*. Paris : Gallimard, 1976.
 25. Folscheid D, Wunenburger JJ. La finalité de l'action médicale. In: D Folscheid, B Feuillet-Le Mintier, J-F Mattéi, eds. *Philosophie, éthique et droit de la médecine*. Paris : Presses Universitaires de France 1997:132-138.
 26. Weber M. *Économie et société*. Paris : Plon, 1971.
 27. Oury J. Chemins vers la clinique. *L'évolution Psychiatrique* 2007;72:3-14.
 28. Binswanger L. *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris : Éditions de Minuit, 1971.
-
- Correspondance et offprints : Jean-Arthur Micoulaud-Franchi. Service de psychiatrie, Hôpital Sainte Marguerite, Pavillon Solaris, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, 270 Bd Sainte Marguerite, 13274 Marseille Cedex 9, France.
Mailto : jarthur.micoulaud@gmail.com