

Préface

Ph. Bagros

Nos élèves, dès le début de leur pratique en clientèle, nous disaient que l'enseignement universitaire les préparait mal à leur métier. Ils nous disaient (ils le disent encore) que la médecine praticienne n'était pas la même qu'au CHU.

C'est ainsi que l'enseignement de Sciences humaines en Médecine a commencé.

Une anecdote ouvre le problème.

À la visite, j'ai demandé à l'externe : « *pourquoi ce monsieur est-il hospitalisé ?* » 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. Je n'ai rien pu y changer. Bien sûr aucun médecin enseignant ne néglige cette demande... et pourtant les étudiants vont droit à la maladie. Ils ont cette déformation : **au CHU on s'occupe de maladies ; hors du CHU on s'occupe de personnes qui ne se sentent pas bien** et qui pensent que le médecin va trouver pourquoi.

La maladie citée dans l'anecdote est très rarement rencontrée en médecine de clientèle, sûrement pas à enseigner à des médecins de clientèle, mais pourtant enseignée aux jeunes étudiants. Dire si c'est un tort fait l'objet d'un débat qu'on ne tranche pas facilement.

C'était dans les années 1960 et 1970. Parlons de Tours. La science évoluant très vite, il est apparu parmi les médecins de clientèle, souvent très isolés, une forte demande de formation continue. Dans le même temps certains jeunes professeurs de médecine avaient parfait leur formation aux USA. Ils en étaient revenus à la fois plus aptes à la recherche (c'était le but du voyage) et sensibilisés à une autre dimension de la médecine et de la pédagogie.

À cette époque, en France, les médecins des CHU étaient devenus « plein temps », c'est-à-dire qu'ils n'avaient plus d'exercice en clientèle. Tout leur travail se situait à l'hôpital. Ils n'allaient plus au domicile de leurs patients, contrairement aux médecins généralistes qui faisaient alors beaucoup de visites. Les CHU sont devenus ce qu'ils sont maintenant : de hauts lieux de la biomédecine, un monde à part, dominé par l'esprit scientifique et l'utilisation d'un plateau technique très sophistiqué. C'était nécessaire, mais cela a séparé plus profondément les hôpitaux universitaires de la pratique du métier en ville ou à la campagne.

L'enseignement post-universitaire ayant rapproché les médecins généralistes et ceux du CHU, ils ont travaillé ensemble à répondre à ces situations nouvelles. Il y a eu une effervescence créatrice. C'est dans cet esprit qu'a commencé à se développer à Tours la conception d'un nouvel enseignement des jeunes étudiants, celui dont ce manuel est porteur.

À Tours, c'est en 1985 que se situe le tout début de ce nouvel enseignement. Le doyen André Gouazé m'a demandé d'entreprendre un enseignement humaniste. Il m'a dit « *dans cette faculté, nous enseignons tout, dans les moindres détails, sur l'homme biologique, l'homme anatomique, ses maladies, mais rien sur l'Homme; je vous en charge.* » J'étais convaincu de la validité de ce projet, mais j'étais néphrologue, nous commencions la transplantation rénale, et je n'étais pas du tout sûr d'avoir l'étoffe pour enseigner l'Homme.

J'ai quand même accepté mais j'ai posé une condition avant de m'engager : il fallait que cet enseignement prenne place en première année, l'année du concours tant redouté. Je pensais en effet qu'on ne pouvait pas dire à des étudiants « l'Homme, la relation, c'est fondamental en médecine, mais on abordera cela plus tard ». Plus tard, il n'aurait pas eu, à mon sens, plus d'impact que le cours de musique au lycée. Mais faire entrer dans le concours, avec des centaines d'étudiants, une matière supplémentaire, aussi difficile à évaluer avec précision, cela paraissait relever d'un optimisme naïf. C'était évidemment une utopie (un mot pas forcément péjoratif). Le conseil unanime était « attendez qu'ils aient mûri ».

Le doyen Gouazé m'a quand même fait confiance. Je l'en admire. Il m'a donné les moyens, mais assez rapidement il m'a demandé de contacter Bertrand de Toffol, professeur de neurologie, et ancien étudiant en philosophie. Nos qualités se complétaient parfaitement. Nous avons tout fait ensemble.

Tout a commencé en invitant des conférenciers. Je ne me sentais pas la légitimité pour faire cours moi-même. Ainsi sont venus dans nos amphis Boris Cyrulnick; Albert Jacquard, Danielle Gourevitch; David Le Breton; Bertrand Vergely. Il s'agissait de conférences d'intérêt général, manifestement pas évaluables au concours. Pourtant les étudiants remplissaient l'amphi. Ils ne chahutaient pas; ils étaient demandeurs. Les conférenciers acceptaient très volontiers et nous encourageaient.

Il a fallu structurer cet enseignement. Nous sommes partis de l'idée que l'Homme était l'objet d'étude de la philosophie et des sciences humaines. Parmi ces sciences de l'Homme, la psychologie n'était pas la seule à concerner la médecine. On oublie, en ne fréquentant que des patients hospitalisés, qu'ils vivent dans un environnement social et culturel, et économique. Influencés par David Le Breton, nous avons donné une large place à l'anthropologie. Nous avons ouvert la faculté de médecine sur l'ensemble de l'université, et l'enseignement humaniste a été nommé « Sciences Humaines en Médecine ». De jeunes enseignants de ces disciplines ont commencé à contribuer à cet enseignement.

Le doyen André Gouazé avait une grande influence nationale en tant que président de la conférence des doyens. En 1992 cet enseignement des « sciences humaines en médecine » est devenu obligatoire dans toutes les facultés de médecine françaises, en PCEM1, avec 60 heures d'enseignement et un fort coefficient au concours d'entrée en médecine. Il était déjà bien installé à Tours.

L'évaluation posait beaucoup de problèmes. Nous nous refusions à faire une évaluation en QCM. Si nous avions procédé ainsi, il se serait constitué une banque de questions, probablement pas très nombreuses et assez artificielles. Les étudiants

auraient travaillé sur les annales en apprenant les réponses. Nous voulions plus que des connaissances mémorisées. Il fallait aussi voir comment elles étaient comprises et utilisées. Nous avons même autorisé les étudiants à apporter tous documents sur les tables du concours, et cela paraissait satisfaisant, mais beaucoup d'enseignants et de parents ont protesté : nous n'avons pas récidivé.

En revanche tout le monde était d'accord pour accorder de l'importance à l'évaluation des qualités rédactionnelles. On entendait partout « *nos étudiants sont incapables de rédiger correctement* », ce qui n'était pas vrai. Une grande souplesse restait possible. L'idée était de proposer un texte littéraire et de poser des questions auxquelles il fallait répondre en analysant le texte à l'aide des concepts enseignés. Nous avons même une fois remplacé le texte par des reproductions en couleurs de deux tableaux de Maître qui représentaient des scènes de dissection anatomique. Les questions portaient sur les représentations du corps.

Les prévisions raisonnables étaient que la correction de 600 copies rédactionnelles de deux pages serait trop lourde pour qu'on trouve durablement des correcteurs, et trop imprécise pour ne pas entraîner une protestation massive des étudiants, de leurs parents et des responsables de la faculté. Le fort coefficient rendait le problème particulièrement sensible. La correction était effectivement très lourde. Nous avons adopté la règle d'une double correction. Chaque copie était donc lue et notée indépendamment par deux correcteurs qui avaient établi ensemble les critères de correction mais chacun ignorait la note de l'autre. Des discordances importantes apparaissaient dans un tiers des copies. Ceci a donné lieu chaque année à une correction supplémentaire de chaque copie litigieuse, à deux, en confrontant les annotations critère par critère.

Les correcteurs n'ont pas manqué.

Il n'y a pas eu de contestations graves. Les étudiants avaient l'occasion de se manifester dans le cadre de la commission des examens, où ils avaient une place importante. Leurs critiques ont très peu porté sur l'épreuve de sciences humaines, alors que la routine du fonctionnement de la commission était alimentée par la discussion des questions posées, généralement en QCM, dans les épreuves traditionnelles. Les cours de sciences humaines ont été chahutés comme les autres, mais sans hostilité et de façon gérable.

Avec le temps, les modalités d'enseignement ont évolué. Un docteur en philosophie, Maël Lemoine a obtenu un poste de titulaire à plein-temps en médecine. Il s'est joint à Bertrand de Toffol et moi-même. Le département de médecine générale de la faculté a contribué à l'enseignement intitulé « sciences humaines » mais dont le contenu était plus ouvert. Des personnalités extérieures, non universitaires, ont fait cours dans le grand amphithéâtre. Ainsi un médecin du CASOUS (Centre d'Accueil de Santé et d'Orientation pour l'Urgence Sociale) a fait cours sur les singularités de l'exercice médical auprès des personnes sans domicile ; une sage-femme libérale faisait régulièrement un cours sur « la femme en médecine ». L'amphithéâtre était toujours plein. Nous avons été très libres.

Les doyens Rolland et Perrotin, qui ont succédé au doyen Gouazé ont soutenu cet enseignement avec régularité.

Le nombre d'inscrits en première année de médecine a beaucoup augmenté, bien davantage maintenant avec le PACES ou L1 santé, et les modalités d'évaluation ont dû évoluer. L'enseignement s'est enrichi de cours faits par les professeurs de pharmacie. Heureusement l'enseignement « sciences humaines en médecine » ne

s'arrête pas avec le concours. Il se poursuit aussitôt après avec le stage infirmier, et avec des cours en L3. Il commence à s'installer dans les stages hospitaliers, et c'est certainement le plus important. Mais le lecteur de ce manuel est en première année.

Des ouvrages publiés aux éditions Ellipses servent cet enseignement. D'abord *l'Introduction aux sciences humaines en médecine* et *l'ABCDAire des sciences humaines en médecine*; maintenant le *Manuel des sciences humaines en médecine*, de façon à s'adapter au PACES. L'ABCDAire, de conception très différente, est destiné à apporter aux questions que peuvent se poser les étudiants, des réponses en deux pages accompagnées d'exemples concrets

Fallait-il attendre que les étudiants aient acquis une expérience du soin ?

Notre impression est que l'enseignement des premières années laisse des traces définitives en termes de formation, et que ces traces ne sont pas bonnes pour ce qui concerne l'exercice professionnel hors des CHU. On peut même dire que c'est plutôt une déformation.

Chaque étudiant (par groupes de 5) a un entretien avec un médecin aussitôt après le stage infirmier. Ce stage se situe juste après le concours. C'est le premier contact avec l'hôpital. On peut constater à cette occasion qu'il y a beaucoup de richesses. Au point que *nous ne nous sommes plus demandé comment enseigner l'humain, mais plutôt comment ne pas le faire dépérir au cours des études*. Pour cela, la manière dont on commence est primordiale. En outre la très bonne acceptation de cet enseignement par les étudiants dans l'année du concours est la preuve d'une forte motivation, dont il faut profiter. À ce stade ils sont encore « du côté des patients » avant d'être imprégnés du discours médical.

L'enseignement en faculté ne se borne pas à transmettre des connaissances. Pourtant tout le monde en paraît convaincu. Ce n'est pas anodin d'enseigner le corps. Sans que les enseignants en soient nécessairement conscients, ils sont les vecteurs d'une vision du corps, de la vie, de la souffrance, particulière aux professions de santé, et éloignée de celle de la population bien qu'elle l'influence. Cette transformation de la manière d'être, particulièrement pour les médecins, est à la fois inévitable et nécessaire. Mais au lieu de séparer de la population, elle devrait favoriser la relation. Comment éviter les malentendus si guérir n'a pas le même sens pour le soignant et pour le soigné ? Comment s'entendre sur l'efficacité ?

Les coupes anatomiques, dans leurs bocal, font en exposant les endroits les plus cachés du corps (de la tranche du sexe à celle du cerveau, avec en bordure une pilosité roussie par le formol) une promesse; celle de connaître aussi les cellules, les chromosomes, tout le patrimoine génétique, le système immunitaire. Une promesse de toute puissance. Voyez le film « Bienvenue à Gattaca ». Les travaux dirigés de dissection changent le regard sur le corps. Ils sont initiatiques c'est-à-dire qu'ils provoquent un changement ontologique (un changement dans ce que l'on est). Ils remédient à l'horreur du cadavre par le bel ordre anatomique qu'expriment les planches colorées des livres.

À l'hôpital la souffrance des patients devient bien plus tolérable quand elle devient signe de maladies. Ainsi tout rentre dès le début des études dans un ordre médical rassurant. Tout ceci est nécessaire et bon à condition que les changements induits ne se fassent pas à l'insu des enseignants comme des étudiants, et qu'ils soient accompagnés par une ouverture humaniste.

Ainsi il est faux de dire « *la fac se charge des connaissances, chaque étudiant se forme dans sa vie privée* ». La médecine est trop puissante pour ne pas apporter sa marque dans les relations avec la société. Les stages au CHU n'arrangent pas la déformation inhérente à l'enseignement théorique. Au contraire, enclous dans la citadelle médicale, ils renforcent le discours médical.

Qu'est-ce que le discours médical ?

Ce mot est utilisé ici dans un sens particulier qu'un exemple fait bien comprendre :

Vous avez 18 ans et vous arrivez en retard pour le dîner familial. Le père dit « la soupe est froide ». Rien de plus. Et la mère regarde son assiette. Il se peut que vous pensiez « encore un discours ! Toujours le même discours ! ». Car parler de la soupe c'est dire bien plus... « Le mal que nous nous donnons pour toi ; ta mère... ; des études si longues, et tu redoubles... tu n'as aucun respect ». C'est le discours des parents... Un discours de maîtrise !

Il existe un discours de la bourgeoisie, un discours de la gauche, un discours de l'Église. Et il y a un discours de la médecine, qui propage par de multiples vecteurs une conception particulière du corps et des comportements à son égard. Tout concourt au discours : l'enseignement par sa forme, son contenu, son évaluation, la vie hospitalière par l'attitude des soignants et des médecins, les blouses, l'alitement des patients, le ton sur lequel on leur parle, leur faiblesse. Même ce qui est passé sous silence y participe. Et comme tout discours, il va dans le sens d'une maîtrise.

La maladie crée une situation qui permet le contrôle des corps. Le danger survient à partir du moment où à travers l'action sur les corps s'installe une maîtrise des personnes. Les patients le ressentent plus ou moins consciemment, et résistent de manière souvent détournée, par exemple en ne prenant pas les médicaments.

Lors de mes premières fonctions d'interne le patron m'a fait faire le tour de la fausse cour qui entourait le service, sous les fenêtres. On y voyait comme des confettis de couleur sur le sol. Il me disait « ces taches rouges ce sont les comprimés que j'ai prescrit au 18 (les hospitalisés étaient connus par leur n° et le nom de leur maladie) ; les bleus c'est le 21 ». Ensuite il m'a emmené à la salle d'autopsie, juste sous le service, au sous-sol. On faisait beaucoup d'autopsies, nécessaires à la médecine anatomo-clinique avant le développement de l'imagerie. Il nommait ce local malodorant « le rendez-vous des thérapeutes » pour souligner la vanité des diagnostics, souvent démentis, et des traitements. Il était commun à plusieurs services. Les médecins en s'y rencontrant auraient dû développer l'humilité ; ils y développaient plutôt le cynisme, qui avec un sentiment de toute-puissance, visible sur les visages, les protégeait un peu contre la mort. Ensuite nous avons fait ma première visite. Pour moi c'était initiatique. Je n'oublierai jamais. C'était un abord un peu particulier, mais il luttait contre la pensée unique et ne pouvait certes pas être accusé de scientisme.

À l'hôpital universitaire, le discours médical tient toute la place. Ainsi on le reçoit sans s'en rendre compte et il façonne à coup sûr les personnalités, particulièrement celle des jeunes. Il s'imprime dans leur identité, à leur insu. C'est une pensée unique qui s'installe, pas mauvaise en soi, mais dangereuse parce qu'elle est inconsciente et sans contrepartie. C'est de la pensée unique que naît la « déformation » mentionnée plus haut. D'une certaine manière cet enseignement devrait remplir dans l'univers clos des CHU les fonctions du *Canard enchaîné*.

En quoi la médecine de clientèle est-elle si différente de ce qu'on apprend dans les études ?

Ceci a donné lieu à de nombreux débats. **La science domine l'enseignement.** C'est bien, mais les étudiants s'attendent à ce qu'il en soit de même dans leur exercice professionnel. L'« *Evidence Based Medicine* (EBM) » est source de malentendus car la pratique médicale s'appuie sur la science, mais en s'appliquant à des cas particuliers, elle échappe ordinairement aux preuves.

Si l'on demande à un médecin praticien, un pharmacien d'officine, un dentiste, un kinésithérapeute, une infirmière ou une sage-femme de récapituler sa journée de travail et de noter quels actes, quelles paroles, sont justifiables par une référence scientifique précise, on verra qu'il y en a très peu. Ainsi un pharmacien qui délivre un médicament ne sait au mieux que sur des données statistiques quels effets secondaires risque son patient, quelles sont ses chances d'efficacité, comme d'ailleurs le médecin qui a fait l'ordonnance, ou l'infirmière qui place la perfusion.

Pour un chercheur tout doit être démontré, ou, plus précisément, les publications doivent, pour être scientifiques, donner toutes les précisions concernant les méthodes utilisées, de façon à pouvoir être lues de façon critique et reprises dans de nouvelles recherches. Le chercheur doit donner tous les moyens de réfuter son travail, comme les immeubles de Manhattan comportent dès leur construction les emplacements où placer la dynamite qui permettra de les détruire. On est loin de l'époque où l'on pouvait dire « *vous devez me croire parce que j'ai une position élevée dans la hiérarchie médicale* ». Il faut apporter des preuves. Les discussions lors des congrès se font en confrontant les méthodes. Dans la pratique d'un médecin de famille, mais en fait dans toutes les pratiques, les connaissances scientifiques, qui sont de l'ordre du général, sont appliquées à des situations particulières, ce qui en fait un Art. Les personnes sont complexes, très différentes les unes des autres, très dépendantes de leur histoire, de leur environnement et ceci introduit un facteur d'incertitude qui fait qu'on n'est jamais sûr de rien. Souvenez-vous que, lorsqu'on fait une expérimentation, on veille à ce que tout soit uniforme et invariable, sauf le facteur qu'on étudie. Ce n'est pas du tout ainsi qu'on pratique la médecine.

Ajoutons à cela que si un médecin généraliste se remémore sa journée de travail, il ne va pas pouvoir constituer une liste de maladies définies telles qu'on les trouve dans les livres de médecine. Il a vu des personnes qui, ne se sentant pas bien, s'inquiètent et ont recours au médecin, parce que c'est ainsi dans notre culture. Ces personnes ont d'ailleurs souvent eu, sans que leur médecin le sache, d'autres recours, non médicaux. C'est ce que les anthropologues appellent « itinéraire thérapeutique ». Dans les cas où il y a une vraie maladie, elle se situe dans un contexte personnel et social qui oblige à prendre en compte la globalité de la personne, au niveau du diagnostic, mais surtout pour la relation et l'action. La personne qui a effectivement une maladie a en même temps d'autres souffrances qui lui sont plus ou moins directement reliées. Le jeune médecin peut se culpabiliser de ne pas arriver à faire entrer ses patients dans les catégories définies lors des études. Pour avoir des certitudes, il demande des investigations dont les résultats apportent souvent d'autres questions, nécessitant d'autres examens. Les patients l'y encouragent ou l'exigent car ils croient que tout doit se voir à condition de disposer d'un plateau technique idéal. À cet égard, l'hôpital et les grandes cliniques éclipsent complètement le prestige du généraliste. Les contrôles de la sécurité sociale imposent des limites et sont très mal vécues.

Aucun professeur de médecine n'encourage sciemment cette illusion d'une pratique médicale fondée à tout moment sur l'*EBM*. C'est le contenu de l'enseignement qui entraîne cette déformation. C'est pourtant un contenu nécessaire. Mais il manque une autre dimension qui permettrait aux étudiants d'avoir du recul. C'est ce que vise ce manuel. Les stages au CHU n'arrangent rien : les hospitalisations sont très brèves, organisées en vue d'une utilisation optimale du plateau technique, condition de la rentabilité de l'hôpital.

L'enseignement ne développe pas l'esprit critique, inhérent à la recherche, mais très utile sous d'autres formes dans la pratique médicale.

Vous passez un examen oral, et vous commencez maladroitement vos phrases par « je crois que ». À la troisième, l'examineur vous arrête : « vous croyez trop mademoiselle ». Il a raison ; à un examen, on sait ou on ne sait pas. Mais vous soupçonnez un peu de vanité derrière ces propos, comme si lui, l'examineur, vivait entouré de preuves. Vous pourriez lui dire « mais monsieur c'est en vos cours que je crois, parce que vous êtes professeur et je n'ai pas les moyens ni le temps de vérifier ». En fait le professeur utilise l'argument d'autorité, et il ne peut pas faire autrement. Au fond, vous croyez en lui. Il vous délivre les fruits de la recherche scientifique sans vous apprendre à chercher les preuves. Où est la formation à l'esprit critique ?

Tous vos professeurs en médecine, sauf exceptions, sont des chercheurs. Pour arriver à ces fonctions ils doivent avoir fait de nombreuses publications validées à un niveau international relatant, non leur expérience ou leurs opinions, mais le fruit de leurs recherches. Il en résulte un esprit très rigoureux qui est une garantie de la qualité de leur enseignement, mais pas de sa pertinence dans la pratique de médecine générale. Toutefois ils sont ouverts dans l'ensemble à l'enseignement des « sciences humaines en médecine » puisqu'il a été rendu effectif malgré son volume horaire.

En médecine praticienne, les preuves recherchées au CHU ne sont pas les plus utiles. Des revues plus spécifiquement destinées aux médecins généralistes fournissent des informations pertinentes pour la pratique qui sont scientifiquement fondées. Il existe en médecine générale une recherche fondée sur des preuves (ce qui ne se dit pas nécessairement en anglais). La recherche nécessite de gros moyens. S'il n'y a pas de retour sur investissement, aucun laboratoire pharmaceutique ne les entreprend. Ainsi, tout pousse à exercer une médecine des maladies, des investigations, des médicaments. Ceci répond aux attentes formulées par le public, conditionné à ce type de consumérisme : on n'imagine pas qu'une consultation médicale ne se termine pas par la délivrance d'une ordonnance, et c'est cette prescription qui permet à l'industrie pharmaceutique de financer la recherche, avec des succès il est vrai spectaculaires. Mais les patients ont aussi d'autres attentes, nullement scientifiques.

L'obscurantisme ne va-t-il pas ressurgir si l'enseignement devient moins scientifique ?

Vous ne supportez certainement pas d'entendre des affirmations manifestement fausses vous concernant et de constater qu'elles sont crues sans aucune vérification. Vous savez ce que c'est qu'une rumeur, et comment elle se répand. Pensez aussi aux propagandes. Ou bien imaginez qu'un laboratoire pharmaceutique puisse commercialiser sans contrôles un médicament en affirmant des propriétés inexistantes, une innocuité non vérifiée. Comment supporter en médecine de tels dangers ?

L'histoire de la médecine explique ces peurs et le caractère défensif qu'a longtemps eu la médecine. Les médecins ont eu du mal à se faire reconnaître, à se démarquer des charlatans. Ils ont vécu dans les campagnes la concurrence des rebouteux, et même du curé. Il arrivait qu'un radiesthésiste conseille d'arrêter un traitement antituberculeux. Les médecins ont été ridiculisés pour leur faible efficacité contrastant souvent avec leur tendance à se croire tout puissants. Le temps de Molière n'est pas si éloigné. Ils ont manqué, avant la sécurité sociale, de clients capables de les payer autrement qu'avec un lapin à la Saint-Jean. Le progrès scientifique (assorti du remboursement des frais médicaux) les a magnifiquement servis et ils ont commencé à incarner aux yeux du public le pouvoir de la science. Il reste pourtant quelque chose de ces craintes.

Les patients ont un grand besoin de croyances, autant que de science, et de certitudes.

Avant qu'existe la dialyse, tous les patients en insuffisance rénale chronique finissaient par mourir. J'ai vu dans une chambre deux patients qui étaient proches de cette mort très pénible, avec exactement les mêmes symptômes, le même degré d'altérations biologiques, le même teint, les mêmes trémulations. L'un des deux était médecin. Il m'a dit tout bas « heureusement que je ne suis pas comme ce pauvre type qui est en train de mourir d'urémie ». Cela s'appelle du déni. Je ne l'ai pas mis en face d'une vérité qu'il refusait et qui ne lui aurait servi à rien.

Le déni, c'est celui du verdict médical. On veut savoir, mais pouvoir ensuite se dire « *c'est pour les autres, moi je suis différent* ». Or, avoir confiance dans un autre thérapeute, qui donne des moyens de « renforcer le terrain », c'est devenir différent de ceux qui sont entièrement soumis à la biomédecine ; devenir quasiment sûr d'être dans les un pour cent qui guérissent. Pour le médecin, nier ce besoin est une grande maladresse. Tolstoï décrit dans un roman, *La mort d'Ivan Illitch*, un homme mortellement malade, mais qui longtemps se sent protégé. Il pense à son enfance heureuse, sa mère aimante, l'estime professionnelle dont il jouit, sa richesse. L'évidence de l'aggravation l'en arrache. Les riches pensent inconsciemment être protégés en voyant des médecins très coûteux, en mobilisant massivement les techniques de pointe. Au quotidien, chacun passe son temps à « croire ». Tout vérifier, vouloir tout prouver est paralysant, et à la limite devient un trouble du comportement. Qu'est ce que la raison ? Il faut faire avec ce qui est très éloigné de la science médicale, sans pour cela la perdre de vue, et tout en sachant « garder raison ». Comment cette qualité particulière, si nécessaire à tout médecin, peut-elle s'acquérir, ou, en étant à peine pessimiste, ne pas se perdre par immersion dans la biomédecine ? *Je discutais précisément de la raison avec un de mes enfants en le conduisant chez sa pédiatre pour une verrue plantaire très gênante. J'ai été très surpris quand la pédiatre lui a demandé de dessiner son pied, la verrue, puis a mis le feu au papier. C'était une pédiatre que j'estimais beaucoup. J'ai été encore plus surpris le lendemain en constatant la disparition complète de la verrue.*

L'usage de la raison ne doit pas être confondu avec le positivisme.

La philosophie est un exemple d'usage de la raison hors de la science. La réflexion est d'une cohérence interne parfaite. Ne s'adressant à aucun objet particulier, elle reste dans le général, comme la science. Mais rien ne permet de prouver qu'une philosophie est supérieure à une autre. La philosophie est aussi tout autre chose, qui sera décrit plus loin.

Les qualités personnelles nécessaires à un thérapeute ne sont pas seulement l'empathie, l'honnêteté, et bien d'autres qualités relationnelles. Beaucoup d'entre