

# **Introduction**

## **(mai 2009)**

### **Choisir le métier de médecin : entre sacerdoce et vocation**

Ce livre a été publié en 2001, au moment même où, à la demande du Doyen Gilly, j'ai intégré l'équipe pédagogique des Sciences Humaines et Sociales à l'UFR Lyon-Sud, avant d'en assumer la coordination l'année suivante. Je dois dire aujourd'hui, avec le recul du temps, que cet enseignement fut un des plus riches et des plus passionnants de toute ma vie universitaire. Et il le reste aujourd'hui, alors que ce petit livre fait l'objet d'une réédition, améliorée je l'espère, actualisée en tout cas. Probablement grâce à vous, étudiants de PCEM1, peut-être inscrits en « L1 santé » l'année prochaine, au gré d'une des multiples réformes pédagogiques auxquelles la communauté universitaire a coutume de s'adapter en attendant la suivante... À votre contact, j'ai éprouvé la force toujours présente de la vocation médicale, le courage, la volonté de réussir, le sens de l'humain et cet « appétit de l'autre » qui guide votre choix de ce métier si particulier, bien au-delà de ses attraits scientifiques et technologiques. J'ai éprouvé la force rassurante de votre enthousiasme, l'intelligence de la jeunesse qui est aussi celle du cœur, celle qui demain fera de vous des étudiants hospitaliers assidus et motivés, puis des internes hautement compétents et humains, ceux qui travaillent chaque jour dans nos services et dont je suis personnellement très fier.

J'ai vécu aussi, au travers de multiples discussions de fin de cours, échanges de courriels, dialogues avec vos collègues des années supérieures, vos angoisses face à l'immensité de la tâche à accomplir, vos craintes d'échouer et de condamner ainsi l'idéal de toute une vie. Il m'a fallu éprouver, avec beaucoup d'entre vous, l'immense tristesse de l'annonce des résultats du concours au début de l'été, en

mesurer l'injustice aussi. Cette injustice n'est pas de mon fait, pas davantage celui des enseignants-chercheurs de l'université. Elle est la conséquence de dispositions légales concrétisant elles-mêmes un choix socio-économique : limiter le nombre des professionnels de santé – en partie pour réduire l'offre de soins, donc les coûts –, donc réduire les possibilités d'accès à ce cursus universitaire, ce qui par voie de conséquence en accroît le prestige. Des études longues, deux concours très difficiles (première année puis Examen Classant National en sixième année) et au bout du compte un métier noble et envié, mythifié en particulier par des séries télévisées à succès (*Dr House, Grey's Anatomy...*), une position sociale de notable, le réel pouvoir d'aider les autres et de « sauver des vies ». Telle est pourtant, dans votre imaginaire, sans doute, l'accumulation de clichés la plus en contradiction avec la réalité du temps présent et ses évolutions prévisibles.

J'ose espérer que vous me pardonneriez la longueur de ce préambule, destiné au final à vous faire voir toute l'utilité de l'enseignement des Sciences Humaines et Sociales en médecine et plus accessoirement ce qui m'a poussé à proposer la réédition de cet ouvrage. L'accessoire est aussi le plus simple à énoncer :

- tout d'abord, le Législateur a fait le choix de pérenniser cette discipline – notamment dans le cadre de la future réforme « Licence – Master – Doctorat (LMD) », annoncée pour la rentrée 2010, non seulement en L1, mais aussi en L2/L3 – et de maintenir son caractère sélectif. Dans la préface de cet ouvrage, le Doyen Gilly évoque la « subjectivité » de l'évaluation et s'interroge sur la pertinence de faire des Sciences Humaines et Sociales une sorte de « passage obligé » dès la première année. J'indiquerai plus loin les raisons pour lesquelles je pense que ses craintes ne sont pas fondées et que ce choix était même impératif.
- ensuite, le programme, dans ses grandes lignes, a peu évolué ces dix dernières années. Il comporte toujours les principaux items que j'abordais en 2001 : histoire, épistémologie, anthropo-sociologie, psychologie, droit, éthique. Quant aux exercices de synthèse, certes variables selon les facultés, beaucoup s'apparentent aux dissertations que je propose dans ce livre. Au hasard de commentaires glanés sur Internet, certains étudiants soulignent que le format ne correspond pas toujours à ce qui est exigé dans telle ou telle université. Finalement, peu importe : il ne s'agissait pas de fournir des « corrigés-types », mais de décliner une argumentation et des références de façon claire, selon un ordre logique, une construction cohérente. Une méthodologie qui vous suivra tout au long de vos études et de votre vie professionnelle, jusque dans le cadre rigide des publications scientifiques où vous devrez présenter en quelques pages à peine les résultats de plusieurs années de recherches.
- enfin, cet ouvrage a constitué ces dernières années une sorte de référence pédagogique pour les étudiants de l'UFR Lyon-Sud, traduisant d'une certaine manière l'esprit de notre enseignement, celui que mes collègues et moi-même partageons et revendiquons, au nom d'une vision commune de la discipline. Or, la situation des facultés de

médecine lyonnaises a récemment évolué. L'UFR Lyon-Sud est devenue « Lyon-Sud Charles Mérieux » et comptera à la rentrée 2009 environ 1000 étudiants de première année au lieu des 700 actuels. En 2010, elle devra sans doute mettre en place le système « LMD ». Il m'a semblé utile que ce contexte mouvant soit aussi propice à la permanence de certains documents de synthèse. Celui-ci est imparfait, incomplet, schématique, imprécis, sans doute indigeste pour des spécialistes issus des sciences humaines, mais il existe et reste accessible à de jeunes bacheliers. Et il reflète notre conception de cet enseignement : les sciences humaines en médecine constituent une discipline à part, irréductible à la méthodologie classique de l'anthropologie, de la sociologie, de la philosophie, de l'histoire. Elle se nourrit d'une approche multidisciplinaire qui lui est indispensable mais ne saurait être abandonnée aux mains des spécialistes de ces disciplines, qui ne possèdent de la médecine et du malade qu'une connaissance livresque ou théorique.

Loin de moi l'idée, au demeurant absurde, de vouloir opposer théoriciens des sciences humaines et soignants, un peu comme si les premiers étaient absents du terrain et les seconds seuls aptes à évoquer de façon pertinente le métier qu'ils exercent. Les différentes approches sont complémentaires et, depuis plusieurs années, nous bénéficions de l'apport de collègues anthropologues, historiens, juristes, philosophes... eux-mêmes à la recherche d'un dialogue avec les soignants.

Pour autant, il n'y a pas de professionnel incontestable de l'enseignement des « SHS » en médecine ; un médecin n'est à cet égard ni plus ni moins légitime qu'un philosophe, mais notre choix à Lyon-Sud Charles Mérieux est de dire ce qui nous paraît, à nous médecins et plus généralement soignants, utile à la formation de nos étudiants. Dans un cadre pluridisciplinaire bien entendu. Ce choix est crucial, j'y reviendrai.

On me pardonnera j'espère le chauvinisme – ou, à tout le moins, le régionalisme – dont j'ai fait preuve dans les lignes qui précèdent, car cet ouvrage, actualisé, n'a pas pour objet de ne s'adresser qu'aux étudiants lyonnais. Comme en 2001, j'ose imaginer que tout étudiant de PCEM1 peut y trouver matière à faciliter son travail personnel. À cet effet, j'ai pris la liberté de supprimer certains chapitres un peu « pesants », pour les remplacer par de nouveaux, comme par exemple la méthodologie de la dissertation dirigée, exercice de synthèse assez répandu dans différentes facultés.

Revenons maintenant à ce qui est de très loin le cœur de l'argumentation : vocation, sacerdoce, mais aussi tensions nouvelles. Vous avez fait le choix d'une filière sélective et d'études éprouvantes dans la perspective d'exercer un métier *dont pourtant l'avenir est incertain* et qui vivra, selon moi, durant la prochaine décennie, *des tensions considérables et inédites dans son histoire*.

Depuis un demi-siècle, la médecine scientifique a fait la preuve de sa capacité à influencer sur le destin des hommes et à faire reculer l'injustice naturelle, en tout cas dans les pays capables de se doter d'un système de santé organisé, solidaire et coûteux. Elle le doit à un progrès technologique lui permettant d'intégrer rapidement les dernières avancées de la physique, de la chimie, de la génétique, de la biologie moléculaire. Elle le doit aussi à l'acquisition d'une démarche rationnelle, d'une méthodologie lui permettant d'évaluer, de comparer entre elles des procédures diagnostiques et thérapeutiques (on parle souvent de « médecine basée sur les preuves »). Pour autant, cette mutation n'est pas encore une rupture complète avec la médecine intuitive et théorique d'autrefois. Elle s'opère pas à pas, dans la conscience de ce que la médecine n'est pas une science, mais une pratique technique et relationnelle faisant régulièrement appel à des processus de décision complexes. Pour autant, sa prééminence ne saurait être contestée sur la place publique : les pratiques dites « parallèles » ou « alternatives », loin d'avoir disparu, ne peuvent pourtant plus lutter sur le terrain de la légitimité ou de la preuve, se contentant – avec profit, néanmoins – de la dimension du magique, du merveilleux et du besoin de croire, de la douceur naturelle et de la préservation du « terrain ».

Parée des atours de la technoscience, tout en conservant une dimension altruiste et humanitaire, la médecine acquiert dès la seconde moitié du vingtième siècle, un considérable prestige. Elle suscite, aujourd'hui plus que jamais, un nombre considérable de vocations, drainant vers nos facultés des dizaines de milliers d'étudiants qui s'identifient aux héros de séries télévisées, chirurgiens séduisants, médecins iconoclastes, experts en médecine légale et criminologie... Elle est convoquée, sur la scène sociale, pour dire le beau et le bon, en un mot énoncer la norme visible – celle qui concerne le corps, les habitudes alimentaires, les comportements... – et la norme invisible, le plus souvent biologique (taux de cholestérol...), qui vise à écarter les maladies futures, les maladies potentielles. Elle est mobilisée, lors des grandes menaces – réelles ou fantasmagiques ? –, telle, récemment, la pandémie grippale A, pour guider l'action politique et apporter en un temps record des solutions prophylactiques ou thérapeutiques. Elle est devenue un besoin élémentaire pour la grande majorité de nos concitoyens, avides de médicalisation de tous les petits maux du quotidien. En France particulièrement, l'idéal de protection sociale né dans l'après-guerre a conduit à l'illusion d'une couverture totale, gratuite et indéfinie, dont les nombreux professionnels de santé assument la fonction sacerdotale.

Dans le même temps cependant, une vive contestation des pouvoirs et prérogatives du médecin se fait jour. Elle s'établit dans la revendication de l'autonomie du malade, autonomie de décision et de comportement en face du paternalisme médical,

vestige archaïque de l'apparat mandarinal. Elle est relayée par de nouveaux acteurs de la vie intellectuelle, issus des sciences humaines et du monde médiatique. Elle s'appuie sur la théorisation – historique, sociologique, anthropologique, psychologique, éthique – d'un nouveau mode de relation contractuelle où le médecin est vu comme un technicien du soin dont la seule obligation serait d'informer son patient. Loin des aspects qualitatifs de la relation, par nature inobjectivables, l'information constitue cette nouvelle manne quantitative dont l'exhaustivité peut être appréciée, à l'aune d'une expertise technique, par le monde judiciaire.

Grisé par sa toute-puissance, le médecin se découvre fautif et redoute de s'exposer à des sanctions sévères pour avoir tout simplement fait son métier en conscience et commis, parfois, les erreurs d'appréciation inhérentes à toute pratique complexe. La judiciarisation de la pratique médicale est une donnée essentielle de ces vingt dernières années. Elle découle d'un sentiment de suspicion grandissant vis-à-vis des professionnels de santé, à la suite de certaines « affaires » qui ont profondément marqué l'imaginaire collectif : sang contaminé, hormone de croissance notamment. Elle s'accompagne parfois – motif moins honorable – de l'idée qu'une procédure judiciaire peut conduire à de substantielles indemnités, par analogie avec le système américain dont les folles dérives se gèrent entre compagnies d'assurance et avocats en quête de profits. En France, le montant des indemnisations demeurant à ce jour limité par la volonté des magistrats, on observe une tendance à la pénalisation des procédures, visant à sanctionner durement le médecin présumé fautif, jusqu'à l'interdiction d'exercice et même jusqu'à des peines de prison.

De façon à éviter l'explosion des affaires, le Législateur a récemment prévu la possibilité de recours gracieux devant des commissions ad hoc, les différentes parties (médecins, patients, familles, administrations hospitalières, magistrats) étant invitées à trouver un compromis évitant l'escalade judiciaire. Du fait précisément de la gratuité de telles procédures, elles sont aujourd'hui devenues très fréquentes et vécues par de nombreux médecins comme de rudes épreuves, prétextes à une mise en accusation publique et à des violences verbales difficiles à soutenir. La crainte du procès est, quoi qu'en disent les juristes, entrée dans la vie quotidienne du médecin ; et la crainte d'une condamnation injuste, qui en est le corollaire, ne fait que refléter chez les soignants l'opinion générale sur les travers du monde judiciaire ...

Pourtant, malgré la remise en cause de leur rôle social, malgré la peur de la sanction, les médecins ont à ce jour conservé le sentiment d'une certaine utilité, d'une capacité à mener des actions justes, à œuvrer de manière efficace pour leurs patients. Ils ont disposé des moyens d'accomplir cette tâche, mais au prix d'un accroissement exponentiel des dépenses de santé, matérialisé par le désormais légendaire « déficit

de l'assurance-maladie ». Dans le contexte de crise pratiquement chronique de l'économie mondiale et en face d'un déficit budgétaire abyssal depuis plus de dix ans, économistes et politiques ont établi un constat simple : les ressources se raréfiant alors que la demande ne fait que croître, la protection sociale est menacée.

Une orientation prise il y a presque quarante ans en France et sans cesse renforcée, décennie après décennie, est la *réduction de l'offre de soins* par la maîtrise du nombre de professionnels de santé, en vertu d'un raisonnement économique simpliste : cette réduction entraînerait une diminution de la consommation, donc des coûts. C'est en vertu de cette idée que nous devons gérer le tristement célèbre *numerus clausus* qui rendra votre première année si difficile et même, pour beaucoup d'entre vous, condamnera définitivement tous vos espoirs de carrière. Nous lui devons aussi aujourd'hui la crise de la démographie médicale et probablement une partie de l'inégalité d'accès aux soins de la population sur l'ensemble du territoire national. Elle nous a valu de manquer de chirurgiens, de médecins urgentistes, de pédiatres, de cancérologues...

Et surtout, elle n'a pas produit les effets escomptés en termes économiques, car l'explosion des dépenses de santé est un phénomène structurel dont les déterminants sont complexes, notamment sociologiques, mais aussi technologiques : les connaissances scientifiques croissent de manière importante et avec elles les myriades d'applications technologiques qu'elles engendrent. Ces innovations génèrent, du côté de l'offre, la perspective d'un profit économique et, du côté de la demande, le souhait légitime d'accéder aux soins les plus efficaces.

Pour autant, les médecins sont tenus pour responsables de cette dérive, leur activité ne pouvant être que « coûteuse » et en aucun cas « rentable », au sens où l'entendent les économistes. Insensiblement, ils ont vu leur activité de plus en plus contrôlée, encadrée, limitée par une technocratie gestionnaire dont l'opulence est manifeste dans les hôpitaux publics aujourd'hui visés par une énième réforme. Insensiblement, par des systèmes de tarification et d'allocations budgétaires de plus en plus complexes, ils ont vu se réduire leurs moyens (nombre de praticiens, d'infirmières, matériels disponibles...), au risque de menacer la qualité des pratiques de soins. Ils ont, ces dernières années encore, compensé ce déficit de moyens par la détérioration de leurs conditions de travail et l'accroissement de leurs charges, qui de façon absolument paradoxale s'accompagnent d'une massification des tâches administratives et paperassières, pour beaucoup d'entre elles strictement inutiles, sauf à justifier l'existence de telle ou telle sous-direction hospitalière.

Comme professeur de CHU, je vis à la fois à l'hôpital et à l'université cette frénésie de procédures, de réunions, de formations et d'évaluations de toutes sortes, de plus en plus souvent imposées en échange du maintien d'un budget, d'un label, d'une

habilitation... Comme tous mes collègues, je vis cette évolution avec la conviction qu'une très faible partie seulement de ces procédures tâillonnes contribue à l'édification d'une meilleure médecine ou d'une meilleure recherche. Comme eux, j'ai le sentiment d'une immense tautologie qui ne trouve qu'en elle-même sa propre justification. Comme eux, une partie de ma pratique est devenue pesante, irritante et me rend parfois malheureux.

Il reste, pour beaucoup de médecins, le sentiment que cette mise en tension du système permet encore de sauvegarder l'essentiel : offrir les meilleurs soins aux malades. Ils acceptent l'inconfort de locaux délabrés, les gardes de nuit dans des services d'urgence pour pallier le manque de médecins urgentistes, les rares heures de sommeil dans des chambres innommables (parfois sans sanitaires), la nourriture infecte qu'on ne leur sert même plus mais que l'on trouve dans des distributeurs... s'il en reste ! Ils acceptent comme je le fais, ainsi que les médecins de mon service, de travailler les dimanches et jours fériés de manière bénévole, afin d'assurer la continuité des soins. Ils s'accommodent en somme docilement, année après année, du déclin annoncé de leur profession.

De façon inéluctable, ils devront assumer demain les choix tragiques de la répartition de ressources devenues de plus en plus rares : quel malade traiter plutôt que tel autre ? Quel médicament onéreux choisir au détriment de quel autre ? Ils porteront ainsi aux yeux du public la responsabilité des insuffisances du système de soins, tendance du reste déjà fortement engagée : il suffit pour s'en convaincre de mesurer l'impatience et souvent la colère des personnes contraintes de patienter plusieurs heures à l'accueil des services d'urgence.

Simultanément, ils seront écartés des grandes décisions au profit de la technocratie gestionnaire et deviendront des techniciens du soin. Peut-être paieront-ils là des décennies d'inconséquence, d'individualisme, de corporatismes divers et souvent illisibles, d'incapacité à s'unir et à offrir aux défis de la modernité des solutions consensuelles ? Car il serait vain de demeurer aveugles à nos propres travers. Il en va des médecins comme de tout groupe humain : on y trouve le pire et le meilleur, parfois simultanément. Dans le compagnonnage, qui est l'apprentissage du métier de médecin au contact des aînés, il y a cette dimension si particulière de la mixité relationnelle et technique, si rabelaisienne finalement, si inaccessible aux élites intellectuelles qui n'y voient que corporatismes et carabinades. Mais il y a aussi, probablement, la source d'un esprit cocardier, d'un esprit de chapelle qui pousse à l'individualisme, à l'égoïsme, à la critique et au mépris d'autrui, qui trop souvent encore régissent les rapports humains au sein de notre profession. Comment ne pas être aujourd'hui consterné de voir rivaliser et finalement s'affronter, sous les yeux amusés des autorités de tutelle, médecins généralistes et spécialistes, qui pour

l'obtention de droits supplémentaires, qui pour l'attribution de postes universitaires, qui pour la conquête de nouvelles prérogatives salariales ?

À bien des égards préoccupé par le bout de son nez, le corps médical – qui est d'ailleurs tout sauf un « corps », mais plutôt une basse-cour, un village gaulois, que sais-je ? – n'a pas vu venir la plupart des évolutions dont il s'estime aujourd'hui victime. Trop souvent sans doute, il n'a pas su voir en son sein les agissements d'une minorité qui ont pourtant tellement nui à son image : gestion approximative et opaque dans certaines affaires comme celle du sang contaminé, compromissions mercantiles avec l'industrie pharmaceutique (d'où le sentiment général aujourd'hui, à mon avis totalement injuste, d'une absence totale d'éthique dans les relations médecine – industrie du médicament), recherche systématique du profit, à l'origine de disparités salariales considérables et de l'idée largement répandue – au demeurant fautive – que les médecins sont devenus des nantis aux frais de la sécurité sociale.

Il convient cependant de ne pas désespérer, car le meilleur de la médecine est – et demeurera – dans son objet essentiel : aider, soigner, guérir. Lutter contre l'injustice naturelle dans cette « aventure humaine » moderne dont parle le philosophe et médecin Jean Hamburger. Depuis toujours, il suffit de passer un peu de temps dans les services hospitaliers, dans les blocs opératoires et les unités de réanimation, aux côtés d'un médecin généraliste à son cabinet ou un soir de garde, pour voir à l'œuvre le dévouement des professionnels, leur sens du devoir, leur probité, qui noie dans la masse des actions justes les critiques récurrentes et les clichés complaisants. Certaines évolutions sont par ailleurs perceptibles ; l'une des plus sensibles, à mon avis, est l'humanisation de la relation médecin-malade et la « préoccupation éthique » des jeunes soignants. J'y vois, au moins en partie, la conséquence de la formation que nous leur donnons. À l'heure où il est de bon ton de considérer le système hospitalo-universitaire comme « complexe », « lourd » ou « sclérosé », j'aurais plutôt tendance à louer ses capacités d'adaptation. La formation médicale reste d'excellente qualité – reconnue sur le plan international – et elle se double depuis les années quatre-vingt dix d'un enseignement de SHS dont l'instauration en PCEM 1 fut un choix courageux et crucial, car c'est au début de votre formation, vous, étudiants et futurs professionnels, que tout se joue.

Bien sûr, j'entends encore exprimer des résistances, sur le thème de « la discipline non scientifique qui fera la sélection des étudiants ». Mais comment vous laisser encore bercer par l'illusion scientifique que la médecine ne repose que sur des données objectivables ? Comment ignorer ses dimensions humaines et sociales qui sont tout aussi cruciales pour notre pratique que l'apprentissage de la pharmacologie ou de la biologie ? Comment croire que la résolution d'un exercice de physiologie