

Byron J. Good, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? : médecine, rationalité et vécu*, Les Empêcheurs de penser en rond, 1998. (*Medicine, rationality and experience*, Cambridge University Press, 1994)

Extraits du chapitre 3, *Comment la médecine construit ses objets*

[...] le monde de la médecine se construit comme distinct du vécu, un monde rempli d'objets qui ne font pas partie de notre monde de tous les jours. Étudier la médecine, c'est se familiariser avec cet univers particulier, cela implique d'entrer dans une toute autre réalité (p. 161)

Au cours de ses études, le futur médecin considère le corps et la pathologie comme radicalement « médicaux ». L'entrée dans ce monde de la médecine s'accomplit non seulement par l'apprentissage de la langue et des connaissances de base de cette discipline, mais par l'apprentissage également des conduites les plus élémentaires par lesquelles le praticien saisit la réalité et la formule de façon strictement « médicale ». Ceci se traduit par une manière particulière de « voir », d'« écrire » et de « parler ». (p. 162)

Voir

L'enseignement de la médecine commence par une incursion dans le corps humain. Examiné au microscope, physiquement investi dans le laboratoire d'anatomie, saisi avec une étonnante précision grâce à l'imagerie médicale contemporaine, ou présenté par de grands scientifiques, le corps se révèle en détail, hiérarchiquement, indéfiniment. L'étudiant entame ainsi un processus qui va le mettre en intimité avec ce corps - il cherche à comprendre son organisation et sa composition globales en trois dimensions, examine les tissus dans l'ensemble de leurs fonctions comme dans leur structure moléculaire. Le futur médecin s'apparente alors au géographe qui passe de la topographie générale au détail de la micro-écologie. Le corps est objet d'intérêt et d'adroites manipulations. C'est, à en croire un étudiant, « un monde en soi, source d'étude pratiquement illimitée pour moi ». Dans le monde de la médecine le corps devient médical, radicalement différent de celui auquel chacun de nous a à faire dans la vie de tous les jours. Et l'intimité qui s'établit avec lui relève d'un contexte à part, ensemble organisé de perceptions et de réponses émotionnelles nées du corps comme lieu du savoir médical.

Le laboratoire d'anatomie (salle de dissection) est un espace important pour cette entité nouvelle. C'est un lieu rituel dans lequel le corps humain s'ouvre à l'étude et à l'exploration, et où ceux qui apprennent sont prêts à réorganiser l'univers de leur vécu. (p. 163)

Dans cet espace, l'intrusion de la réalité ordinaire est vécue comme un « viol » :

Je me souviens de quelqu'un qui, je crois, voulait s'inscrire en médecine, et qui accompagnait un étudiant pour la journée afin de voir, sans doute, comment ça se passait. Elle est venue traîner dans le laboratoire d'anatomie. Et j'ai curieusement eu le sentiment d'un viol. Je l'ai perçue comme une intruse [...]. Je ne voulais pas, sans aucune introduction, sans explication du contexte, être observé de cette façon cavalière, en train de faire les choses indécentes que je faisais [...].

Dans la réalité normale, ce qui constitue l'extérieur du corps - la peau, les mains, les yeux, le visage, les vêtements - révèle la personne. L'intérieur d'un être, ce sont ses pensées, ses expériences, sa personnalité. Dans le laboratoire, les mains, les pieds, la tête n'ont plus cette importance et le torse et les membres font l'objet d'une attention soutenue :

Du point de vue émotionnel, une jambe prend un tout autre sens lorsque la peau en est retirée. Ce n'est plus du tout ce que c'était avant. Et cet épiderme par lequel nous communiquons - je veux dire par là que toucher la peau, c'est [...] se rapprocher de l'autre -, c'est tellement peu de chose par rapport à ce qui se passe en fait, c'est comme l'écorce d'une orange, ce n'est qu'une toute petite partie de l'ensemble. Pourtant, dès qu'on enlève ça, on est dans un tout autre monde.

Ce « tout autre monde » devient la réalité souveraine du laboratoire d'anatomie. C'est un monde avec lequel le futur médecin va être en très étroite intimité. C'est un monde biologique, un monde physique, un espace tridimensionnel complexe.

L'anatomie révèle les compartiments naturels qui composent le corps. Trancher dans ces structures naturelles est une autre manière de viol. L'un de nos plus grands chocs a été la découverte, un jour en entrant dans le laboratoire d'anatomie, d'un corps prêt pour la dissection des organes génitaux. Il était scié au-dessus de la taille, et séparé en deux entre les jambes. Les étudiants ont dit avoir été choqués non par l'examen minutieux du sexe, ni par la division du corps en soi, mais par la façon dont il avait été divisé - démantelé en fait, contrarié dans ses frontières naturelles. La dissection suit le plan des tissus. Ici, l'on avait tranché net, tout droit dans leurs couches. C'était contre nature. [...]

Les étudiants sont tout à fait conscients d'apprendre à voir différemment - et cette manière de voir, ils peuvent normalement l'utiliser ou pas. Mais ils apprennent aussi à « penser anatomiquement », ce qui est essentiel au regard médical. Ce comportement, cependant, ne se limite pas strictement au laboratoire ou au contexte médical lorsqu'on apprend l'anatomie. (pp.164-165)

Je suis en conversation [...] Et puis brusquement je me dis, et si je prenais le scalpel et si je le [son interlocuteur] découpais ici même, qu'est-ce que ça donnerait? [il rit] [...] cela m'arrive très souvent. C'est terrifiant. On se demande pourquoi on est comme ça. On est là, assis, en train de bavarder avec quelqu'un de bien vivant, et voilà qu'on pense à la façon dont on s'y prendrait pour l'autopsier.

Je veux dire par là non pas que l'anatomie est une expérience « déshumanisante », mais simplement qu'elle contribue en grande partie à une reconstruction de la personne sous le regard médical qui l'identifie comme corps, cas, patient ou cadavre. La personne est une construction mentale, une manière complexe, que modèle la culture, de se connaître soi-même et de connaître l'autre. Un « travail » culturel est donc indispensable pour la reconstituer lorsqu'elle fait l'objet de l'attention médicale. [...]

Autre métaphore: les études de médecine ressemblent à « l'apprentissage d'une langue étrangère ». [...]

Son sens premier est clair. Il y a un énorme vocabulaire à assimiler, un vocabulaire professionnel aussi vaste qu'une langue en soi (ou même qu'une famille de langues).

Mais il y a là une autre idée, sous-jacente. Apprendre le langage de la médecine, ce n'est pas apprendre des termes nouveaux destinés au monde ordinaire, c'est construire tout un monde en soi. Comme le dit un étudiant :

C'est en partie seulement acquérir des mots, car acquérir des mots, c'est entrer dans la linguistique, la sémiotique et tout le reste, et apprendre à nommer les choses c'est en apprendre davantage sur ces choses. Connaître le nom des arbres fait porter sur les arbres un regard différent. Sans cela, ce ne sont que des arbres. Lorsqu'on les connaît par leur nom, ils deviennent quelque chose d'autre. C'est un peu ce que nous faisons [...].

L'idée qu'émet cet étudiant - de « regarder » les choses différemment - caractérise les deux premières années des études de médecine.

J'ai été en permanence impressionné par l'aspect visuel de l'enseignement de la biologie humaine. L'anatomie exige un entraînement de l'œil, si l'on veut voir ce qui n'apparaît pas à l'évidence. Seule la pratique rend visibles et reconnaissables les grandes masses musculaires. Veines et artères, nerfs, vaisseaux lymphatiques et tissus conjonctifs sont quasi impossibles à discerner les uns des autres avant plusieurs semaines d'études d'anatomie. Avec l'habitude, cependant, la structure complexe du corps humain se révèle. L'histologie et la pathologie exigent la même accoutumance du regard. Que l'on examine les planches d'un manuel d'histologie ou des lames au microscope, les formes, les lignes et les couleurs, tout paraît confus au non initié. (pp. 166-167)

Donner un sens à ce que l'on regarde au microscope c'est d'abord apprendre à voir. [...]

Apprendre à voir, c'est apprendre l'ordre hiérarchique naturel de la biologie. Les étudiants dissèquent une articulation du genou, consultant un ouvrage sur sa structure, puis examinent le cartilage hyalin au microscope et des micrographies des structures internes de ces cellules. Le lendemain, ils voient un patient atteint d'une maladie du cartilage, l'ostéoarthrite. Le message passe. Il y a des mondes à l'intérieur d'autres mondes, subsumés sous eux. Le tissu dont le fonctionnement est particulier se révèle constitué de cellules particulières, celles-ci étant dotées d'organelles extrêmement spécialisées, structures internes aujourd'hui considérées comme favorisant un processus biochimique singulier, lequel apparaît au niveau moléculaire. A partir des manifestations de surface, on descend ainsi au plus profond du processus morbide. [...]

Cette hiérarchie naturelle est implicitement reprise dans l'ordre qu'adopte l'enseignement. J'ai d'abord remarqué que les diapositives d'un cours de sciences fondamentales - et bien sûr, il n'est pas de cours de médecine sans projection de diapositives - respectaient un schéma prévisible. Une diapo relative à l'épidémiologie d'une maladie sera suivie d'une autre à caractère clinique présentant un patient, et cette dernière d'un exemple pathologique. De même, à la diapositive d'une cellule faiblement grossie succèdera une micrographie électronique, puis on passera aux diagrammes de la structure moléculaire et de la configuration génétique. (pp. 168-169)

[...] l'essentiel réside en profondeur, là où sont engendrés les phénomènes de surface. Et ces structures du tréfonds ne sont ni sociales ni divines, mais ce qu'il y a de plus fondamental dans la réalité matérielle.

Ainsi les deux premières années des études médicales proposent une interprétation de la réalité fortement ancrée dans le vécu de l'étudiant. (p.170)

Ce moyen d'interpréter la réalité est tout à la fois important - en ce qu'il éclaire nombre de phénomènes morbides et fournit la base des thérapeutiques - en même temps qu'il est profondément idéologique et souvent trompeur. Nous pensons presque par réflexe que le comportement réside dans les gènes, et l'origine des maladies dans le corps individuel médicalisé. Mais si on était tout aussi convaincu de l'importance de l'organisation de la société et des rapports qui la régissent dans l'origine ontologique de la grande chaîne de l'être, on aurait du mal à continuer à expliquer par les différences génétiques les résultats scolaires des enfants, ou à faire abstraction des origines sociales dans la mortalité infantile ou la mort violente chez les jeunes. L'étude de la neuroplasticité, à savoir le rôle du vécu social dans la formation de notre système neurologique, par exemple, pourrait alors prendre plus d'importance. (p. 171)

Ecrire

Si apprendre à voir de façon nouvelle est fondamental pour la construction des objets de la médecine au cours des deux premières années des études médicales, apprendre à écrire et à parler est essentiel dans les premiers temps de la pratique clinique. C'est l'époque où il n'est plus question d'études théoriques de cas, et où l'étudiant qui tout à la fois désire depuis longtemps avoir à faire à de vrais patients et se demande s'il en saura jamais assez pour assumer une telle responsabilité, passe enfin les portes de l'hôpital et rejoint une équipe d'internes et de médecins en charge de malades. C'est là qu'il va apprendre à construire le malade en tant que patient, perçu, analysé et présenté comme relevant du traitement médical. [...]

J'ai interrogé un étudiant de troisième année sur les actes qui lui avaient donné le sentiment, durant ses gardes en pédiatrie, d'acquérir une compétence. « L'établissement du dossier d'observation », a-t-il répondu en riant. « J'ai progressé dans sa rédaction. Elle m'est devenue moins pénible. Le progrès, c'est [...] apprendre à écrire autrement ». « Est-ce très important en médecine ? » ai-je demandé. « Très. Apprendre à parler autrement aussi. De même qu'apprendre à communiquer. » Je l'ai engagé à m'en dire plus sur cet apprentissage :

Ce que j'apprécie en médecine, c'est qu'il y a une authentique volonté de clarté [...] et de présentation logique. Le dossier idéalement rédigé prend en compte tous les faits positifs, et tous les faits négatifs, puis tire des conclusions [...] une sorte de résumé de ce que l'on pense qui se passe, suivi d'un plan d'attaque. Et cela est très satisfaisant. Bien sûr, le monde du réel n'est pas vraiment conforme, et il faut un peu l'altérer pour le faire entrer dans ce joli schéma. (pp. 171-172)

[...] L'approche du patient se fait alors dans cet esprit, avec en tête l'idée de réponses précises à donner. Sans cela, on fonce, on influence, [...] on parle [...] et puis on s'aperçoit qu'on a laissé ceci ou cela de côté, et il faut revenir en arrière. Alors qu'en démarrant avec le dossier à l'esprit, on pense aux réponses à apporter.

Ecrire donne autorité à l'étudiant en médecine, tandis qu'il construit le patient :

On rédige un dossier, on le date, on le signe. C'est un document officiel de l'hôpital. Ca fait partie du règlement. Tout le monde le lit. [...] Alors on a ce sentiment de panique: « Ah, mon Dieu, les gens vont lire ce que j'ai écrit. ». Mais on éprouve aussi un sentiment d'appartenance: « Je me sens complètement inapte et incompetent, mais je suis étudiant en troisième année de médecine, et ma place est ici. »

[...] Dans une large mesure, l'écrit vous donne autorité. C'est un peu ce qui justifie tout le reste, vous communiquez des informations importantes, et cela vous habilite à avancer [...] spirituellement, verbalement et physiquement. Vous avez désormais le sentiment d'être investi d'un pouvoir, celui de jouer un rôle [...] vous interrogez avec plus d'autorité quand vous devez établir un dossier. Et on a l'impression de n'être pas voyeur: on produit un document, ce n'est donc pas pour le plaisir. C'est du réel. [...] On a un projet. Et il faut à présent en mettre un coup, car on a du travail. On a à s'occuper d'une personne. Et elle devient un peu vôtre, en ce sens qu'on est chargé de la présenter, et qu'on sera jugé là-dessus [...], si vous voyez ce que je veux dire. Et voilà brusquement que la personne devient comme un produit qu'il vous faut bien ficeler, bien exposer. (pp. 173-174)

Ainsi, la rédaction du dossier a plusieurs effets. Elle donne autorité à l'étudiant en médecine et justifie l'échange avec le patient. Elle organise le dialogue, ainsi que tout le processus de construction du patient. Le dossier d'observation est destiné à être lu par d'autres: des médecins qui non seulement prendront certaines décisions à partir de ce document, mais jugeront l'étudiant sur son travail. Et il y a une dimension critique à formuler le patient en tant que projet en vue d'un traitement :

[...] Au fond, on nous demande de prendre un être humain qui marche, qui parle, un être plein de confusion, mal organisé (comme nous le sommes tous), présentant un ensemble de symptômes vécus, non diagnostiqués, et tout cela, eh bien, de le mettre dans la marmite, de touiller, et d'en sortir quelque chose à partir de quoi chacun pourra rapidement extrapoler. Ils ne veulent pas entendre l'histoire de cette personne. Ce qu'ils veulent, c'est une version épurée [...].

Je l'interroge sur cette mise en forme de l'histoire du patient :

Nous ne sommes pas là pour simplement faire raconter leur vie aux gens, et nous apitoyer. Nous ne sommes pas là pour ça. En tant que professionnels, nous avons appris à traduire les descriptions phénoménologiques du comportement en processus physiologiques et pathophysiologiques. Et on sait bien que si l'on cherche à raconter la véritable histoire du patient, ça ne va pas aller; ils seront furieux, nous serons hors sujet. Et il y aurait là de la complaisance de notre part. On peut se livrer à cet exercice dans le face à face avec le patient. Mais ce qu'ils veulent, eux, ce qu'ils ont besoin qu'on leur expose, c'est ce sur quoi ils vont travailler. (pp.174-175)

parler

Mais l'absence d'intérêt des étudiants en médecine pour le dialogue avec le patient vient aussi du fait qu'ils perçoivent l'acte important que représente la parole dans la pratique médicale comme ne résidant pas dans l'entretien avec le patient, mais dans la présentation du patient.. Et concernant ce dernier exercice, ils ont beaucoup à raconter. L'un d'eux évoque sa première expérience clinique:

Je crois que pour l'essentiel [...] ce qu'on apprend c'est un rythme quotidien, à savoir la visite du matin, la visite de travail, en quoi elle consiste, en quoi consistent la visite du médecin responsable, la grande visite. [...] La visite est en grande partie consacrée à la présentation des cas cliniques, qui constitue en quelque sorte l'aspect le plus important de la formation des étudiants [...]. C'est probablement là-dessus qu'on se concentre le plus [...] La présentation des cas est à peu près la seule occasion qu'a l'étudiant de se faire remarquer, et le moment sans doute aussi où il a le plus de chances, ou bien de gagner le respect de ses collègues, et surtout de ses supérieurs [...] ou bien de les ennuyer [...].

La présentation des cas cliniques constitue un genre en soi. C'est par cet exposé que la personne est constituée en tant que patient et problème médical. La présentation est stéréotypée dans sa forme, mais varie en longueur selon le moment. Un étudiant précise: « A la visite du matin, la présentation est brève, lapidaire. Lors de la visite du médecin responsable, on s'étend davantage. Pour une admission, davantage encore. [...] A chaque expérience, son anecdote. Et là, on n'en finirait pas. »

Les étudiants ont presque tous le souvenir cuisant d'avoir raté une présentation, exaspéré un interne ou un médecin. « C'était, je crois, mon premier patient, raconte un étudiant en chirurgie, et j'ai commencé à débiter mon baratin - raisons de la présence, résultats de l'examen clinique -, et bien entendu [le chef de service] n'avait rien à faire de tout ça. Il voulait, évidemment, que j'expose en deux secondes de quoi il retournait. [...] Il m'est tombé sur le paletot. "Qu'est-ce que ça veut dire ? Vous me faites perdre mon temps. Allez à l'essentiel, quoi!". Mais j'ignorais où était l'essentiel, et ça l'a mis hors de lui [...] ».

Apprendre à « aller à l'essentiel » et le faire de façon convaincante est d'une importance capitale pour devenir médecin. Cela implique qu'on en sait suffisamment sur l'état du patient, sur les manifestations de la maladie, sur les diagnostics possibles et les traitements appropriés, afin de s'y retrouver dans un énorme dossier bourré d'informations, et d'en présenter en quelques minutes les points importants. Il faut, en outre, savoir retracer les événements, les ordonner de façon chronologique, dégager l'origine et les conséquences du processus morbide, ou bien encore souligner les difficultés du diagnostic.

Des internes, mes directeurs et professeurs m'ont souvent répété [...] qu'il faut en fait parvenir à se forger son propre jugement, et présenter le cas de façon à convaincre l'auditoire du diagnostic qu'on estime le plus vraisemblable, le convaincre de notre position et de la raison pour laquelle telle hypothèse a été écartée, et telle ou telle autre privilégiée.

L'intérêt que l'on porte à l'histoire du patient reflète l'intérêt que l'on porte au cas. Un autre étudiant raconte en riant: « Mon interne me disait toujours qu'un cas intéressant est celui dont on n'établit pas le diagnostic en une heure. Un cas très

intéressant, celui dont on n'établit pas le diagnostic en un jour. Mais s'il faut une semaine, alors on a à faire à un cas exceptionnel. » Cet étudiant avait eu la chance rare d'admettre deux des cas les plus intéressants que le service de médecine du Massachusetts General Hospital ait enregistrés depuis longtemps. Il avait été amené à les présenter au cours du staff médical. Et en raison de son sens du théâtre, sa présentation avait été un succès. Elle reste l'expérience la plus mémorable sans doute de ses années d'apprentissage.

Les étudiants saisissent très rapidement cette dimension théâtrale. Ils répètent leurs présentations, apprennent à ne pas lire leurs notes, et même à s'arranger avec certains détails lorsque leur mémoire vient à flancher. Ils sentent très bien l'accueil qui leur est fait. Si l'exposé est mauvais, l'auditoire s'impatiente, on regarde ailleurs, on joue avec son crayon, ou bien l'on décroche tout simplement. « Si vous êtes trop long, tout est gâché pour tout le monde. Vous retenez l'équipe, et détraquez tout l'emploi du temps de la journée [...] ». C'est sur cet exercice que, le plus souvent, l'on apprécie ou pas un étudiant aux premiers stades de sa formation clinique. « Vous n'êtes pas jugé sur le temps passé avec vos patients, sur l'attention que vous leur portez, sur la qualité du rapport que vous établissez avec eux, sur l'étendue de vos connaissances en pathophysiologie, ou autre, commente un étudiant, vous êtes jugé sur la présentation des cas. »

Selon les critiques les plus courantes, l'exposé n'est pas le pur reflet du vécu, « le récit de ce qui s'est passé ». Pour certains auteurs, il n'est qu'une fiction convenue. Je dirai, quant à moi, que c'est bien plus que cela. L'exposé est un moyen d'organiser et d'interpréter le vécu, de projeter des expériences idéalisées et anticipées, une façon particulière de formuler la réalité et une manière d'influer sur elle par l'idée. Je reviendrai sur ce thème à propos des récits de maladies au chapitre 6. Ce que je veux dire ici, cependant, c'est que présenter un cas clinique n'est pas simplement une manière de décrire la réalité, mais de la construire. Cela fait partie d'un ensemble de pratiques formatives étroitement liées, par lesquelles on organise la maladie et on y répond dans les hôpitaux universitaires américains. La présentation de cas fait de la maladie un objet de la pratique médicale. L'exposé est le récit de son déroulement, spatialement localisé dans les lésions tissulaires et les troubles physiologiques, et temporellement soumis à la durée abstraite, médicalisée (Frankenberg 1988c). La personne, le sujet souffrant, est désignée comme lieu de la maladie plus qu'agent de sa narration. Le patient devient projet médical, et compte tenu du peu de temps dont on dispose, la présentation des cas vise à exclure tout ce qui n'est pas utile au diagnostic et à la décision thérapeutique. (pp. 176-179)

[...] établissement d'un dossier d'observation, présentation des cas cliniques, dialogue avec les patients [...] constituent ce qu'Austin (1962) qualifie d'« actes parlés », à savoir des avis aux conséquences considérables dans le monde réel. Il ne s'agit pas simplement de formes littéraires de représentation, de manières de penser le monde. Ces actes parlés sont de puissants moyens d'action, qui enclenchent les processus médicaux, décident des interventions techniques et de l'utilisation de la pharmacopée. Ainsi, lorsque j'évoque la « construction médicale du corps par les diverses pratiques interprétatives », je parle de gestes qui, au sens quasi littéral, donnent et redonnent forme au corps. (p. 181)