

É D I T O R I A L

L'éducation chirurgicale : « le GESTE et la PAROLE * »

La transmission de la connaissance, périodiquement remise en cause, est un défi diversement résolu selon les époques, les individus et les champs d'action, mais singulièrement difficile pour l'exercice de la chirurgie.

Enseigner et apprendre la chirurgie, ce vaste programme est compliqué par l'intrication du SAVOIR et du FAIRE pour l'obtention d'un SAVOIR-FAIRE garant de la compétence.

La réussite procède d'une relation privilégiée entre MAITRE et DISCIPLE, l'objectif avéré étant d'inculquer un niveau minimum de savoir-faire, plateforme à partir de laquelle chacun puisse donner libre cours à ses aptitudes particulières.

En situation idéale, l'apprenti-chirurgien, doté d'une solide formation de base, averti des errements à ne pas commettre par l'expérience de son mentor, bénéficie d'un avantage certain, de sorte que l'élève se doit d'égaliser le maître voire de le surpasser, car « *il commence où son maître finit* ».

En outre, cet apprentissage s'effectue sur le vivant et nécessite d'appréhender la dimension psychologique d'un patient en situation de dépendance.

La transformation de la société de transmission en société de communication a changé la donne, « *communiquer n'est pas transmettre* » (Régis DEBRAY).

L'analyse de la situation actuelle met en lumière la dislocation des relations classiques : maître/disciple et praticien /patient corrélée à la rupture d'équilibre entre le savoir et le faire.

La formation, training, apprentissage ou tout autre appellation s'est déstructurée et le candidat se retrouve dans une posture d'ISOLEMENT PARADOXAL, dans un brouhaha d'information dont la validation nécessite une réflexion analytique. Cette déstructuration relève à notre sens de trois phénomènes :

- **la dictature de l'IMAGE**

Le triomphe de l'image sur le texte dans la méthodologie de la pensée s'est avéré assez néfaste selon un *modus operandi* d'apparence contradictoire : temporo-spatiale ; d'une part, elle réduit la durée du processus analytique menant au diagnostic en court-circuitant trop souvent la clinique (fi de la palpation et autres percussions), de l'autre, elle s'interpose en écran, distendant la relation praticien/patient, les éloignant l'un de l'autre, pour un effritement de la confiance, d'ailleurs aggravé par la confusion chez le patient entre l'INFORMATION dont il est abreuvé et la CONNAISSANCE.

- **la réduction du SAVOIR**

« *Tout artisan est tenu de connaître le sujet sur lequel il travaille* » selon la recommandation d'Henri de MONDEVILLE, l'embryologie, l'anatomie sous toutes ses formes et la physiologie forment les fondamentaux du bagage chirurgical. Or les programmes pédagogiques ont rogné sur ces disciplines de base au profit d'autres, plus alléchantes, plus « scientifiques », telle la biologie du développement (Rosine CHANDEBOIS).

Par ailleurs, la durée des stages d'internat a été réduite et l'orientation spécialisée imposée précocement.

Ce renversement de la pyramide des acquisitions, reposant non plus sur sa base mais sur sa pointe a contribué au réductionnisme ambiant. La partie prévaut sur le tout, réduction de la distance, de la durée des acquisitions, « immédiate » des résultats, tels sont les vecteurs des comportements actuels.

(*) LEROI-GOURHAN A. *Le Geste et la Parole*. 2 vol. Albin Michel, Coll. Sciences d'aujourd'hui. Paris, 1964-1965.

Le FAIRE n'est d'ailleurs pas épargné par ce mini tsunami.

- **les avatars du FAIRE**

L'acquisition du geste, contrairement à la croyance populaire, n'est pas, sauf maladresse insigne, strictement le fait de l'habileté manuelle et d'une dextérité particulière, la MAIN est un des prolongements et des exécutants du cerveau.

L'apprenti-chirurgien est en situation de compagnonnage de l'artisanat chirurgical à cela près qu'il œuvre sur le vivant et n'a pas droit à l'erreur. Il se forme à la méthodologie de son mentor qui lui confie progressivement les instruments et la direction de l'acte opératoire, sachant toutefois que le disciple n'est pas le simple répétiteur du maître.

Dans cet esprit, l'apprentissage solitaire, par la répétition du geste, « sur le tas », l'autodidactisme chirurgical est une hérésie, la main n'est pas guidée par un cerveau averti.

Par ailleurs la recherche de vitesse, la course à la technique-recette ont conduit à des « *quickies courses* » faisant fi des subtilités de l'indication opératoire. Tel se situe le très répandu « *HOW I DO IT* », alors que la hiérarchisation de la démarche diagnostique et thérapeutique se doit de répondre aux interrogations classiques : Qui ? Pourquoi ? Quand ? Comment ?

Il est hautement souhaitable que le chirurgien corresponde à la définition de Clovis VINCENT, « *un médecin qui opère* » et ne se résume pas à un technicien spécialisé.

La chirurgie, artisanat certes, mais artisanat du vivant et de ce fait l'aspirant chirurgien se doit d'être instruit de la chose médicale, sachant que plus est que la chirurgie plastique, réparatrice et esthétique, en raison de l'exacerbation du souci de la FORME, en particulier dans le territoire facial, est un véritable ARTISANAT d'ART.

Quid de la FENTE dans cette galère ?

Elle illustre parfaitement le propos, car elle réalise un concentré des difficultés, sa réhabilitation nécessite de réconcilier l'IMAGE, l'apparence avec le TEXTE dans son expression orale, autrement dit la FORME et la FONCTION, dans un espace réduit dévolu aux activités de ravitaillement alimentaire et aérien, mais aussi au recueil de l'information visuelle, olfactive et indirectement auditive au sein du triangle de BROCA, dans une FACE qui est aussi un VISAGE.

Cette réhabilitation se doit de ne pas privilégier un aspect aux dépens des autres et elle s'inscrit dans la durée, nécessaire à la croissance, et donc aux trois dimensions de l'espace se surajoute une quatrième, le TEMPS.

Le chirurgien a pour son savoir-faire les yeux de CHIMÈNE et le désir de FAIRE-SAVOIR, mais il se doit de mettre en pratique son esprit critique dans sa dimension fondamentale l'AUTOCRITIQUE.

Cet éditorial se veut un plaidoyer pro-domo pour le maintien d'un équilibre raisonné et raisonnable entre le faire et le savoir, en gardant présent à l'esprit le rôle prééminent de l'observation clinique, conjuguée au bon sens et à l'appréhension de la dimension psychologique du patient.

Le FAIT CLINIQUE prévaut sur le FAIT EXPERIMENTAL.

C'est ainsi qu'Hippolyte MORESTIN, plasticien précurseur, décrit, entre autres, par le seul fait de son sens clinique, la première technique de pharyngoplastie, alors que la fente n'était pas, tant s'en faut, son domaine réservé.

Professeur Michel STRICKER

Les opinions émises n'engagent que leurs auteurs.