

# Littérature, écriture, médecine

## REVUE MÉDECINE ET PHILOSOPHIE

Alexandre Wenger\*

\*Professeur de Medical Humanities, Université de Genève, Faculté de médecine

---

### RÉSUMÉ

Depuis un certain nombre d'années, les universités et les formations de soins ménagent une place croissant à la médecine narrative. Mais la teneur et les objectifs, en somme le rôle exact assigné à la lecture de fictions ou à l'écriture de récits de soignants et de malades reste encore marqué par un certain flou. Cet article propose une réflexion sur les apports de la littérature et de la narration à la pensée médicale. Il fait le point sur les conditions intellectuelles et institutionnelles favorables au dialogue interdisciplinaire, tout en pointant certains malentendus qui grèvent la bonne collaboration entre représentants des sciences biomédicales et des sciences humaines.

**MOTS-CLÉS** : humanités médicales ; narration ; littérature ; médecine ; écriture ; réflexivité ; pertinence.

DOI : 10.51328/21203

« [La médecine] est un art muet, c'est-à-dire dont l'exercice exige bien plus d'étude et de réflexion que de paroles. »

J.-D.-T. de Bienville, *Traité des Erreurs Populaires sur la Santé*, La Haye, Chez Pierre-Frédéric Gosse, 1775, p. 124

Les initiatives consistant à introduire de la littérature dans les facultés médicales et dans le monde du soin, bien qu'elles ne soient plus tout à fait récentes, restent encore fréquemment marquées par un certain flou quant à leur teneur et leurs objectifs. Qu'elles portent sur l'enseignement, sur la recherche ou sur la clinique, elles participent d'une interdisciplinarité à large spectre entre les sciences biomédicales et les approches littéraires. Elles ont tendance à dessiner une nouvelle cartographie des savoirs, où la médecine peut être narrative et la littérature thérapeutique.

À l'effervescence institutionnelle qu'elles suscitent s'ajoutent un certain nombre de questions auxquelles, à ce jour, les réponses restent divergentes sinon manquantes : quelles opportunités les soignants et les responsables de filières de formation médicale perçoivent-ils dans cet ensemble indéfini qu'est « la littérature » ? Que peut la narration face à la puissante culture biomédicale ? Quel rôle des enseignants-chercheurs issus des lettres peuvent-

ils remplir dans une formation professionnalisante ? Que peuvent les littéraires face à des cliniciens qui, parfois, ne voient en eux que des prestataires de services ou les pourvoyeurs d'un supplément d'âme dans une filière trop technique ? Leur identité professionnelle se trouve-t-elle modifiée par la collaboration avec les médecins ?

### Une demande de sens

Au début des années 1990, de nombreux professionnels de la santé ont exprimé un sentiment de saturation face au cloisonnement disciplinaire toujours plus marqué dans le monde médical ; ils ne se sont plus reconnus dans la technicisation de l'outillage médical et dans la quantité exponentielle de publications scientifiques spécialisées.

Ce sentiment de saturation a entraîné deux réactions contrastées. La première a été l'*Evidence-based medicine* (EBM). Il s'agit d'une aide informatisée à la décision clinique fondée sur une hiérarchisation des niveaux d'expertise<sup>1</sup>, permettant de mobiliser rapidement et de façon systématique de grandes quantités d'informations au sujet d'un médicament ou d'un traitement. L'objectif de l'EBM est de réduire au maximum la variabilité et la

---

<sup>1</sup> L'EBM classe des catégories de preuves cliniques en fonction de leur « scientificité » : les déclarations *ex cathedra* de l'expert médical (le professeur, le praticien aguerri, le chercheur) constituent le plus bas niveau de preuve. Des études statistiques répondant à une méthodologie scientifique précise et incluant de grands groupes de populations constituent le plus haut niveau de preuve.

faillibilité de la décision humaine<sup>2</sup>. Plus que le recours à la preuve mathématique, c'est l'extension informatique de la méthode qui fait sa nouveauté.

Aujourd'hui, l'EBM reste le paradigme dominant. Pourtant, il a dès l'origine fait l'objet de réserves dont celle, restée célèbre, de David Graham-Smith : « Je suis si occupé à appliquer cette nouvelle méthodologie... que je n'ai plus le temps de voir des patients »<sup>3</sup>. Au fond, l'EBM laisse sans réponse la question du sens. Le recours systématique à des méta-analyses, aux essais randomisés et à l'assistance statistique contrevient à une compréhension unifiée du patient et, dans bien des cas, met à mal la vocation médicale.

La seconde réaction consiste en l'intégration des sciences humaines et sociales et des arts dans la pensée et dans les cursus médico-soignants. Les *Medical Humanities* ou humanités médicales (MH) se veulent à la fois une réaction contre le cloisonnement disciplinaire biomédical et une réponse à la demande de sens laissée vacante par l'EBM : elles contextualisent leurs objets, en restituent la complexité, prennent en compte leur singularité, et les interprètent de façon critique. Elles ont une fonction de mise en lien : mise en lien du passé et du présent, des sciences humaines et des sciences dites dures, du concept et de l'expérience de terrain.

### Ce que peut la littérature

De même que la philosophie et la sociologie, la littérature était partie prenante des premiers programmes de MH aux États-Unis dès leur création<sup>4</sup>. Les modalités de son intégration ont varié<sup>5</sup> mais, fondamentalement, il était attendu de la littérature un décentrement de perspective salutaire, un point de vue permettant d'enrichir et d'interroger le réductionnisme biomédical. Dans cette intention, intégrer la littérature dans la formation et dans la pratique médicale ne se limite donc pas à la seule importation d'un *corpus* de récits – ce *corpus* présentait-il l'infinie richesse du canon romanesque. C'est aussi, et surtout, l'introduction d'une perspective critique apportée par les savoirs littéraires acquis – esthétique, histoire littéraire, narratologie, linguistique – qui garantit le décentrement souhaité. Le seul accès aux textes ne suffit pas ; il faut la plus-value de la guidance, l'apport du regard littéraire.

Le point est d'importance : il ne s'agit en aucun cas de nier que la littérature – romans, mémoires, témoignages, autofiction, etc. –, constitue un réservoir d'expériences qui, par sa richesse formelle, permet aux lecteurs de penser la relation médecin-patient, les rôles des soignants, ou encore l'expression individuelle de la souffrance. « La littérature n'est pas la réalité, mais elle peut permettre de mieux la comprendre en offrant un regard critique que le quotidien ne laisse pas le temps de saisir. Le roman double et prolonge l'expérience de la vie. L'expérience du livre enrichit l'épreuve de la réalité » (Danou, 1998). De

fait, ainsi conçue, la littérature suscite à la fois une réflexion et l'ouverture à un partage sensible, à une compréhension mutuelle et empathique, et l'on peut raisonnablement penser qu'au cours des dernières décennies elle a contribué à la réhabilitation du point de vue des malades et des laissés-pour-compte des systèmes de santé, partant à une tentative de résorption de l'asymétrie médecin-malade. Plus encore, si l'on admet que « la réflexion romanesque » est « farouchement indépendante de tout système d'idées préconçu ; elle ne juge pas ; ne proclame pas des vérités ; elle s'interroge, elle s'étonne, elle sonde » (Kundera, 2005), alors on peut également reconnaître que cet exercice de la liberté est bienvenu dans les professions soignantes, où la créativité et la flexibilité au cas par cas viennent souvent à bout de situations cliniques compliquées face auxquelles le dogmatisme d'école et l'esprit de systèmes se trouvent mis en échec.

Mais c'est faire preuve d'angélisme que de penser que la lecture de romans, même de bons romans, spontanément et comme par infusion suffit à rendre les lecteurs plus attentifs à autrui, plus ouverts à l'altérité, plus empathiques dans leurs actions au quotidien. La littérature n'est pas un catéchisme et la possession d'une ample bibliothèque ne garantit pas qu'un médecin agisse en humaniste.

L'approche défendue ici est celle d'un apport spécifique du point de vue académique et critique, d'une compétence interprétative acquise par les études et par la recherche littéraire, avec leurs méthodes, leurs réseaux et leurs modes de validation. C'est précisément ce point de vue interprétatif construit qui octroie à la littérature une place centrale dans le cursus médical.

### Attentes envers la narration

Si le corpus romanesque peut être considéré comme un grand réservoir d'expériences substitutives, c'est en vertu de la force de captation de la narration sur le lecteur. L'immersion fictionnelle permet au lecteur de se faire siennes les situations exprimées par le récit. Symétriquement, l'écriture est également sollicitée dans le monde médico-soignant, par exemple pour permettre à des patients chroniques de donner sens à leur histoire de maladie ou, pour le moins, de la formaliser en un récit cohérent. En faisant le récit d'une maladie, c'est-à-dire en l'inscrivant dans une chronologie, une causalité, en y intégrant les points de vue aussi bien du malade que des soignants à travers un vocabulaire commun, d'aucuns ont aussi vu une manière de favoriser la communication entre soignant et soigné<sup>6</sup>. Le langage devient alors un terrain de rencontre possible entre celui-ci et celui-là, et les compétences narratologiques du soignant demandent à être développées pour qu'il puisse correctement interpréter le récit du malade et le traduire en un cas médical. Si « l'être humain est une espèce narrative<sup>7</sup> » et que « vos malades, c'est un ensemble, un texte somatique, particulièrement obscur, illisible » (Dagognet, 1996), alors le raisonnement clinique devient une application des savoirs narratifs et la relation de soin

<sup>2</sup> « Evidence-based medicine is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. » (Sackett D., Rosenberg W., Muir G., Haynes B., Scott R., 1996). Voir aussi le texte fondateur : (The Evidence Based Medicine Working Group, 1992).

<sup>3</sup> « I am so busy applying this new methodology... that I no longer have time to see patients. » (Graham-Smith, 1995).

<sup>4</sup> À savoir au *Department of Humanities at Pennsylvania State University's College of Medicine*, Hershey en 1967, puis à l'*Institute for the Medical Humanities*, The University of Texas Medical Branch at Galveston en 1973.

<sup>5</sup> Voir (Charon et al., 1995) et (Charon, 2001).

<sup>6</sup> Voir (Charon, Montello, 2022). Selon Paul Ricoeur, la narration restaure l'identité personnelle de l'individu souffrant, offre un médium pour le dialogue entre le médecin et le patient, et endosse une fonction réflexive pour le soignant (Ricoeur, 1996).

<sup>7</sup> « *Human beings are a narrative species.* » (Montgomery Hunter, 2003).

apparaît comme la construction d'un récit commun<sup>8</sup>.

Cette conception essuie néanmoins des critiques depuis quelques années, en particulier pour sa propension à inscrire l'identité narrative dans une linéarité jugée forcée. L'idée d'une rationalité narrative de soi serait particulièrement contestable dans le cas de patients dont l'existence est durablement déstructurée par une maladie chronique<sup>9</sup>. Par-delà ces débats, on peut néanmoins estimer que les compétences narratives d'interprétation du récit permettent d'analyser des conflits de valeurs. À ce titre, elles sont d'ailleurs utilisées par exemple dans le domaine de l'éthique clinique<sup>10</sup>. Plus largement, l'attention aux enjeux narratifs préserve et développe la conscience de l'importance de la formulation, de l'expression, de la charge des mots face à la technicité impersonnelle.

### Valoriser l'approche littéraire

L'interdisciplinarité, ce sont (au moins) deux disciplines en dialogue : en dialogue, et non l'une qui absorbe l'autre. Cette exigence égalitaire n'est pas une question territoriale, de pré carré, mais une condition intellectuelle pour un échange fructueux. Pour effectuer un travail en collaboration interdisciplinaire, il faut donc d'abord être reconnu dans sa discipline.

Mais comment garantir le sérieux de l'approche proposée à un médecin qui ne saisit pas mieux les enjeux méthodologiques d'une recherche d'histoire littéraire ou de narratologie qu'un littéraire ne saisit ceux d'une étude randomisée multicentrique en double aveugle en oncogénétique ? La solution qui consiste à faire du doctorat *ès-lettres* un prérequis pour intégrer un programme de MH dans une faculté de médecine<sup>11</sup> est loin d'être idéale, mais elle garantit au moins un certain nombre d'années d'études et la reconnaissance académique par ses pairs. Certes certaines thèses laissent à désirer et de nombreuses personnes infiniment intéressantes ne possèdent pas de thèse. Mais le doctorat offre aux médecins l'assurance de la maîtrise d'un champ de spécialisation et de l'inscription dans des réseaux de validation (diplômes, symposiums, accès aux publications reconnues, obtention de subsides compétitifs, etc.).

Réciproquement, l'exigence d'une thèse *ès-lettres* suppose qu'il n'est pas souhaitable qu'un médecin qui aurait lu quelques romans enseigne la littérature aux étudiants en médecine. Si l'objectif est d'enrichir un cursus médical par un point de vue réellement complémentaire et critique, la littérature doit être enseignée par un littéraire – comme l'histoire doit l'être par un historien, la philosophie par un philosophe, etc. Il ne viendrait à l'idée de personne d'enseigner la chirurgie pour avoir lu quelques livres ou vu quelques films sur le sujet.

### De quelques malentendus à lever

Premièrement, un littéraire – plus généralement un représentant des sciences humaines et sociales – en faculté de médecine ne s'y trouve pas pour rendre les médecins « plus humains », d'une part parce qu'ils ne sont pas inhumains, d'autre part parce que fréquenter les lettres ne fait de personne un champion de l'humanité, enfin et surtout parce que cela n'a rien à voir avec les études littéraires. Les lettres ne forment ni au déversement émotionnel, ni à l'épanchement des cœurs. Un littéraire n'est pas là pour enseigner des techniques de communication, encore moins l'empathie ou la communion des âmes parce qu'il n'est ni un coach, ni un gourou, ni un prêtre. Il ne représente pas un savoir mou, périphérique, par rapport à un noyau de connaissances dures, car il n'est pas un satellite de la médecine. En revanche il peut être un interlocuteur. La demande « d'humaniser les médecins », aussi sincère soit-elle, est donc révélatrice d'un malentendu qui porte sur le rôle d'un littéraire, en l'occurrence sa compétence, sa formation et ses outils.

Deuxièmement, la demande de réinjecter « un peu de culture générale » dans les études de médecines émane généralement de praticiens d'un certain âge, nostalgiques d'une médecine humaniste passée (fantasmée ou réelle), d'un temps où le latin était enseigné aux carabins et où les médecins étaient aussi acteurs du monde artistique et culturel. Ces mêmes praticiens ménagent parfois une place généreuse à l'art dans les cursus médicaux, car ils pensent trouver dans les littéraires les pourvoyeurs de cette culture générale délaissée. Évidemment, apporter un peu de vernis culturel, c'est une perspective bien peu stimulante pour des spécialistes qui, d'abord par leurs études puis par leurs recherches, construisent patiemment une perspective critique sur la littérature, appuyée sur une méthodologie contraignante et des outils spécifiques.

La culture générale est librement accessible aux étudiants en médecine sur Internet. Il n'est nul besoin d'avoir fait une thèse de doctorat en littérature pour inculquer quelques notions de culture générale, et les humanités médicales seraient un luxe si elles ne consistaient qu'en l'évocation de quelques références érudites à l'attention d'une médecine nostalgique de son passé. Mais au lieu de se laisser abattre par le caractère réducteur de la demande, il faut voir que celle-ci constitue une opportunité de collaboration, une perche à saisir. Elle permet de promouvoir le regard de littéraire hors des frontières strictes des études littéraires.

Troisièmement, la volonté – louable – de promouvoir un point de vue intégratif et complet sur les soins et la santé conduisent d'aucuns à prôner le dépassement de l'interdisciplinarité en faveur de l'indiscipline, soit un état permanent d'hybridité, un brassage continu abolissant les frontières strictes de toutes les disciplines. Or une telle proposition ne peut être avancée que par une personne qui se trouve dans sa discipline ; bien plus, qui se trouve de façon myope au centre de sa discipline, là où les convictions, les présupposés de méthode et les habits professionnels sont confortablement partagés. On ne peut croire qu'un état bienheureux de dilution pacifique et fructueuse de toutes les disciplines les unes dans les autres peut exister que si l'on n'a jamais été confronté aux problèmes pratiques de l'interdisciplinarité. Un ancrage disciplinaire fort est le préalable nécessaire à l'ouverture interdisciplinaire. On se forme dans une discipline, puis on se

<sup>8</sup> « Clinical reason is a basic application of narrative knowledge, namely the forms of knowledge that are used to understand the meaning and significance of stories through cognitive, symbolic and affective means. » (Montgomery Hunter, 2003).

<sup>9</sup> Voir notamment le collectif *The Edinburgh Companion to the Critical Medical Humanities*, ed. by Anne Whitehead and others, Edinburgh, Edinburgh University Press, 2016.

<sup>10</sup> C'est le cas de la méthode dite des scénarios, développée par Hubert Doucet. Pour un aperçu sur ses enjeux, voir (Moreault, 2006).

<sup>11</sup> C'est la solution retenue depuis longtemps p. ex. à l'Université de Genève, où les collaborateurs du programme des sciences humaines en médecine sont tous titulaires d'un doctorat en histoire, en histoire de l'art, en littérature ou en philosophie. Voir (Louis-Courvoisier, 2008).

confronte pratiquement aux autres. L'interdisciplinarité comme fin en soi ne s'enseigne pas, du moins pas au niveau bachelier, et peut-être pas même encore en master.

Enfin, un dernier malentendu porte sur les modalités de présence de la littérature – et plus largement des sciences humaines et sociales – dans les programmes d'enseignement et de recherche en humanités médicales. Les représentants de ces disciplines se sentent souvent tenus de prouver leur utilité dans des cursus médicaux à vocation professionnalisante et au sein desquels la compétition pour enseigner « sa » discipline est féroce. Or il s'agit là d'une fausse façon d'aborder la question du rôle des sciences humaines et des arts en médecine. La littérature, l'écriture, la lecture ont une pertinence (Wenger, Edgar, Louis Courvoisier, 2016), pas une utilité. Au même titre que la biologie ne se sent pas tenue de justifier sa présence dans la formation médicale, la littérature ne devrait pas avoir à justifier la sienne. Le savoir biomédical est fondamental mais pas exclusif ni suffisant : la médecine est un art autant qu'une science qui, pour rester vivante, puise à des courants divers. Par le raisonnement utilitaire, l'apport littéraire est instrumentalisé et, de ce fait, réduit dans sa spécificité, contraint dans son originalité. La littérature, mise en demeure de démontrer sa valeur pratique dans un cursus professionnalisant, devrait se plier à une logique médicale et, de ce fait, laisserait de côté sa logique propre, qui constitue précisément son apport. Par exemple, il faudrait prouver que lire des romans augmente l'empathie des étudiants en médecine. Il faudrait ensuite évaluer cette augmentation sous la forme pour le moins réductrice de questions de QCM. Ce travers utilitaire est malheureusement répandu, comme l'atteste le fait que, dans des revues médicales, d'aucuns ont proposé l'équation selon laquelle, de l'injonction à lire régulièrement X poèmes, il résultait – quasi mathématiquement – une amélioration supposément vérifiable, quantifiable, des prestations des médecins<sup>12</sup>.

De tels malentendus n'ont rien de réhibitoire, il suffit de leur opposer la tradition forte, ancrée, critique, des études littéraires. Mais ils peuvent s'avérer pernicieux à l'heure où les représentations savantes de « la littérature » sont en crise, et que les filières de lettres, parfois confrontées à un manque de reconnaissance et à des effectifs en baisse, sont bousculées à la fois dans « la transmission des valeurs littéraires, l'étude cognitive des faits littéraires et la formation des étudiants en littérature » (Schaeffer, 2011).

### Le temps nécessaire

L'interdisciplinarité ne s'improvise pas et, surtout, elle requiert du temps. Imaginons l'exemple d'un cours dans lequel on souhaite faire réfléchir les étudiants en médecine non pas à la mort mais à la place du *mourant* dans nos sociétés. Plus exactement aux liens entre le médecin et le mourant : la mort est en effet abordée par des biais différents – cours de médecine légale, anatomie, etc. – mais l'inévitable confrontation avec les mourants en milieu clinique reste souvent une tâche aveugle dans les cursus médicaux. De concert avec les responsables de ces derniers, il faut donc d'abord identifier le besoin

exact et le moment le plus approprié – p. ex. le début des années cliniques – pour dispenser ce cours. Il faut ensuite proposer une formule de cours. Admettons qu'il s'agisse de lire des extraits de romans qui abordent la question du mourant, de les commenter en tant qu'œuvres mais aussi de les actualiser avec les étudiants. Il faut donc identifier des extraits pertinents, élaborer en commun le déroulement du cours et les questions importantes à discuter, enfin créer les binômes – un médecin et un représentant des sciences humaines – qui dispensent régulièrement ce cours.

Il s'agit d'un travail de longue haleine, qui exige que les médecins comprennent comment s'élabore une réflexion littéraire. Le temps consacré à trouver les bonnes personnes et à convaincre les responsables peut créer un sentiment d'insatisfaction – parfois d'insatisfaction panique – engendrée par le fait que pour un littéraire comme pour un philosophe ou un historien, travailler sérieusement c'est se retrouver seul, profondément absorbé dans la réflexion, et non happé par le tourbillon des démarches administratives. Il est certain qu'une telle interdisciplinarité transforme partiellement le rôle des représentants des sciences humaines à l'Université ; mais cette transformation est une concession acceptable face à l'intense satisfaction d'une pratique de la littérature vivante, en prise avec le monde, et de la possibilité de faire valoir le point de vue littéraire en un lieu où il est attendu et souhaité.

### Que fait-on en écrivant ?

À côté de la lecture, l'écriture offre également des possibilités réflexives, communicationnelles, narratives et créatives, qui intéressent les facultés de médecine. L'écriture affine le sens de la relation, ainsi que la capacité à moduler son expression et à se faire comprendre de façon nuancée. À ce titre, elle participe de l'apprentissage d'une communication maîtrisée et nuancée – ce qui constitue un objectif professionnel fondamental en clinique. Mais là encore, il faut se mettre au clair sur les apports souhaités de l'écriture dans le monde du soin.

Aujourd'hui, tout-un-chacun peut écrire pour donner sens à soi et au monde, s'autoéditer à bon marché et participer à toutes sortes de formes d'écriture collaborative immédiate sur Internet : « le début du XXI<sup>e</sup> siècle a vu l'émergence d'une conception [...] "thérapeutique" de l'écriture et de la lecture, celle d'une littérature qui guérit, qui soigne, qui aide, ou, du moins, qui "fait du bien" [...] La littérature voudrait faire face au monde, agir, remédier aux souffrances, nous aider à mieux vivre dans nos existences ordinaires » (Gefen, 2017). Cette aspiration à une écriture thérapeutique, lorsqu'elle s'accompagne d'une affirmation identitaire et qu'elle consiste à faire sortir ses émotions, à se raconter sans filtre critique, peut faire l'objet de jugements légitimement sévères : « On affiche ses souffrances, on dénonce l'offense, on donne libre cours à ses affects, autant de marqueurs identitaires qui expriment un désir de visibilité, tantôt pour affirmer son indignation, tantôt pour revendiquer d'être reconnu. Les arts et les lettres n'échappent pas au phénomène puisque jamais la littérature n'a été autant préoccupée de "vécu" qu'aujourd'hui » (Roudinesco, 2021).

La notion de « vécu » est emblématique des valeurs contradictoires dont l'écriture, et en l'occurrence l'écriture dans le cadre de la médecine et des soins, peut se retrou-

<sup>12</sup> Voir (Shapiro J., Rucker L., 2003). Robin Philipp, un spécialiste britannique de santé publique, affirme sans s'embarrasser de nuances que lire ou écrire quelques lignes de poésie dispenserait de tranquillisants et d'antidépresseurs (Philipp, 1994 ; ainsi que Philipp R, Coppell C, Freeman H., 1994). L'histoire ne dit pas ce qu'il entend par poésie.

ver investie. De nos jours la relation soignant-soigné ne peut plus faire l'économie de la prise en compte du vécu du patient – ce dernier étant, précisément en vertu de ce vécu, considéré comme un expert de lui-même, légitime interlocuteur du médecin qui, lui, s'est assuré son expertise par ses études. Si le vécu peut être considéré comme une manière d'impliquer l'histoire du patient dans le projet de soins, il apparaît malheureusement trop fréquemment comme une désintellectualisation de soi, comme un ressenti qui se suffit à lui-même et comme un paquet d'émotions qui n'ont d'autre fin que leur expression<sup>13</sup>.

Or l'écriture ce n'est pas seulement l'ouverture d'un espace émotionnel, c'est aussi une pratique intellectuelle de mise en situation de son propre point de vue, de sélection et de hiérarchisation de l'information, de prise en compte d'un destinataire ; c'est la création d'un espace de réflexion au sein duquel on agence et on articule entre eux des savoirs de nature différente. Comme pour la lecture, pour que l'écriture puisse révéler son plein potentiel de retour sur soi, d'exploration heuristique et de créativité dans le cadre de la formation médicale, il est donc souhaitable qu'elle bénéficie d'un accompagnement professionnel.

### Intérêt de la contrainte formelle

L'imposition de contraintes formelles, dans le cadre par exemple d'un exercice d'écriture donné à des étudiants en médecine, ne doit pas être perçue comme une diminution de liberté. Au contraire, la contrainte formelle favorise la créativité. Imaginer son destinataire fait apparaître la nécessité d'adopter un vocabulaire adapté, cohérent, sans sauts qualitatifs entre des termes usuels et du technolècte. L'exigence de la brièveté, quant à elle, rend explicites les choix de sélection et de hiérarchisation de l'information. Ou encore, donner un titre, soigner l'accroche, trouver une véritable fin pour son récit, font prendre conscience de la direction générale et de la construction d'ensemble de son texte.

L'évaluation d'un exercice d'écriture doit se faire par des littéraires qui possèdent un savoir professionnel sur la structuration d'un récit, sur sa cohérence et ses effets de style. Il ne s'agit pas d'en corriger l'expression : les cours d'expression française et de soutien de la langue peuvent être utiles, mais en l'occurrence il s'agit d'un tout autre objectif que d'accompagner un étudiant et futur médecin dans la rédaction d'un texte réflexif, lui permettant de penser son rôle, de se mettre à la place d'un patient, et d'intégrer à sa réflexion des dimensions parfois conflictuelles, telles que les intérêts économiques, éthiques, médicaux, familiaux, etc.

Les études médicales sont une course à la montre. L'introduction de moments de souffle réflexif, sous la forme de l'écriture individuelle, permet aux étudiants de se situer, de se concentrer sur l'essentiel. Ces moments sont fondamentaux dans la construction de l'*ethos* professionnel et concourent à prévenir la frustration que peut engendrer l'hyperspécialisation médicale. Par conséquent, toutes les occasions sont bonnes pour faire écrire les étudiants, dès lors que le lien avec leur quotidien est explicite : créer un message de santé publique à partir de sources variées afin de réfléchir à l'effet produit, réécrire une vignette clinique sous la forme du récit subjectif de

l'un de ses protagonistes afin d'endosser un point de vue différent, rédiger le discours d'adieu que l'on prononcera lors de son départ à la retraite afin d'imaginer quelle carrière future l'on souhaite. L'ancrage de l'exercice dans un stage clinique, avec une écriture nourrie par une observation réelle, aiguise le regard des étudiants et change leur perspective sur leur comportement clinique.

### Le rapport à la langue

« [L]orsqu'on sélectionne les étudiants en médecine, on devrait certainement pouvoir prendre pour critère – si c'était possible de le tester – la capacité de se livrer à ce que j'appelle les identifications croisées : se mettre à la place de l'autre" (Winnicott, 1988). La lecture et l'écriture ont une fonction réflexive car elles *situent* celui qui lit ou écrit en lui permettant de penser l'autre. Elles sont projectives car elles permettent de réfléchir aux défis posés aux praticiens dans un futur proche. La médecine et le soin ont tout à gagner à ne pas se déconnecter de ce rapport interne à la langue.

### RÉFÉRENCES

- Charon R. (2001). Narrative Medicine : Form, Function, and Ethics. *Annals of Internal Medicine*, vol. 134, n. 1 (2 janv. 2001), pp. 83-87.
- Charon R., Montello M. (2002). *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*, New York and London, Routledge, 2002.
- Charon R., Trautmann Banks J., Connelly J.E, Hunsaker Hawkins A., Montgomery Hunter K., Hudson Jones A, Montello M. Poirer S. (1995). Literature and Medicine : Contributions to Clinical Practice. *Annals of Internal Medicine*, vol. 122, n. 8 (15 avr. 1995), pp. 599-606
- Dagognet F. (1996). *Pour une philosophie de la maladie*, Paris, Textuel, 1996.
- Danou G. (1998). De l'intérêt de la lecture littéraire pour la pratique médicale. *La Lettre du Rhumatologue*, n° 239 (1998), pp. 30-31.
- Gefen A., *Réparer le monde*, Paris, José Corti, 2017.
- Graham-Smith D. (1995). Evidence base medicine : Socratic dissent. *British Medical Journal*, 310 (1995), pp. 1126-1127.
- Kundera M., *Le rideau*, Paris, Gallimard, 2005.
- Louis-Courvoisier M. (2008). Les humanités médicales à Genève : conditions pratiques et cadre théorique de l'enseignement. In Danou G. (éd.), *Médecine et littérature ou les voix de la résistance*, Paris, Textuel, 2008, pp. 31-44.
- Montgomery Hunter K. (2003). Narrative. In Post S.G. (éd.), *Encyclopedia of Bioethics*, New York [et al.], MacMillan, 2003, pp. 1875-1880.
- Moreault F. (2006). Entretien avec Hubert Doucet. In Létourneau A. (dir.), *Trois écoles québécoises d'éthique appliquée*. Sherbrooke, Rimouski et Montréal, Paris, L'Harmattan, 2006, pp. 233-250.
- Philipp R, Coppel C, Freeman H. (1994). Poetry and the art of medicine. *British Medical Journal*, vol. 308 (1994), p. 63.
- Philipp R. (1994). Poetry or Prozac? Blues Therapy Turns a Page, By Barry James. *The New York Times*, February 16, 1994.
- Ricoeur P. (1996). Les trois niveaux du jugement médical. *Esprit*, 227 (décembre 1996), pp. 21-33
- Roudinesco E. (2021). *Soi-même comme un roi. Essai sur les dérives identitaires*, Paris, Seuil, 2021.

<sup>13</sup> L'art-thérapie constitue un cas à part non pris en compte ici, non pas parce qu'elle serait illégitime mais parce qu'elle représente une position non critique dont la place dans un cursus universitaire est contestable.

Sackett D. L., Rosenberg W., Muir G., Haynes B., Scott R. (1996). Evidence Based Medicine : What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312 (13 janv. 1996), pp. 71-72.

Schaeffer J. M. (2011). *Petite écologie des études littéraires. Pourquoi et comment étudier la littérature ?*, Éd. Thierry Marchaisse, 2011.

Shapiro J., Rucker L. (2003). Can Poetry Make better Doctors ? Teaching the Humanities and Arts to medical Students and Residentes at the University of California, Irvine, College of Medicine. *Academic Medicine*, vol. 78, n. 10 (oct. 2003), pp. 953-957.

The Evidence Based Medicine Working Group, (1992). Evidence based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of the American Medical Association*, vol. 268, n. 17 (4 nov. 1992), pp. 2420-2425.

Wenger A., Edgar B., Louis-Courvoisier M. (2016), *Medical Humanities : Let's Talk about Pertinence*. *Bioethica Forum*, vol. 9, n. 4 (2016), pp. 161-163.

Whitehead A. et al. (2016). *The Edinburgh Companion to the Critical Medical Humanities*, Edinburgh, Edinburgh University Press, 2016.

Winnicott D.W. (1988). *Conversations ordinaires*, Paris Gallimard, 1988 [1986].