



HAL
open science

Le médecin poète écrivain en France de nos jours: caractéristiques et apport de l'écriture à la relation médecin patient

Laure Berthelot Cabaret

► To cite this version:

Laure Berthelot Cabaret. Le médecin poète écrivain en France de nos jours: caractéristiques et apport de l'écriture à la relation médecin patient. Sciences du Vivant [q-bio]. 2008. hal-01733004

HAL Id: hal-01733004

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733004v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Laure BERTHELOT CABARET

le 19 décembre 2008

LE MÉDECIN POÈTE ÉCRIVAIN EN FRANCE DE NOS JOURS

CARACTÉRISTIQUES ET APPORT DE L'ÉCRITURE À LA RELATION MÉDECIN PATIENT

Examineurs de la thèse :

M., le Professeur	Pierre LEDERLIN		Président
M. le Professeur	Jean-Pierre KAHN	}	
M. le Professeur	Pierre KAMINSKY	}	Juges
M. le Professeur	Alain AUBRÈGE	}	

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Laure BERTHELOT CABARET

le 19 décembre 2008

LE MÉDECIN POÈTE ÉCRIVAIN EN FRANCE DE NOS JOURS

CARACTÉRISTIQUES ET APPORT DE L'ÉCRITURE À LA RELATION MÉDECIN PATIENT

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur	Pierre LEDERLIN		Président
M. le Professeur	Jean-Pierre KAHN	}	
M. le Professeur	Pierre KAMINSKY	}	Juges
M. le Professeur	Alain AUBRÈGE	}	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ,, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT
Vice Doyen Pédagogie : Professeur Anniek BARBAUD
Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. le Professeur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET – Guy RAUBER – Paul SADOUL
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Émile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Pierre PAYSANT – Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT
Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT – Gérard DEBRY
Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI – Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN
Jean PREVOT – Jean FLOQUET – Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE
Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES – Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE
Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER – Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ
Paul VERT – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT
Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND
Hubert GERARD – Jean-Pierre NICOLAS – Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL
Michel VIDAILHET – Claude BURLET – Jean-Pierre DELAGOUTTE – Jean-Pierre MALLIÉ
Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD – Professeur Guy PETIET

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire (type mixte : biologique))

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Étienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre

KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –
Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERRON – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

**44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET
NUTRITION**

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BEZDETNYA épouse BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Élisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Paul VERT - Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT
Mme le Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Alain BERTRAND - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE
Professeur Danièle SOMMELET - Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET - Professeur Pierre BEY
Professeur Jean FLOQUET - Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel STRICKER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

**A Monsieur Le Professeur Pierre Lederlin,
Professeur de Médecine Interne,**

**Nous vous remercions de nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et
d'avoir accordé à notre sujet votre entière considération.**

**Soyez assuré de notre immense reconnaissance et de notre plus profond respect pour
l'enseignement que vous nous avez apporté.**

**A Monsieur le professeur Jean-Pierre Kahn,
Professeur de Psychiatrie d'Adultes,**

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail de thèse.

Sans l'apport de votre discipline, ce travail inédit n'aurait pu aboutir.

**Soyez assuré de notre sincère gratitude et de notre plus profond respect pour l'enseignement
que vous nous avez apporté.**

**A Monsieur le Professeur Pierre Kaminsky,
Professeur de Médecine Interne,**

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail de thèse.

Assouvir votre curiosité fut un des moteurs de notre travail.

Soyez assuré de notre sincère et de notre plus profond respect pour l'enseignement que vous nous avez apporté.

**A Monsieur le Professeur Alain Aubrège,
Professeur associé de Médecine Générale,**

**Nous vous remercions d'avoir accepté avec enthousiasme de diriger ce travail de thèse.
Votre intérêt, votre disponibilité et votre ouverture d'esprit n'ont eu de cesse de nous
encourager à poursuivre notre recherche.**

**Soyez assuré de notre haute considération pour l'accueil que vous nous avez fait et de notre
plus profond respect pour l'enseignement que vous nous avez prodigué.**

A **Cyrille**, sans toi cette thèse ne serait pas ... et moi non plus.
Tu es tissé dans ma vie, je t'aime.

A **mes filles, Anaïs et Margot**, avec tout mon amour indicible.

A **mes parents, Nathalie et Michel**, merci pour votre amour et de m'avoir fait ce que je suis.

A **mon frère Cyril et à Kokovi**, je vous aime, merci d'être ce que vous êtes.

A **mon Grand-père, Claude**, merci pour ton soutien et ton expérience.

A **ma tante Gisèle**, merci d'avoir toujours veillé sur moi.

A **Françoise**, merci pour ton regard si différent du mien.

A **mon autre famille**,

Mes jolis-parents, Marie-Claude et Francis, merci pour votre soutien en toutes circonstances.

Adeline, Cédric et Isabelle, merci d'être là, encore et toujours.

A **Ronel**, amie et lumière de mes jours gris.

A **Annabelle**, parce que carpe et tarse ne font que de méta-diems.

A **Myriam et sa famille**, parce que tu penses à moi.

A **Maud et Vincent, et leurs filles**, qu'un géant des mers prenne pour siège un de vos volcans pour vous dire que je pense toujours à vous.

A **mes amis fidèles Vincent et Sabrina, Hubert et Séverine, Johann et Nathalie, Nicolas et Leslie, et leurs enfants**, sans vous, la vie serait moins jolie...

A **Soline, et à Nadège**, avec mon admiration profonde pour les femmes et médecins que vous êtes.

A **Jérémie et Delphine, Laurent et Aurélia, Adeline et Laurent et tous les autres ...**, merci.

A **Serge**, ami et professeur de français,
Sans le goût des mots, rien n'aurait été possible, merci pour votre relecture assidue !

A **Madame Danièle Pelaud**, merci d'avoir pris soin d'Anaïs et Margot.

... Et, à **Fabrice**, parce que « la force est toujours avec moi ».

A ceux qui m'ont accordé le temps d'un entretien, avec disponibilité, gentillesse et humour
(par ordre de rencontre) :

**Monsieur le Docteur Christian Lehmann,
Monsieur le Docteur Gilbert Schlogel,
Monsieur le Professeur Patrice Queneau,
Monsieur le Docteur André Ledu,
Monsieur le Docteur Julien Cohen-Solal,
Monsieur le Professeur Pascal Hammel,**

Qu'ils soient tous assurés de ma sincère reconnaissance et de ma profonde estime.

**Au groupement des écrivains médecins,
A Monsieur le Docteur Franck Senninger,
A Monsieur le Docteur Jean-José Boutaric,**

**A ceux qui ont répondu avec plaisir et enthousiasme à mes questions lors de la séance de
dédicace du G.E.M. : Messieurs les Docteurs Giovanni Del Franco, Paul Deprès, Bernard leblanc,
et Monsieur le Professeur Paul Zeitoun, ...
...et à ceux qui ont tenu à garder l'anonymat.**

Qu'ils soient tous assurés de ma sincère gratitude..

**A tous ceux et celles qui ont accepté de prendre leur plume pour cocher des cases et m'ont fait
l'honneur de répondre au questionnaire.**
Merci pour nos échanges téléphoniques et nos courriels, pour vos lettres d'encouragements et vos
critiques constructives, ainsi que pour l'envoi de vos livres dédicacés ou de vos disques.
Tous ne peuvent être nommés, mais qu'ils soient à leur tour assurés de mon entière reconnaissance
pour l'accueil qu'ils ont fait à mon projet.

A ceux qui ont accepté d'être nommément cités dans ce travail de thèse.

A Chantal Curmi, dont la vitesse de frappe m'a permis de gagner un temps précieux.

Aux Éditions L'Harmattan.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers, et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

Table des matières

Avertissement

Introduction

Historique

I – De 3000 ans avant J.C. à la Renaissance.....	26
A – Plusieurs civilisations en parallèle liant médecine et philosophie.....	26
1 – La Chine.....	26
2 – La Mésopotamie.....	26
3 – L'Inde.....	27
4 – L'Égypte.....	27
B – Les Grecs.....	28
C – De l'Empire romain à l'Espagne en passant par la médecine arabe.....	29
D – Le Moyen âge.....	30
II – De la Renaissance à aujourd'hui.....	31
A – La Renaissance.....	31
1 – Un retour à l'humanisme médical et au modèle antique.....	31
2 – « Rompons l'os et suçons la substantifique moelle » avec l'incontournable François Rabelais (1494-1553).....	32
3 – Les médecins, les écrivains, les hommes.....	33
B – Le XVII ^{ème} siècle.....	33
1 – Les découvertes médicales : la querelle des circulateurs	33
2 – La pensée philosophique - quelques repères.....	34
3 – Les médecins écrivains français.....	34
C – Le XVIII ^{ème} siècle.....	35
1 – Les avancées médicales.....	35
2 – L'Europe des Lumières.....	36
3 – Les médecins qui écrivent en France.....	36

D – Le XIX ^{ème} siècle.....	37
1 – Les progrès médicaux.....	37
2 – La littérature romantique.....	38
3 – La littérature réaliste puis naturaliste à la fin du XIX ^{ème} siècle.....	39
4 – Les médecins écrivains.....	39
5 – Les médecins poètes : le « Parnasse médical ».....	41
6 – Les médecins à l'étranger.....	41
E – Le XX ^{ème}	41
1 – A l'assaut du progrès	41
2 – Les courants littéraires.....	42
3 – Les salons parisiens de 1900 et les « cliniciens ès lettres ».....	42
4 – Le Groupement des Écrivains Médecins (G.E.M.).....	43
5 – Les médecins écrivains français du XX ^{ème} siècle.....	43
Conclusion insolite de l'histoire.....	46

Écrivain et création littéraire

I – Le paradigme de l'écrivain.....	47
A – Définitions.....	47
B – « Naissance de l'écrivain ».....	48
C – Caractéristiques de l'écrivain.....	49
1 – Représentation de l'écrivain dans l'inconscient collectif.....	49
2 – La réalité de l'homme écrivain.....	50
II – Les genres littéraires.....	52
A – Définitions.....	52
B – Les quatre genres littéraires.....	52
C – Notion de pureté du genre : le bémol.....	53

III – La création littéraire	53
A – Définitions.....	53
B – Les hypothèses.....	54
C – Les contours nécessaires à l’acte de création littéraire.....	57
D – Aparté : l’écriture de soi à soi.....	58
Conclusion	59

La relation médecin-patient

I – Quelques règles générales de communication	60
A – Définitions.....	60
B – La communication dyadique.....	60
C – La pragmatique de la communication.....	61
D – La communication verbale.....	62
E – La communication non-verbale.....	62
F – Les obstacles à la communication.....	63
II – Les conditions de la relation médecin-malade	63
A – Le professionnalisme et les compétences du médecin.....	63
B – L’information du patient : mensonge et vérité.....	64
C – Le secret médical.....	64
D – La dimension humaine entre empathie et compassion : le savoir-être.....	65
1 – « Emotional Labor » ou le travail sur soi.....	65
2 – La relation de confiance.....	66
3 – La notion de pouvoir.....	66
4 – La nécessité d’une éthique médicale.....	67
III – L’entretien médical	68
A – La consultation – les phases.....	68
B – Le partenariat et l’alliance thérapeutique.....	69

IV – Un nouveau moyen de communication écrit : internet	70
V – L’enseignement de la relation dans le cursus universitaire	71
A – Il y a quarante ans.....	71
B – Aujourd’hui.....	71
Conclusion	72

Méthodes

I – Recensement de la population des médecins écrivains	73
II – Critères de jugement	75
A – Choix des médecins écrivains.....	75
B – L’ouvrage littéraire.....	75
III – Méthodes d’évaluation	76
A – Construction du questionnaire.....	76
B – Envoi du questionnaire.....	77
C – Réponses au questionnaire.....	77
D – Les entretiens.....	78

Analyse des résultats

I – Analyse des données sociologiques du médecin (Tableaux 2 à 17).....	79
II - Analyse des données de l’activité d’écrivain des médecins (Tableaux 18 à 28 bis).....	86
III – Analyse des rapports entre l’activité médicale et l’activité littéraire (Tableaux 29 à 39).....	96
IV – Croisement des résultats (Tableau 40).....	104

Discussion

I - Critique de la méthode et du questionnaire	105
A – L'accueil de la démarche.....;	105
B – La levée de l'anonymat.....	106
C – Les écueils :.....	106
1- Le questionnaire	106
2- Le recensement.....	107
3- Le titre de la thèse	108
4- La méthodologie employée : les critiques constructives	109
5- Lacune : l'exploration du monde de l'édition et de la publication	110
II -Avortement choisi d'une tentative de classification des médecins écrivains	111
A – Les « trajectoires » des écrivains au XVII ^{ème} siècle.....	111
B – Classification proposée par Jean Bernard.....	111
C – Classifications par genres littéraires ou par âge : toutes deux vouées à l'échec...112	
D – Classification des médecins écrivains selon l'incidence de leur activité littéraire sur la pratique médicale.....	113
III - La situation sociale du médecin écrivain	113
A – Genre, situation sociale et familiale des médecins écrivains.....	113
B – Cours universitaire des médecins écrivains.....	115
C – Spécialité exercée par le médecin écrivain et conditions d'exercice médical.....	117
IV – L'activité d'écrivain des médecins	120
A – Les genres littéraires pratiqués par les médecins écrivains.....	120
B – L'activité littéraire d'un point de vue pratique.....	121
1 – Conditions d'écriture et disponibilité.....	121
2 – Aménagement des horaires.....	122
C – Les origines de l'écriture chez les médecins écrivains.....	122
D – Recherche de reconnaissance et d'échanges entre les médecins écrivains.....	123

V - Pénétration de l'écriture dans l'acte médical	126
A – L'Humanisme.....	126
B – L'écrivain comme statut professionnel.....	128
C – Apport de la littérature dans l'exercice de la médecine.....	130
1 - Le médecin écrivain face au temps et à la mort.....	130
2 - De l'écoute active à la mise en mots.....	132
3 - L'apport inversé.....	132
D – Changements des pratiques médicales.....	133
1 - La sensibilité des médecins écrivains dans la relation avec les patients....	133
2 - La théâtralité dans la relation médecin-malade.....	134
E – La médecine comme matière à écrire.....	135
1 - Les sources d'inspiration.....	135
2 - Les objectifs d'écriture.....	136
VI - La compatibilité des métiers	137
A – Réactions d'indignation.....;	137
B – La notion de temps.....	138
C – La complémentarité possible.....	138
D – L'écrivain « fantasmé » et l'écrivain « réel ».....	139
E – La théorie du dualisme.....	140
F – Le concept de suspicion.....	141
VII - Enseignement artistique et littéraire en médecine	143
VIII – Une certaine éthique de l'histoire	145
A – Le récit du point de vue du patient.....	145
B – Le concept de <i>Narrative Medicine</i>	146
Conclusion sur une pratique de l'imaginaire	147

Conclusion.....	148
Bibliographie.....	149
Annexes.....	156
- Lettre accompagnant le questionnaire.....	157
- Questionnaire.....	158
- Entretien avec Monsieur le Docteur Christian Lehmann.....	166
- Entretien avec Monsieur le Professeur Patrice Queneau.....	176
- Entretien avec Monsieur le Docteur André Ledu.....	184
- Entretien avec Monsieur le Docteur Julien Cohen-Solal.....	190

Avertissement

Notre objectif n'est pas de dresser une anthologie nominative des médecins écrivains actuels vivant en France. C'est pourquoi nous conservons l'anonymat de la plupart des médecins que nous avons interrogés.

Nous ne prétendons, par ailleurs, à aucune exhaustivité dans le recensement des médecins écrivains.

Nous ne nous posons pas en critique littéraire, ni en censeur de quelque sorte que ce soit.

Nous ne nous sommes pas intéressée au contenu, à la forme ni au fond des ouvrages des médecins écrivains.

Nous avons conservé la plus grande impartialité face aux œuvres qui nous ont été envoyées par les médecins écrivains et que nous avons lues avec intérêt.

Malgré une tentative d'objectivité la plus totale, la subjectivité reste inévitable et les choix de citation se sont faits, inconsciemment, en fonction de notre sensibilité personnelle.

La complexité de l'interrogation posée ne permettra pas, dans ce travail de thèse, d'y répondre en totalité.

Nous tenons donc à disposition toutes nos références et bases de données, si quelqu'un est intéressé pour continuer ce travail de recherche, à l'abri des contraintes financières ou temporelles, malheureusement inhérentes à un travail de thèse en médecine.

« Avez- vous pu obtenir les réponses de Tchekhov, Dostoïevski et surtout Antonio Lobo Antunes ? (encore vivant ... à Lisbonne). Bonne chasse. »

Baudouin Pfersdorff

« J'ai sur le bout des doigts le grain de votre peau
La tension de vos nuques, la courbe de vos dos.
Vos secrets et vos pleurs, vos craintes et vos maux
S'infiltrèrent au fond de moi en une nappe d'eau. »

Maria Labeille

« Comment savoir ce qui a déclenché l'envie ou la première page ? Je ne saurais vous dire, mais rien n'est fortuit dans ce qui nous arrive. »

Thierry Serfaty

« Il existe des centaines de médecins qui écrivent mais combien sont des écrivains ? [...] Pour ma part, j'ai mon Panthéon personnel avec l'immense Céline au sommet, Rabelais, Descartes, Segalen, Conan Doyle, Tchekhov à ses côtés, Littré, Schnitzler, Boulgakov, Elie Faure, Reverzy dans les parages, Rufin sur une marche d'honneur et Winckler accroché à la paroi ! ... et moi-même, cherchant encore à quelle paroi je vais m'attaquer !!! »

Éric Bouhier

Introduction

La médecine tend un bras, une jambe à l'humain vacillant. D'infinis progrès techniques sont à sa disposition. Ces dernières décennies, elle a oublié que derrière l'image du scanner, derrière la ponction, derrière nos yeux de médecins rivés sur les négatoscopes, derrière l'étiquette, ne se cache pas un homme, *est* un homme dépouillé de l'histoire la plus importante qui soit : la sienne. Un récit renvoyé souvent dans les tréfonds de la maladie et de la souffrance, dans les arcanes de l'angoisse de mort, balayé avec nos doutes, nos espoirs, notre absence de regards et d'égards. Sous nos mains, au creux de nos oreilles et chatouillant nos papilles, se déroule une multitude d'histoires. Nous savons parfois les lire, les retranscrire, parfois nous y prêtons à peine attention. Prenons garde que ce « à peine » ne se transforme en une peine plus grande pour nos patients et nous-mêmes, car nous aurons été négligents et désabusés et nous aurons fermé, volontairement ou non, notre porte à l'être humain ... Qui gît devant nous ... trop tard ;- (...)

Que font les médecins pour garder leur esprit ouvert, pour accepter de conserver leur sensibilité comme une force, un atout rare, pour continuer à saisir la chance de toucher l'humain et à l'humain, pour considérer tout cela comme un privilège ultime ?

Que font les étudiants en médecine pour affronter l'horreur, la cruauté du corps, les circonvolutions de la pensée, le spectacle de la douleur ? Comment ne pas s'enterrer vif six pieds sous terre ? Quels mécanismes faut-il mettre en place pour se maintenir et voir avec âpreté la réalité humaine sans défaillir ?

Que font les médecins retraités de cette somme d'expériences et de rencontres accumulées ?

L'historien J.P. Peters¹ nous explique « tout ce poids de responsabilité, de la vie des autres, de l'universalité des souffrances, de l'acharnement des humains à se nuire ! Il y a de quoi se tourmenter quand on est assigné à cette place, à cette condition. Un métier fascinant, un métier impossible. C'est si fort que certains se mettent à en écrire, pour comprendre, ou partager, ou protester, pour donner à penser ».

Je suis assise dans l'ancre du savoir, entourée de rayonnages écrasants de livres, de coursives hautes et craquantes sous le bois séculaire, et j'*écris*...

Une commande, un travail de fin d'études, une thèse...

Sans savoir à l'époque où me mèneraient mes études

Ne pas déroger à la promesse

Promesse faite à moi-même il y a plus de dix ans de lier mon travail à la littérature.

Cela va de soi depuis des siècles, littérature et médecine ont emprunté l'une à l'autre d'innombrables sentiers. Pléthore d'écrivains célèbres, de Thomas Mann à Henri Michaux, en passant par Molière, Montaigne, Balzac, Camus...ont fait s'entrecroiser avec talent la souffrance morale, la folie, la tuberculose, la vie du médecin, la douleur physique. Nous le voyons, la connaissance médicale et celle des hommes ne donnent pas le privilège d'écrire, à fortiori celui d'écrire bien, et pourtant certains médecins se sont attelés à cet exercice tels que Céline, Rabelais, Boulgakov, Tchekhov, Duhamel, Reverzy, Rufin...

¹ Jean-Pierre Peters, *Histoires d'histoire de la médecine : pour un examen exploratoire, Littérature et médecine ou les pouvoirs du récit*, Actes du colloque BPI, mars 2000, p.16

Il y a les « grands écrivains »- médecins définis par eux-mêmes ou les autres comme artistes, reconnus le plus souvent davantage pour leurs qualités littéraires et leurs œuvres que pour leurs exploits médicaux. Puis suit toute la cohorte des médecins « écrivains-écrivants », auteurs et/ou journalistes, que l'écriture accompagne dans leurs métiers de soignants.

Un résumé historique permet de replacer les médecins écrivains français actuels. Nous n'avons pas cherché à développer plus avant les médecins écrivains dont les noms et ouvrages sont connus de tous. De nombreux travaux ayant déjà été largement réalisés sous forme de livres, thèses ou mémoires sur le sujet, de telles redondances ne nous ont pas semblé utiles sur Céline ou Winckler pour ne citer qu'eux....

Nous explorons ensuite les définitions d'écrivain, d'écriture ; puis nous nous attardons aussi sur le cheminement de la création littéraire ; nous nous attachons alors à définir la relation médecin-patient, ainsi que les ressorts de cette communication ; et enfin nous enquêtons sur la réalité de la « condition littéraire » des médecins, afin d'entrevoir l'articulation entre les deux activités (littéraire et médicale).

L'écriture est-elle nécessaire, salvatrice, un exutoire, obligatoirement faite pour être lue, un plaisir ou une souffrance ? Doit-elle être au service du médecin, du malade ? Que faire de toutes ces pulsions créatrices ?

Est-il obligatoire, pour le médecin, d'aller jusqu'au bout de l'acte de création (c'est-à-dire publier et accepter que son œuvre devienne celle qu'en feront les lecteurs), pour aider au mieux ses patients ?

L'écriture amène-t-elle une sensibilité plus grande à l'humain qu'une autre forme d'art ? Ou bien est-ce la sensibilité première de ces médecins à l'humain, indépendamment d'un quelconque talent littéraire, qui les a amenés à écrire ?

Découvrent-ils, en écrivant, leur part d'humanité ? Ou se renferment-ils sur eux-mêmes ?

Quel est le temps pris sur une médecine corporatiste, qui exclut souvent des liens sociaux et fonctionne de façon interne en oubliant l'individu médecin lui-même ?

Les métiers de médecin et d'écrivain sont-ils vraiment compatibles ?

Ressentent-ils une dichotomie entre ces deux activités ?

Qui sont-ils au milieu du paysage médical français ?

Font-ils pâle figure d'ovni, d'objet hétéroclite, d'extraterrestre se posant en planète ennemie ?

Autant d'interrogations qui nous ont amenée à questionner les médecins écrivains vivants et pour lesquelles nous allons essayer de donner une explication. Chaque médecin sollicité dans l'enquête offre sa propre réponse, qui parfois change avec le temps et l'expérience, parfois non. Notre objectif n'est pas de dresser un profil du médecin écrivain « moyen », ce qui ne présenterait aucun intérêt. Il s'agit de présenter un panorama des médecins qui écrivent, et d'analyser comment et pourquoi ils utilisent l'écriture.

Historique

Afin de comprendre l'évolution des médecins écrivains, l'ordre chronologique reste le plus simple pour présenter succinctement leur histoire. Le livre du professeur Louis Paul Fischer, *Le bistouri et la plume*, nous a permis de recenser une très grande partie des médecins écrivains cités dans ce chapitre. Nous avons ainsi essayé au maximum d'éviter une longue liste anthologique en plaçant les médecins écrivains au centre de la pensée médicale et de la pensée littéraire de l'époque.

Deux périodes dans l'histoire des médecins écrivains se distinguent.

De 3000 ans avant J.-C. jusqu'au XV^{ème} siècle, l'histoire des médecins écrivains est constituée essentiellement par des médecins (souvent scribes et moines) retranscrivant uniquement le savoir médical sur des tablettes, papyrus, parchemins, puis papiers. Seuls les écrits scientifiques, médicaux et philosophiques font donc l'objet de «livres».

La deuxième période s'étend, en Occident, de l'invention de l'imprimerie par Gutenberg en 1455, jusqu'à nos jours. L'avènement de l'imprimerie permet la différenciation de nouveaux genres littéraires, auparavant réservés à la transmission orale ou populaire. Cela permet d'accroître la diffusion des connaissances à de nouvelles catégories de lecteurs. Avec elle, la littérature de divertissement naît à la demande d'un public de plus en plus large. Les médecins français, dont l'un des premiers est Rabelais, ne font pas exception à la règle. Ils se lancent à leur tour dans l'aventure littéraire. Leur talent romanesque, historique, poétique, satirique, théâtral éclot ainsi et nous est transmis depuis.

I - De 3000 ans avant J.-C. à la Renaissance

A – Plusieurs civilisations en parallèle liant médecine et philosophie

1 - La Chine

Les premiers écrits de médecine et de pensée médicale venant des chinois datent de 2698 avant J.-C. L'empereur Huang-Di transcrit sous forme de dialogue avec son maître et médecin Qi-Bo, *le Nei-king*, premier traité jetant les bases de la médecine traditionnelle chinoise développant la théorie dualiste du Yin et du Yang (concepts régissant la physiologie chez les chinois), ainsi que l'acupuncture. A la même époque, certains traités de phytothérapie et pharmacopée et des traités sur «les pouls» laissent une empreinte importante dans la médecine traditionnelle chinoise.

2 - La Mésopotamie

Il est impossible de ne pas citer l'avènement de la première écriture de l'humanité. L'écriture cunéiforme - déchiffrée depuis le milieu du XIX^{ème} siècle - est obtenue par pression d'un stylet sur des tablettes d'argile de 3000 à 600 ans avant J.-C. Elle voit plusieurs civilisations se suivre, des Sumériens aux Babyloniens, et permet de s'affranchir de la

tradition orale. Un ordre médical est institutionnalisé avec des hommes ayant l'équivalent d'un statut de prêtre-médecin appelés *azus* à l'époque. La médecine est empreinte de religion, de magie et d'empirisme et conçoit les maladies comme des malédictions divines. Plusieurs pratiques divinatoires sont employées dont l'hépatoscopie où l'étude des sillons et des lobes du foie d'un animal permet de déterminer le pronostic de la maladie. D'après Jean Charles Sournia : « Les textes dont nous disposons datent d'environ 3000 à 400 ans avant J.-C. ; ils se présentent soit sous forme de collections de centaines de tablettes soigneusement numérotées au moment de leur rédaction, soit sous forme de stèles, de statues ou de sceaux. Ces écrits ne sont ni les premiers ni les seuls ; certains d'entre eux se répètent de siècle en siècle et témoignent non seulement d'une parfaite continuité de la tradition, mais aussi d'un savoir transmis de génération en génération par des maîtres professant dans les villes les plus considérables. »¹

Il ne faut pas oublier que toutes ces richesses exhumées restent d'interprétation et de traduction difficiles et, comme le rappelle le Professeur Louis Paul Fischer, nous ne connaissons pas de noms de médecins écrivains datant de cette époque.²

3 - L'Inde

Les civilisations indiennes aux environs de 2600 ans avant J.-C. développent la médecine ayurvédique, intimement liée au bouddhisme, et qui repose en partie sur un traité fondamental écrit en sanscrit, l'Ayurvéda (« le savoir sur la longévité »), où le corps et l'esprit ne sont pas séparés. Il traverse les siècles en étant traduit et agrémenté par de nouveaux modes de pensées philosophiques et de nouvelles découvertes médicales au fur et à mesure des échanges entre l'Inde et le monde persan. Ce traité est souvent comparé au Corpus hippocratique.

« Les Védas [...] constituent davantage des poèmes philosophico-religieux que des préceptes médicaux, mais on y trouve cependant une des bases de la médecine indienne ultérieure, à savoir l'impossibilité de différencier l'âme du corps [...] Deux médecins [...] Caraka et surtout Suçruta devenus légendaires, exposent la doctrine ayurvédique dans deux collections de textes sanscrits, résultant certainement de rédactions antérieures et qui ont subi des ajouts postérieurs. Non méthodiques, ces textes se présentent plutôt comme l'aboutissement d'un enseignement oral et n'en constituent pas moins un ensemble cohérent, miroir des conceptions physiologiques et thérapeutiques de l'époque, qui fait appel avant tout aux connaissances et à l'observation du médecin. »³

4 -L'Égypte

Comme partout ailleurs, la médecine égyptienne est dite « magico-religieuse ». Elle est riche d'un savoir médical important. Nous la découvrons au fur et à mesure à la lumière des différents papyrus retrouvés au cours du XIX^{ème} siècle.

Chez les égyptiens, un seul nom retient notre attention : Imhotep (2800 avant J.-C.) médecin, architecte, scribe, astrologue, magicien, qui devient un véritable Dieu guérisseur en traversant les époques. On lui attribue parfois ultérieurement la rédaction d'ouvrages comme les papyrus Smith et /ou Ebers (traité d'anatomie et de pathologie chirurgicale).

¹ Jean -Charles Sournia, *Histoire de la médecine*, La découverte/poche, Paris,1997, pp.17-18

² Louis Paul Fischer, *Le bistouri et la plume,Les médecins écrivains*, L'Harmattan, Paris, 2003, p.111

³ Jean -Charles Sournia, *Histoire de la médecine*, op. cit., pp.114 -115

« En Égypte, d'autres sources nous parlent de la médecine, comme les *ostracas*, curieux éclats de calcaire et de poteries sur lesquels étaient inscrites de brèves recettes - aide-mémoire, ordonnances primitives? - et les gravures rupestres retrouvées dans des mines et des carrières où officiaient peut-être les premiers « médecins du travail ». [...] L'extraordinaire cohérence de l'Égypte ancienne [...] tient à quelques institutions. Sans doute la royauté pharaonique est-elle la première de toutes, mais elle reposait elle-même sur un socle étendu à travers tout le pays : le corps de scribes. Fonctionnaires omniprésents, strictement hiérarchisés, relais scrupuleux de la puissance du pharaon, les scribes sont les détenteurs du savoir qui conduit à tous les autres : l'écriture. [...] On peut penser que pendant longtemps la transmission du savoir médical fut essentiellement familiale, par une sorte d'apprentissage qui conduisait le jeune scribe à acquérir sur le terrain, auprès de son père, de son oncle ou d'un parent quelconque, la pratique d'une médecine guidée par des textes abondants [...] »¹

Dès lors, la pensée médicale occidentale tourne tout autour du bassin méditerranéen et se transmet au gré des civilisations régnautes et dominantes.

B – Les Grecs

Petit à petit la médecine occidentale prend forme en passant d'une pensée mythologique invoquant Asclépios (en latin : Esculape) à celle de la pensée des « philosophes savants »².

En occident, l'avènement des médecins écrivains a lieu avec Hippocrate (460 av. J.-C. -377 av. J.-C.) et l'école de Cos. Fondateur de la médecine moderne, père de la théorie des humeurs, il synthétise dans une soixantaine de traités l'ensemble des connaissances médicales connues à l'époque. En plaçant la médecine en rupture avec le divin, les maladies ayant désormais une cause extérieure et naturelle, il jette les premières bases d'un véritable humanisme médical faisant quasi-toujours foi aujourd'hui. Il privilégie l'observation et la prise en compte de tout ce qui entoure le patient. Par l'écriture de son serment, il place le médecin au cœur d'une réflexion éthique et philosophique : « Primum non nocere » (En premier ne pas nuire). Philosophie et médecine sont indissociables à cette époque.

A sa mort, différentes écoles se distinguent. Deux noms de médecins de l'école d'Alexandrie sont à retenir : Hérophile de Chalcédoine (v 335-v 280 av. J.-C.) et Erasistrate de Céos (v 300-v 240 av. J.-C.) pour leurs ouvrages d'anatomie sur le système nerveux. Pourtant ce sont les œuvres et théories d'Aristote (384-323 av. J.-C.), non médecin, philosophe, auteur de nombreux ouvrages d'anatomie erronés, qui vont perdurer et être transmis aux siècles suivants et jusqu'au Moyen âge.

Petit à petit, l'école d'Alexandrie s'étiolle et prend fin avec l'incendie qui ravage partiellement la bibliothèque en 47 avant J.-C.

¹ Roger Dachez, *Histoire de la médecine de l'antiquité au XX^{ème} siècle*, Tallandier, Paris, 2004, pp.37-38

² Bruno Halouia, *Histoire de la médecine*, Abrégé Masson, Paris, 2004, p.42

C – De l'Empire romain à l'Espagne en passant par la médecine arabe

L'Empire romain (environ 300 avant J.-C.-400 après J.-C.) voit naître des noms prestigieux et se divise en deux périodes de pensée médicale.

La première est marquée par la réalisation de plusieurs travaux par des érudits non médecins comme Celse (Aulus Cornélius Celsus, premier siècle de notre ère), auteur d'un traité célèbre, *De re Medica*. Par ailleurs, Soranus d'Ephèse (1^{er} siècle), médecin célèbre de l'époque romaine, rédige de nombreux traités médicaux, s'intéresse à l'obstétrique et à l'éthique.

La deuxième période débute au II^{ème} siècle avec Claude Galien (138-201), médecin, dont l'œuvre immense (*Du meilleur médecin et philosophe, Des éléments selon Hippocrate, Les os, De la dissection des muscles, Des dogmes d'Hippocrate et de Platon, Des lieux malades, Du pouls pour les élèves, Du pronostic par le pouls, L'art médical*) contribue à renforcer des notions d'anatomie, de physiologie, de pharmacopée (il donne son nom à la *galénique*). Ses travaux sont véhiculés sans grande remise en cause jusqu'à la Renaissance.

L'âge d'or de la médecine byzantine du IV^{ème} au VII^{ème} siècle centralise la pensée médicale à Constantinople. Les médecins écrivains comme Oribase (325-403), Alexandre de Tralles (526- 605), Paul d'Engine (625-690) conservent le savoir antique, qui sera transmis aux médecins arabes.

Du IX^{ème} au XII^{ème} siècle, ces derniers font le lien scientifique, culturel, intellectuel, philosophique entre la pensée médicale gréco-romaine et la pensée médicale occidentale de la Renaissance. La médecine arabe réussit à préserver les connaissances médicales connues au début de cette époque, et à les approfondir par ses découvertes en chirurgie, ophtalmologie, physiologie, ainsi qu'à les étayer d'une pharmacopée novatrice.

Trois figures de médecins écrivains sont fondamentales dans l'histoire de la médecine arabe :

- Mésué l'ancien ou Jean de Mesué ou Yuhanna Ibn Masawayh (776-855) connaît un immense succès pendant plusieurs siècles grâce à ses aphorismes traduits en latin, imprimés à Turin en 1481 et à Bologne en 1489 ; certains sont toujours d'actualité comme le numéro 42 : « Il importe au médecin qu'il n'omette pas d'interroger le malade sur toute chose, intérieure et extérieure, d'où a pu naître sa maladie, puis qu'il juge laquelle est la plus forte ».¹

- Rhazès ou Abou Bakr Mohammed (850-925) est l'auteur de la première encyclopédie de pratique et de thérapeutique médicale, *Le continent*.

- Avicenne ou Abu Ali Al Hussein Ibn Abdallah Ibn Sina (environ 980-1037) surnommé "le prince des médecins", philosophe, savant, poète, praticien, grand voyageur, rédige une œuvre majeure : *Le canon de la médecine*. Cet ouvrage constitué de cinq livres reprend toutes les symptomatologies connues pour les maladies répertoriées par les médecins grecs, indiens, persans et arabes. Il est par ailleurs l'auteur de *Récits mystiques* et *La mesure de la sagesse*.

¹ Jean-Charles Sournia, *Histoire de la médecine*, op.cit., p.73

En Espagne, l'école de Cordoue des XI^{ème} et XII^{ème} siècle permet le contact entre les cultures musulmanes et chrétiennes. Grâce aux médecins juifs vivant dans le monde arabe à cette époque, excellents traducteurs des traités grecs et romains en langue arabe (et traducteurs ultérieurs également, lors du déclin de la civilisation musulmane, des traités arabes en langue grecque), le savoir médical s'est transmis à l'occident, enrichi de toutes les notions de la médecine arabe.

- Abulcassis (950-1013) et son œuvre chirurgicale ont largement influencé la chirurgie de la Renaissance.

- Averroès (1126-1198), médecin, philosophe, théologien, juriste est considéré comme « le grand commentateur d'Aristote ». Nombre de ses livres sont brûlés par ses contemporains en raison de propos dits « hérétiques ».

- Maimonide (1135-1204), médecin juif, surnommé « L'Aigle de la synagogue », philosophe, théologien est un galéniste fervent ; ses principaux écrits sont le *Mokhtassarat ou extraits des œuvres de Galien*, *Les commentaires ou aphorismes d'Hippocrate*, *Les aphorismes de Moïse*, *Sur le régime de la santé*.

D – Le Moyen Age

La médecine du Moyen Age occidental va connaître une période d'obscurantisme pendant près d'un millénaire, classiquement de l'effondrement de l'Empire Romain en 476 jusqu'en 1453, à la prise de Constantinople par les Turcs. Placés sous le contrôle tatillon des religieux, la littérature, la médecine, le savoir scientifique en général se tarissent, et ne subsistent qu'avec de rares hommes de talent.

La période initiale dite monastique (600-1100) est dominée par l'Église. Seuls les moines qui savent lire le latin, ont le droit d'apprendre la médecine. A la fin du VII^{ème} siècle, l'école de Salerne en Italie, havre de liberté en Europe puisqu'elle s'affranchit progressivement de l'évêché, devient laïque et accueille un médecin célèbre et estimé, Constantin l'Africain (v.1015-1087), traducteur de nombreux ouvrages de médecins arabes.

La période suivante dite scolastique (1100-1400) permet le développement des facultés, dont celle de Montpellier, fondée en 1202, et bénéficie de l'apport scientifique venu de la culture musulmane.

Quelques noms de médecins écrivains français de l'époque nous sont parvenus :

- Guy de Chauliac (1295-1368), médecin des papes d'Avignon, chirurgien, auteur de *Chirurgia magna* (1363).

- Henri de Mondeville (1260-1320), chirurgien également, auteur d'un traité de chirurgie *Cyrurgia* enrichi de nombreuses illustrations.

II – De la Renaissance à aujourd'hui

A – La Renaissance

1 - Un retour à l'humanisme médical et au modèle antique

En occident, l'imprimerie, invention extraordinaire, marque le début de la Renaissance et accélère dès lors la diffusion des ouvrages médicaux, jadis jalousement gardés par les facultés. Le savoir médical ressort définitivement du giron des ecclésiastiques.

« A la fin du XVI^{ème} siècle, la situation du livre médical varie d'un pays à l'autre. Les traités d'hygiène alimentaire et de mode de vie se multiplient dans toutes les langues. En revanche, les médecins anglais et allemands restent fidèles au latin (ces derniers le seront jusqu'au XX^{ème} siècle), alors qu'en France, la langue française prédomine dans les traités médicaux.»¹

Le premier livre de médecine publié en 1457 à Mayence est un calendrier des purgations. L'*Ars Parva* de Galien est imprimé pour la première fois à Venise en 1479. Les premières éditions d'Hippocrate en latin le sont en 1525.

Par ailleurs, l'autorisation officielle des dissections humaines au sein des universités permet une avancée gigantesque des connaissances anatomiques, grâce en particulier aux médecins et chirurgiens italiens. André Vésale (1514-1564), par son esprit critique, en relevant plusieurs erreurs commises par Galien, s'attire les foudres de ses confrères. D'autres anatomistes, grâce notamment à leurs contemporains artistes peintres, laissent leurs noms gravés dans l'histoire des écrits médicaux tel Fabricius d'Acquapendente (1533-1619). Girolamo Fracastor (1478-1553) auteur du célèbre poème daté de 1530 « *Le berger syphilus* » (*Syphilis, sive de morvo Gallico*) décrit pour la première fois ce que les Italiens, les Espagnols, les Allemands nomment « le mal français » : la syphilis, terme plus largement repris que le mot vérole au siècle suivant.

Citons également Paracelse (1493-1541) qui prend un pseudonyme en référence au médecin Celse, de son vrai nom : Philipp Aureolus Theophrast Bombast Von Hohenheim et qui n'a pas été réellement compris de son temps. Il conceptualise la maladie comme ayant des causes externes (toxiques) et non comme un déséquilibre au sein de l'organisme.

La Renaissance est, avant tout, l'époque d'un humanisme médical retrouvé, qui se penche avec délectation sur la littérature antique. En France, comme partout en Europe, les écrits non scientifiques évoluent en parallèle des publications médicales. Et ce sont souvent les mêmes médecins écrivains qui sont les auteurs de ces différents genres littéraires. Les médecins étudient à la faculté en plus de l'anatomie, de la thérapeutique, des maladies et des règles du comportement médical, les textes des humanistes de l'antiquité tels que ceux d'Hippocrate, Galien puis les médecins arabes. Ce sont des hommes lettrés connaissant le latin et le grec, exerçant un métier intellectuel à la différence des chirurgiens encore mal considérés à l'époque. Les médecins accèdent petit à petit à la classe moyenne, et certains sont même riches.

¹ Jean-Charles Sournia, *Histoire de la Médecine*, op.cit., p.155

2 - « Rompons l'os et suçons la substantifique moelle » avec l'incontournable François Rabelais (1494-1553)

Il est l'auteur de *Horribles et épouvantables faits du très renommé Pantagruel* (1532), *Vie inestimable du grand Gargantua* (1534), *Tiers Livre* (1546), *Quart Livre* (1548). Il abandonne son habit de moine pour faire ses études de médecine à la faculté de Montpellier en 1530, où il est diplômé en quelques mois. Ses premiers écrits sont des ouvrages savants (*Lettres médicales* puis *Les œuvres d'Hippocrate et de Galien*). Il est ensuite nommé médecin à l'hôpital Notre-Dame de la Pitié à Lyon en 1532, où il reçoit un accueil mitigé de la faculté, ainsi que du médecin écrivain lyonnais Symphorien Champier (1472-1539?), auteur de *Hortus Gallius* (1533), *Campi Clysteriorum* (*Le champs des clystères*, 1528), *Les lunettes des Chirurgiens* (1532) *Livre de vraye amour* (1503), *Nef des princes* (1502), *Nef des dames vertueuses* (1534), *Chronique d'Austrasie* (1510), qui est aussi philosophe, antiquaire, rimeur, historien. Ce dernier réunit chez lui de nombreux amateurs de poésie antique et italienne. Rabelais se moque ouvertement de lui en citant *Le Champs des Clystères* qu'il insère dans le catalogue bouffon de la librairie Saint-Victor dans *Pantagruel*, chapitre VII. De son côté, Champier réplique et réalise un catalogue des médecins de l'époque et ne cite pas Rabelais¹.

Après la censure de *Pantagruel* (paru sous le pseudonyme d'Alcofrybas Nasier) par la Sorbonne (faculté de théologie déférant devant le parlement), Rabelais devient le médecin personnel de Jean du Bellay (cousin du poète Joachim du Bellay), évêque puis cardinal de Paris, et l'accompagne entre 1532 et 1534 pour plusieurs voyages à Rome. Rabelais dans son Épître dédicatoire de la Topographie romaine de Marliani, adressée à Jean Du Bellay (1534), écrit : « Ce que j'ai souhaité le plus depuis que j'ai quelque sentiment du progrès des belles-lettres, c'est de parcourir l'Italie et de visiter Rome, tête du monde... Longtemps avant que nous fussions à Rome, je m'étais formé en esprit et en pensée une idée des choses dont le désir m'avait attiré là. D'abord j'avais résolu de visiter les hommes doctes... Ensuite (ce qui appartient à mon art), je voulais voir les plantes, les animaux et certains médicaments. Enfin, je me promettais de décrire l'aspect de la ville à l'aide de la plume et du crayon [...] »² Rabelais est un humaniste, épicurien, érudit, passionné. Jusqu'à la fin de sa vie, il considère le rire et même ses livres comme essentiels à la guérison de ses malades.

Citons encore monsieur le professeur Gabriel Pérouse (dans *Nouvelles françaises du XVI^{ème} siècle*) : « Dans lettre dédicatoire du docteur François Rabelais de 1552 dans le *quart livre* : « Maître François est alors, (à 58 ans) homme d'âge et d'expérience, très heureux, dit-il, d'apprendre que ses "narrations pantagruéliques" ont procuré "allégresse et consolidation" à de pauvres malades : ainsi, ses livres vont opérer auprès d'eux ce qu'il tente de réussir en personne pour ses propres patients. »³

Dans toute son œuvre littéraire, Rabelais vante les vertus de ses livres comme thérapeutiques ; de façon ironique et humoristique, retrouvons le prologue de *Pantagruel* : « Il y en a de par le monde [...] grandement affligés de mal de dents, après avoir dépensé tous leurs biens chez les médecins, n'ont trouvé de remède plus efficace que de mettre lesdites Chroniques entre deux beaux tissus chauds, et de les appliquer sur le lieu de leur douleur. »⁴

¹ D'après l'introduction de Pierre Michel dans François Rabelais, *Pantagruel*, Folio classique, Saint Armand sur cher, 2006, p.16

² François Rabelais, *Gargantua*, Folio Classique, Barcelone, 2005, introduction de Pierre Michel, p.38

³ Gabriel Pérouse, *Nouvelles françaises du XVI^{ème} siècle*, cité dans Louis Paul Fischer, *Le bistouri et la plume*, op.cit., p.182

⁴ François Rabelais, *Pantagruel*, Œuvres complètes, bibliothèque La Pléiade, Gallimard, NRF, 1994, p.214

3 - Les médecins, les écrivains, les hommes

Certains médecins français se démarquent par leurs écrits littéraires.

Michel de Nostradamus (1503-1566), astrologue, médecin de Charles IX (1550-1574) est célèbre pour *Les Prophéties* (1585) groupées en *Vrays Centuries*. Il fait ses études à la faculté de Montpellier, puis pratique la médecine dans le Sud-est de la France.

Il faut également citer Ambroise Paré (1509-1590) ou bien Jean Fernel (1497-1558), tous deux chirurgiens de renom, mais leurs écrits restent scientifiques uniquement.

Il nous faut encore citer dans le désordre, à cette même époque :

- Jacques Grévin (1538-1570), poète et médecin, auteur de théâtre. Ses tragédies et comédies sont parmi les premières parues en France : *La Manbertine* (1558), *La Trésorière* (1559), *César* (pièce de théâtre 1561), *L'Olympe*, *Le temple de Ronsard* (poésies, 1563).

- Laurent Joubert (1524-1583), auteur du premier ouvrage de vulgarisation médicale : *Propos vulgaires au fait de la médecine* (1578).

- Simon de Vallumbert (1520-1565), auteur d'un roman historique sur le fils de Cicéron : *Historia de vita et rebus M.T. Ciceroni*.

- Michel Servet (1511-1553), médecin, anatomiste, théologien. Il est l'auteur de *Sur les erreurs de la Trinité* (1531), et *Restitution du christianisme* (1553). Il fait ses études de médecine en France et a également décrit la circulation pulmonaire auparavant découverte par Ibn-An-Nafis de Damas au XII^{ème} siècle, mais dont les travaux n'avaient pas été retenus. Il semble qu'Harvey n'ait pas eu connaissance de ses prédécesseurs, lorsqu'il décrit à son tour la circulation sanguine au XVII^{ème} siècle.

B – Le XVII^{ème} siècle

1 - Les découvertes médicales : la querelle des circulateurs

Le XVII^{ème} siècle dit "âge de raison" rassemble de nombreuses découvertes dont celle de la circulation du sang par William Harvey en 1628, qui sera source d'une vive polémique pendant une bonne partie du siècle. N'oublions pas l'invention du microscope par Antoine Van Leeuwenhoek entraînant la découverte des microbes (dits infusoires), des capillaires pulmonaires par M. Malpighi, des spermatozoïdes, des globules rouges. L'obstétrique, parent pauvre de la médecine jusque là, devient plus codifiée et élaborée. La théorie des humeurs d'Hippocrate semble progressivement caduque. L'origine de la « clinique » se situe au cours de cette période. Les universités diffusent le savoir qui rayonne partout en Europe, amenant étudiants et enseignants à beaucoup voyager. Paradoxalement la thérapeutique (réduite très souvent aux ventouses et saignées) fait peu de progrès en dehors de la découverte de l'utilisation du quinquina, ramené par les moines jésuites lors de la découverte des Amériques. Malheureusement, la médecine reste toujours impuissante face aux épidémies de peste ou de variole.

2 - La pensée philosophique – quelques repères

La première partie du XVII^{ème} siècle est marquée par le courant artistique baroque aussi bien en littérature, peinture, architecture ou musique, et il est difficile de le délimiter dans le temps. L'Académie Française est créée par Richelieu en 1635.

La conception matérialiste prévaut durant tout ce siècle. René Descartes (1596-1650) est un fervent iatromécaniste, concevant l'organisme humain comme une machine perfectionnée. Instigateur du rationalisme (doctrine qui retient comme seule base de la connaissance les propositions évidentes déduites de la raison, par opposition classiquement à l'empirisme pour lequel toute connaissance doit être dérivée de l'expérience), philosophe, savant, sans se définir comme médecin, il étudie la médecine dès son arrivée en Hollande en 1629. *De homine (Traité de l'homme)*, 1662) peut être considéré comme le premier traité de physiologie, revu et corrigé par le docteur Louis de la Forge. Le *Discours de la méthode* est publié bien avant, en 1637.

Devant une médecine qui fait finalement peu de progrès pendant ce siècle, les médecins en robes noires usent et abusent des saignées et des clystères ; leur image est largement raillée par les auteurs classiques de ce siècle, avec la « génération versaillaise de 1660 » : Corneille, Molière, La Fontaine, Boileau, Racine ...

3 - Les médecins écrivains français

Le grand médecin écrivain français du XVII^{ème} est Théophraste Renaudot (1586-1653), médecin ordinaire du roi. Il est le fondateur du journalisme médical avec *La gazette de France* (1681), qui « diffuse les événements de la cour et du monde »¹. Il publie *Nouvelles à la main*, *La présence des absents* (1643), *Traité des pauvres* (1623). Il crée le Mont-de-piété, et développe des consultations gratuites pour les pauvres. Son nom est donné au prix littéraire annuel créé en 1925 pour l'auteur d'un roman ou d'un recueil de nouvelles. Pourtant il est controversé et meurt dans la « misère ; la plupart des ses œuvres ne lui survivront pas »².

Citons également :

- Claude Perrault (1613-1688), frère de Charles Perrault (les *contes*), est médecin, architecte, poète et finit par abandonner l'exercice de la médecine au profit de ses autres activités. Il publie *De l'origine du burlesque* (1653), ainsi que de nombreux écrits et poèmes.

- François Bernier (1625-1688) est dit le « joli philosophe » par un groupe épicurien dont il fait partie avec Ninon de Lenclos, Gassendi, Molière, La Fontaine. Il publie *Voyages* (1670), *Voyages dans les Etats du Grand Mogol* (1670-1671), *Arrêt Burlesque* (1671) avec Boileau, satire se moquant de la controverse qui occupe les esprits de la deuxième partie de ce siècle sur la circulation sanguine découverte par Harvey, dont voici un extrait : « Arrêt burlesque : Attendu... La Cour... ordonne au chyle d'aller droit au foie sans passer par le cœur et le foie de le recevoir. Fait défense au sang d'être plus vagabond, d'errer et de circuler dans le corps, sous peine d'être entièrement livré et abandonné à la faculté de médecine »³.

¹ Jean-Charles Sournia, *Histoire de la médecine*, op.cit., p.171

² Ibid.

³ Bruno Halouia, *Histoire de la médecine*, op.cit., p.132

- Marin Cureau de La Chambre (1574-1669), conseiller et médecin du roi, est nommé à l'Académie Française à sa création par Richelieu (1635), puis à l'Académie des Sciences (1666). Son ouvrage principal est le *Traité de l'esprit de l'homme [...] suivant les principes de René Descartes* (1666)
- Hippolyte Jules Pilet de La Ménardière (1610-1663) est également admis à l'Académie Française pour sa *Poétique* (1640) et sa tragédie *Alinde* (1643).
- Gabriel Naudé (1600-1663) est un humaniste. Il a écrit : *Apologie pour les grands personnages qui ont été faussement soupçonnés de magie* (1625), *Addition à l'histoire de Louis XI* (1630), *Admis pour dresser une bibliothèque* (1627).
- Guy Patin (1602-1672) est très connu pour ses fameuses *Lettres : chroniques de l'époque* (posthume, 1695).
- Claude Quillet (1602-1661) a écrit *La Callipédie* (en latin, l'art d'avoir de beaux enfants, 1655).

C - Le XVIII^{ème} siècle

Le XVIII^{ème} siècle ou siècle des « Lumières » est connu pour son intense émulation intellectuelle et philosophique, ainsi que pour l'émergence des sciences exactes. La médecine de l'époque subit une évolution notable.

1 - Les avancées médicales :

Les expérimentations (grâce à Spallanzani entre autres, chef de file et initiateur de nombreuses expériences scientifiques) permettent de nouvelles découvertes en physiologie neuromusculaire et respiratoire, ainsi que le développement des sciences fondamentales.

Durant ce siècle, les chirurgiens français sont réhabilités au titre de docteurs grâce à la fondation de l'Académie Royale de Chirurgie en 1731 et grâce au décret royal de 1743 interdisant aux barbiers toutes pratiques chirurgicales. A cette époque, le développement des cires anatomiques est une technique qui permet aux chirurgiens de faire de nombreux progrès dans leurs connaissances anatomiques. En 1743, Jean Louis Petit met au point la technique de l'hémostase, et celle du garrot en 1744. Il propose de nouvelles techniques de bandage, l'extension pour les fractures, la vulgarisation de l'opération de la taille (incision latérale pour extraction des calculs rénaux). La chirurgie reste limitée en raison de l'absence d'anesthésie à l'époque et du risque majeur d'infection. Les enseignements se font au pied du lit du malade. Les chirurgiens créent une sémiologie rigoureuse. Ils touchent et examinent le patient, savent palper et évaluer une tumeur, contrairement aux médecins dont l'observation reste limitée puisqu'ils ne pratiquent quasiment pas l'examen physique des patients.

Le développement de l'anatomopathologie avec Morgagni permet progressivement la différenciation de spécialités comme l'anatomie comparée, l'embryologie ou l'histologie.

Il faut retenir parallèlement de nombreux progrès en ophtalmologie, une classification des plantes par Linné, *L'art des accouchements* (1781) écrit par Baudelocque et l'utilisation des forceps en Angleterre, le principe de la vaccination antivariolique avec le procédé de variolisation par inoculation, l'apparition de nouveaux traitements avec la digitale pourprée

dont sera extraite ultérieurement la digitaline, et le début de l'utilisation de la colchique dans la goutte. Une réflexion sur l'hygiène publique se met en place et les hôpitaux sont fortement remis en cause.

A cette même période, le charlatanisme vit ses plus beaux jours avec Mesmer et le magnétisme, sujet très à la mode avant la Révolution, mais qui se solde le plus souvent par des échecs.

2 - L'Europe des Lumières

Les Lumières vont mener directement aux différents mouvements révolutionnaires. Elles sont marquées par un « hymne à la pensée scientifique »¹, par la recherche d'un état laïc et par l'illégitimité d'idées telles que Dieu, le Bien, le Mal, la Justice, donc par la remise en cause des instances établies. Rien ne doit faire obstacle à la modernisation tant matérielle qu'intellectuelle. Les figures françaises les plus connues sont Voltaire, Diderot et d'Alembert (architectes de l'Encyclopédie - Premier volume en 1751), Condillac et son *Traité des sensations* en 1754, Montesquieu, Rousseau...Le combat des philosophes s'oppose à l'autorité de Louis XV et des jésuites.

« Vivre à la française, penser en philosophe, se sentir citoyen du monde, travailler à son bonheur futur ; voilà sur quoi s'établit le consensus des esprits éclairés. »²

Le rationalisme philosophique voit le jour et Kant publie *La critique de la raison pure* en 1781.

3 - Les médecins qui écrivent en France :

« La tendance qui porte les médecins aux études littéraires et philosophiques s'accroît, et nous observons fréquemment que des médecins illustres dans le domaine de la science ont également un nom respectable en littérature. »³

- Marie François Xavier Bichat (1771-1802) : il est le père de l'histologie, travailleur acharné, auteur de *Traité des membranes en général et des diverses membranes en particulier*(1799), *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* (1800), *Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine* (1801), *Traité d'anatomie descriptive (inachevé- 1802)*.

- Philippe Pinel (1745-1826) : c'est le pionnier de la psychiatrie moderne ; il libère les aliénés de leurs chaînes dans les asiles, et humanise leurs conditions de vie. Il propose une nouvelle classification des maladies mentales, fondée sur l'observation. Il est l'auteur de *Nosographie philosophique ou de la méthode de l'analyse appliquée à la médecine* (1784) et du *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (1801).

- Jean Paul Marat (1743-1793) : il est l'auteur de *Les chaînes de l'esclavage* (1774), *Recherches physiques sur le feu* (1780), *Découvertes sur la lumière* (1780), *Recherches sur l'électricité* (1782), *Traité sur les principes de l'Homme* (1775-1776). Après avoir été médecin des gardes du comte d'Artois, Marat sort son premier numéro de *L'Ami du Peuple* en septembre 1789. Il est homme politique, journaliste, pamphlétaire, porte-parole des sans-

¹ Francis Claudon, *Les grands mouvements littéraires européens*, Nathan Université, Paris, 2004, p.64

² Ibid., p.65

³ Castiglioni cité par Louis Paul Fischer, *Le bistouri et la plume*, op.cit., p.206

culottes. Les massacres et les haines qu'il suscite, aboutissent à son assassinat par Charlotte Corday en 1793.

- Pierre Jean George Cabanis (1757-1808) : il est l'auteur de nombreux ouvrages dont *Du degré de la certitude de la médecine* (1797) *Journal de la vie et de la mort de Mirabeau* (1791), *Sur l'organisation des écoles de médecine* (1803). Il est le disciple de Condillac, le protégé de Madame Helvétius. Professeur de médecine, député, il entre à l'Académie Française en 1803.

- Julien Offroy de La Mettrie (1709-1751) : il publie entre autres choses *l'Homme Machine* (1748). Il « réduit l'homme à un objet, lui ôtant sa nature divine, ce qui lui vaut la condamnation des églises catholique et protestantes. »¹

Souvenons nous également de Nicolas Andry de Boisregard (1658-1742), auteur de *L'orthopédie* (1741), œuvre qui dépasse par la suite le champ strictement médical ; Jean Astruc (1684-1766), connu pour ses livres de théologie ; Paul Joseph Barthez (1734-1806), qui participe à de nombreux articles de l'Encyclopédie ; Théophile de Bordeu (1722-1776), qui rédige sa thèse de médecine « Sur la sensibilité en général », ainsi que des écrits sur l'histoire de la médecine ; François Quesnay (1694-1774), chirurgien, économiste et philosophe, protégé de Louis XV ; enfin, Jean-Baptiste Salle (1760-1793), auteur de *Charlotte Corday* (1793), qui raconte l'histoire dramatique de cette femme après la mort de Marat.

D – Le XIX^{ème} siècle

Nous sommes au siècle de la révolution industrielle, avec une nouvelle urbanisation et l'apparition des premières notions de marxisme, de socialisme et de capitalisme. Les inventions techniques changent les mœurs, comme la machine à vapeur, la photographie, les progrès des machines utilisées dans les entreprises et l'agriculture. Avec la notion de société de classes, l'accent est mis sur certaines inégalités.

Un saut prodigieux dans les découvertes scientifiques pures (physique, chimie, mathématiques, astronomie) et leurs applications s'effectue, ce qui permet à la médecine d'enrichir très rapidement ses connaissances.

1 - les progrès médicaux

Il serait impossible et fastidieux de tous les citer ; rappelons les suivants :

- La conversion anatomo-clinique au début du siècle : elle consiste en une médecine d'observation et cherche à mettre en relation systématiquement les données cliniques et les données anatomopathologiques (comme le suggère Bichat) ; le diagnostic se fait en fonction du tissu lésé ou de l'organe malade. Elle trouve assez vite ses détracteurs, car ses limites apparaissent facilement. Elle est donc rapidement abandonnée.

¹ Jean-Charles Sournia, *Histoire de la médecine*, op.cit., p.175

- La sémiologie fait des progrès énormes avec une nosographie de plus en plus précise. Certaines inventions comme celle du stéthoscope par Laennec en 1819 (*Traité de l'Auscultation médiate*) ou comme la percussion thoracique préconisée par Corvisart, deviennent primordiales à l'examen clinique. La seconde moitié du siècle voit naître de nouvelles méthodes d'investigation telles que l'endoscopie, le thermomètre, l'ophtalmoscope.

- La chirurgie connaît son apogée avec les guerres napoléoniennes, mais elle reste longtemps limitée en raison des hémorragies, des infections et de la douleur. L'instrumentation chirurgicale s'améliore nettement au cours ce siècle. En fait, la chirurgie débute réellement ses heures de gloire avec la découverte de l'anesthésie à l'éther, au protoxyde d'azote ou au chloroforme.

- L'asepsie et l'antisepsie font leur entrée timidement en médecine et en chirurgie ; elles seront beaucoup rejetées avant d'être finalement admises et utilisées en pratique (rappelons les gestes recommandés par Semmelweis avec les accouchées et l'utilisation de l'acide phénique par Joseph Lister).

- La médecine de laboratoire avec les découvertes de Pasteur : de nombreux agents pathogènes comme, par exemple, le staphylocoque et le streptocoque, ou bien ceux de la lèpre, de la blennorragie, du paludisme, de la fièvre jaune, du bacille tuberculeux, de la diphtérie, du tétanos sont mis en évidence partout en Europe.

- La thérapeutique bénéficie des progrès de la chimie et de la galénique avec la mise au point de l'extraction des principes actifs. La morphine est découverte en 1805 par Friedrich Sertürner en Allemagne. L'acide acétylsalicylique (aspirine) est peu à peu isolé au cours du siècle.

- L'Homéopathie est créée par Christian Samuel Hahnemann (1755-1843). Il applique la « loi de la similitude » (1796). Il publie en 1810 : *l'Exposé de la doctrine homéopathique : Organon de l'art de guérir*. Cent cinquante ans plus tard, l'homéopathie a toujours les faveurs du public, et ces hypothèses n'ont pu être confirmées ou infirmées.

- L'hôpital : après la révolution française, la restructuration complète du cursus des études médicales est organisée et l'uniformisation de l'enseignement au sein des différentes facultés prévaut. Pour les médecins comme les chirurgiens, l'hôpital devient le lieu d'apprentissage. Le latin est totalement abandonné pour l'usage du français. L'hôpital laïc se voit attribuer de nouvelles fonctions. Des notions de santé publique et d'hygiène se développent avec l'apparition, à la fin du siècle, des premiers sanatoriums.

2 - La littérature romantique

« Le romantisme correspond à une certaine façon de se sentir homme, à une conscience de l'expérience dont la seule et vraie valeur est le Moi narcissique. »¹

La caractéristique commune des héros romanesques de cette époque correspond à une sensibilité accrue tournée vers la conscience et marquée par un certain fond de dolorisme. Même, si de nos jours, ce courant littéraire peut apparaître désuet, il était considéré comme une ouverture totale sur le rêve. De nouvelles formes stylistiques sont employées tant dans le

¹ Francis Claudon, *Les grands mouvements littéraires européens*, op.cit., p.73

roman historique que dans la poésie au travers de genres diversifiés. Le souci du détail, la nostalgie, la mélancolie se traduisent par le renouveau des images, du rythme ou de la musicalité. Les grands noms français sont pléthore : Chateaubriand, Lamartine, Musset, Georges Sand, Stendhal, Hugo, etc...

3 - La littérature réaliste, puis naturaliste à la fin du XIX^{ème} siècle :

• Naturalisme : « L'origine du mot se trouve chez Zola dans le *Roman expérimental* (1880), il vante un art inspiré de l'étude de la nature, adoptant à cet effet la méthode des sciences biologiques (C. Bernard, *Introduction à la médecine expérimentale*, 1865). [...] L'esprit scientifique de l'époque conduit le naturalisme à exposer des faits sociaux et biologiques tels que les expliquent l'influence du milieu social et les facteurs héréditaires. »¹

Ce mouvement prend la suite du réalisme de Balzac et de Flaubert. Il brosse un tableau critique de la réalité telle qu'elle se présente. De même, « l'impressionnisme en peinture correspond au naturalisme de Zola avec une évolution de la technique de description littéraire par petites touches. »²

• Symbolisme : c'est un courant littéraire parisien du dernier tiers du XIX^{ème} siècle, naissant en réaction au naturalisme et au positivisme intellectuel (dont le chef de file est Auguste Comte). Mallarmé explicite le symbolisme dans plusieurs manifestes. Ce courant est constitué de plusieurs cercles de poètes (Verlaine, Maeterlinck,...). Le symbolisme est un mouvement aux contours flous et il s'attache à « palper l'angoisse » des êtres. Il est plus une question de forme que de fond. Le ton a la primauté sur l'histoire racontée.

4 - Les médecins écrivains :

- Claude Bernard (1813-1878) : auteur de l'*Introduction à la médecine expérimentale* (1865), il est admis à l'Académie Française en 1868. Avant d'entamer ses études de médecine, il s'oriente vers la littérature et écrit même une tragédie, *Arthur de Bretagne*. Successeur de Magendie dont il a été l'élève, il explique que « la physiologie doit s'appuyer sur des preuves obtenues dans la physique et la chimie appliquées au domaine particulier de la vie. »³ Il découvre, entre autres, le rôle du pancréas et la fonction glycogénique du foie.

- Dominique Larrey (1766-1842) : il écrit ses mémoires sur la retraite de Russie : *Mémoires de chirurgie militaire et campagnes* (4 volumes, parus de 1812 à 1817). Il est le chirurgien de la Grande Armée de Napoléon Bonaparte. La réputation de sa dextérité en tant que chirurgien franchit tous les fronts de guerre. Il est également connu pour avoir créé les ambulances volantes pour ramasser les blessés sur les champs de bataille.

- Emile Littré (1801-1881) : il réalise ses études de médecine à Paris, mais refuse de passer son doctorat. Il fonde alors des revues médicales, traduit les œuvres complètes d'Hippocrate, et reste célèbre pour la rédaction du *Dictionnaire de la langue française* (1863-1873 ; supplément en 1878), connu depuis sous son nom, le *Littré*.

¹ Francis Claudon, *Les grands mouvements littéraires européens*, op.cit., p.94

² Ibid.

³ Bruno Halouia, *Histoire de la médecine*, op.cit., p.162

- Eugène Sue (1804-1857) : il est chirurgien de marine sur le vaisseau « le Breslau » et, à la mort de son père, il décide de se consacrer à l'écriture. Il écrit de nombreux romans : *Plick et Pluck*(1831), *Atar Gull* (1831), *La salamandre* (1832), *Mathilde* (1841), *Les mystères de Paris* (1842-1843), *Le juif errant* (1844-1845), *les mystères du peuple* (1849-1857).

- Jean Martin Charcot (1825-1893) : « Excellent écrivain, il fut élu à l'Académie des Sciences (1883) »¹. Il est le fondateur de la neurologie française et réalise des conférences mémorables sur l'hystérie à la Salpêtrière. Son fils Jean Charcot (1867-1936), également médecin et navigateur, écrira plusieurs livres sur ses expéditions.

- François Marguerite Barrier (1813-1870) : chirurgien, socialiste, il fonde la Société Française Protectrice de l'Enfance ainsi qu'une librairie de sciences sociales à Paris. Il rédige un *Précis de sociologie* et un *Catéchisme social* (1870).

- Louis Hyacinthe Bouilhet (1822-1869) : ami de Flaubert, il abandonne la médecine pour se consacrer à l'écriture de poésies et de pièces de théâtre. Il est l'auteur de : *Les Fossiles* (1854), *Festons et Astragales* (1850), *Hélène Peyron-Dolorès* (1862), *Faustine* (1864).

- Alexandre Brière de Boismont (1797-1881) : c'est un aliéniste et ses écrits (*Des Hallucinations, ou histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, du magnétisme et du somnambulisme* (1845) *Du suicide et la Folie suicide* (1856) influencent fortement la philosophie, la psychiatrie, la littérature.

- Charles Victor Daremberg (1817-1872) : il est l'auteur de nombreux ouvrages d'histoire de la médecine, ainsi que des traductions de textes anciens : *L'Etat de la médecine entre Homère et Hippocrate* (1866), *Histoires des sciences médicales* (1870), *Dictionnaire des Antiquités grecques et romaines* (1877).

- Paul Lafargue (1842-1911) : suite à la mort de son fils, il abandonne la médecine pour la politique en 1869. Il rédige *Le droit à la paresse* en 1880.

- Henri Cazalis dit Jean Lahor (1840 -1909) : il exerce la médecine pendant 30 ans dans le sud de la France et fait partie des poètes symbolistes.

Nous pouvons rappeler aussi deux chirurgiens militaires connus pour leurs écrits sur l'histoire de la médecine : Jean-François Malgaigne (1806-1865) et Pierre-François Percy (1754-1825). Citons Léon Daudet (1867-1942), fils d'Alphonse, qui abandonna la médecine en cours de route et devint critique littéraire et journaliste. Il est connu pour avoir écrit une satire du milieu hospitalo-universitaire, *Les Morticoles* (1894), qui fit scandale à l'époque. Parmi les étudiants en médecine et écrivains, se joignent à lui Charles Augustin Sainte-Beuve et Gérard Labrunie dit Gérard de Nerval.

¹ Bruno Halouia, *Histoire de la médecine*, op.cit., p.187

5 – Les médecins poètes : « Le Parnasse médical »¹

En 1874, le Docteur Achille Chéreau publie un *Dictionnaire des médecins poètes de la France*. Les médecins poètes recensés sont peu connus. Pascal Pia, journaliste, s'y intéresse en 1933 et publie un ouvrage s'intitulant *Le bouquet poétique des médecins, chirurgiens, dentistes, apothicaires*. Il critique alors fortement l'ouvrage du Docteur Chéreau, qu'il considère comme imprécis.

6 – Les médecins à l'étranger

Il faut citer Arthur Schnitzler (1862-1931), médecin viennois et écrivain, Conan Doyle (1859-1930), médecin anglais et père de Sherlock Holmes, ou bien Hans Christian Andersen (1805-1875), avec ses *Contes* parus en 1835.

Anton Tchekhov (1860-1904), médecin et auteur russe connu pour ses pièces de théâtre explique dans une lettre à son ami et éditeur, Souvorine, en 1888: « La médecine est ma femme légale, la littérature ma maîtresse ; quand l'une m'ennuie, je dors chez l'autre. »²

E – Le XX^{ème} siècle

1 - A l'assaut du progrès :

Nous sommes au siècle de la féerie de la technique au service de la médecine. Le résumé étant une entreprise – dans ce cas – totalement utopique, nous nous contentons de donner les grandes lignes médicales de ce siècle :

Les premières décennies du XX^{ème} siècle semblent faire végéter les découvertes du siècle précédent, hormis les découvertes des rayons X et de la radiographie.

La chirurgie évolue énormément par la force des choses lors des deux guerres mondiales et les transplantations rénale et cardiaque deviennent possibles.

Le savoir technique explose et nous assistons à la mise au point, entre autres, de l'électrocardiogramme, du microscope électronique et des cultures cellulaires, ainsi que de nombreux appareils de réanimation, après la seconde guerre mondiale principalement.

Les traitements révolutionnent le pronostic des maladies avec les antibiotiques (découverte de la pénicilline en 1929), mais aussi l'utilisation de l'adrénaline, l'héparine, l'insuline, la cortisone, la contraception, les chimiothérapies, les vitamines, les vaccins etc.

Rappelons la découverte des groupes sanguins et HLA, ainsi que la transfusion sanguine.

Freud et l'interprétation des rêves ouvrent de nouvelles voies d'exploration du psychisme.

L'étude de la génétique permet la codification du génome humain.

Les grandes épidémies du siècle sont liées à des virus : la grippe espagnole, qui fit des millions de morts, et le virus du SIDA découvert en 1982.

L'O.M.S (Organisation Mondiale de la Santé) est créée en 1948. L'éthique médicale est fondée, en partie, suite aux exactions des médecins nazis pendant la dernière guerre mondiale. La médecine humanitaire voit le jour, il y a un peu plus d'une trentaine d'années.

¹ Achille Chéreau, *Le Parnasse médical ou Dictionnaire des médecins poètes de la France*, Delahaye Ed., Paris, 1874

² Charles Drèze, *Anton Tchekhov, médecin humanitaire et écrivain universel*, Louvain Med., 2001, 120 : 224-232

Depuis la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, le médecin ne se contente plus de soigner ; le plus souvent, il guérit. De ce fait, notre rapport à la douleur, à la maladie et à la mort a énormément changé. Notre espérance de vie s'est considérablement allongée. La normalité n'est plus du côté du pathologique, mais de la santé. Il y a une « transformation anthropologique des corps »¹ grâce à une évolution scientifique, qui a profondément modifié la médecine et les relations qu'elle entretient avec la société.

2 - Les courants littéraires

- Expressionnisme : c'est un courant prenant son origine en Allemagne entre 1910 et 1920. Le lyrisme et « la sublimation des images violentes sont au service de l'âme souffrante. »² L'un de ses représentants les plus connus est Rainer Maria Rilke.

- Surréalisme : la genèse de ce courant est le dadaïsme, qui utilise par essence trois thèmes : nihilisme, mystification, humour. Il se place en rupture violente avec toutes les écoles littéraires précédentes. Le *Manifeste du surréalisme* (1924), rédigé par André Breton développe toutes les idées concernant ce courant, dont l'écriture automatique, qui permet d'exprimer toutes les émotions sans les rattacher par un lien logique. Par l'exploration du fantasme, il cherche à gommer toute différence entre le rêve et la réalité.

- Futurisme : c'est un courant marginal où l'écrivain italien Marinetti (1876-1944) prône la violence, la guerre, la vitesse, l'analogie et l'utilisation des images dans un procédé de réduction.

3 - Les salons parisiens de 1900 et les « cliniciens ès lettres »

Les grands médecins parisiens, beaux parleurs et lettrés, s'exercent à la littérature lors des banquets annuels des cercles médicaux, très fermés, aux prétentions artistiques et littéraires, tels que le *Club médical* et le *Cercle Volney*, qui défrayent les chroniques de la Gazette Médicale de Paris. A chaque dîner, les médecins peuvent y présenter leurs œuvres non scientifiques (lecture de poésie, d'extraits de romans, de pièces de théâtre) devant un public de médecins, notables sélectionnés et triés sur le volet. Leurs littératures baignent encore dans le naturalisme de Zola.

Les communautés artistiques et médicales sont en étroites liaisons ; les uns s'invitent chez les autres, et réciproquement. « Dieulafoy fréquente avec assiduité le salon des frères Goncourt [...] Charcot réunit l'élite des écrivains dans son appartement du boulevard Saint-Germain. »³

Les écrivains ne sont pas en reste et puisent largement dans la médecine comme source d'inspiration : combien de tuberculeux retrouvons-nous dans la littérature de l'époque !

« Face à cette vague déferlante, les médecins ne se sont pas toujours contentés de jouer le rôle de spectateur. Armés de leur plume, certains d'entre-eux rivalisent de talent avec les écrivains professionnels. »⁴

¹ Michel Serres, *L'éducation médicale vue par un philosophe*, Pédagogie médicale, 2006, 7, 135-141

² Francis Claudon, *Les grands mouvements littéraires européens*, op.cit., p.109

³ Pierre Darmon, *Le médecin parisien en 1900, La vie quotidienne*, Hachette Littératures, Paris, 2003, p.279

⁴ Ibid., p.282

Les cliniciens ès lettres (expression qui est également le titre de la thèse de Victor Segalen, rédigée en 1902 et qui aborde l'aspect des névroses dans la littérature contemporaine) font les beaux jours du corps médical lettré de l'époque. En effet, de nombreux médecins s'empresent de soutenir un doctorat de lettres et participent à différentes revues littéraires, comme le Docteur Cabanès Augustin, médecin et historien, qui fonde la *Chronique Médicale*, ou bien le Docteur Vidal qui dirige la *Revue de Madame*, ou encore comme Claude Bernard et Charles Richet, qui collaborent à la *Revue des deux mondes*. Au début de ce siècle, onze médecins siègent à la Société des Gens de Lettres.

Plusieurs médecins publient sous pseudonyme des romans, des recueils de poèmes ou des pièces de théâtre ; soulignons les noms de Lucien Villeneuve alias le Docteur Victor Bridou (*L'amour de l'art*, 1900), ou Charles Epheyre alias Charles Richet auteurs de très nombreux romans.

4 – Le Groupement des Écrivains Médecins (G.E.M.)¹

Le Groupement des Écrivains-Médecins est une association à but non lucratif (loi 1901) créée en 1949 par les Docteurs : Maurice Bedel, Octave Belliard, Maurice Delort Motal Fainsilber, Ludovic O'Followell, Lucien Diamant-Berger, Pierre Osenat, André Soubiran. Les présidents successifs ont été Maurice Bedel, Luc Durtain, André Soubiran, le Professeur Jean Delay de l'Académie Française, Lucien Diamant-Berger, Paul Ganière, Gilbert Doukan, Bernard Schmitt, Jean-Pierre Goiran, Gilbert Schlogel. Le président actuel du GEM est Jean-José Boutaric.

Le G.E.M. a pour but « la création entre ses membres de liens d'amitié et de solidarité, et d'aider par son activité à la diffusion de leurs ouvrages. »

Cette association organise des rencontres, des salons, des dîners ; elle a par ailleurs créé des prix littéraires, dont le fameux prix Littré. Elle a fondé en 1986 une Académie Littré dont le but est de « servir l'humanisme médical dans tous les pays francophones. »

Elle est, à ce jour, la seule association, à notre connaissance, en France regroupant des médecins écrivains.

5 - Les médecins écrivains français du XX^{ème} siècle

Nous ne citerons pas les médecins que nous avons interrogés. Et, de façon générale, nous ne citerons pas les médecins écrivains vivants de nos jours.

Nous retiendrons en France, par ordre alphabétique :

- René Allendy (1889-1942) : il est l'auteur de *Le problème sexuel à l'école* (1938), *L'Amour* (1942), *L'enfance méconnue* (1942), *Journal d'un médecin malade* (1944), *Le symbolisme des nombres* (1921), *La table d'Emeraude* (1921), *Le problème de la destinée* (1927), *Capitalisme et sexualité* (1932)... Homéopathe, fondateur de la société psychanalytique de Paris en 1926, il a comme patients Antonin Artaud et Anaïs Nin.

- Augustin Cabanès (1862-1928) : c'est un médecin érudit et un historien. Il dirige la revue *Chronique médicale*.

¹ www.ecrivains-medecins.com

- Georges Canguilhem (1904-1995) : *Le normal et le pathologique* (1968) est sa thèse de médecine et est actuellement étudiée en partie en première année de médecine dans certaines facultés.
- Alexis Carrel (1873-1944) : c'est un chirurgien. Il écrit *L'homme, cet inconnu* (1935), mais son œuvre littéraire reste contestée.
- Jacques Chauviré (1915-2005) : il écrit entre autres : *Partage de la soif* (1958) et *Les Passants* (1961).
- Georges Clémenceau (1841-1929) : il exerce la médecine avant de se consacrer à la politique. Il fonde le journal *L'homme libre* en 1913. Il écrit *Démosthène* (1926).
- Jean Delay (1907-1987) : membre de l'Académie Française (1959), neuropsychiatre, il rédige une œuvre conséquente : *Hommes sans nom* (1948).
- Louis Ferdinand Destouches dit Céline (1894-1961) : il est l'auteur de nombreuses œuvres dont *Semmelweis* (sa thèse de médecine), *Voyage au bout de la nuit* (1932), *Mort à crédit* (1936). Son style littéraire parlé et cru enchante ou déplaît, c'est selon. Il laisse rarement indifférent. C'est un écrivain qui exerce une grande fascination, et est à la fois très controversé, à juste titre, en raison de ses écrits antisémites au début de la seconde guerre mondiale.
- Georges Duhamel (1884-1966) : chirurgien, il est connu pour sa *Chronique des Pasquier* (1933-1945 en 10 volumes). Il abandonne son métier de médecin en 1920 et se consacre uniquement aux lettres. Il est élu à l'Académie Française en 1935.
- Elie Faure (1873-1937) : il est connu pour son livre *Histoire de l'Art* (5 volumes, 1919-1921).
- Jean Fiolle (1884-1955) : chirurgien, Professeur de Médecine, il écrit *La crise de l'Humanisme* (1937), *Hommes au Bistouri* (1952).
- Jean Freustié (1914-1983) : il reçoit le prix Nimier en 1963 pour *La Passerelle* et le prix Renaudot en 1970 pour *Isabelle ou l'arrière saison*.
- Henri Marie Laborit (1914-1995) : il est chirurgien et écrit beaucoup de livres sur les comportements humains.
- Henri Mondor (1885-1962) : chirurgien, il est admis à l'Académie Française en 1946. Il rédige de nombreuses biographies d'écrivain.
- André Nepveu dit Luc Durtain (1881-1959) : il écrit de nombreux romans, qui sont de grands succès à son époque.
- Jean Reverzy (1914-1959) : il est connu pour avoir reçu le prix Renaudot en 1954 pour *Le passage*.

- Victor Segalen (1878-1919) : médecin de marine, ethnographe, archéologue, il écrit une œuvre dense et majeure dont *Les cliniciens ès lettres* (thèse de doctorat en médecine, 1902), *Les immémoriaux* (1907), *René Leys* (posthume, 1921), *Stèles* (1912), *Peintures* (1916), *L'équipée* (1929).

- André Soubiran (1910-1999) : il reçoit le prix Renaudot en 1943 pour *J'étais médecin dans les chars*, préfacé par George Duhamel, et il connaît un succès littéraire immense avec *Les Hommes en blanc* (1949-1958).

- Henri-Léon Vangeon dit Henri Ghéon (1875-1944) : il est un des cinq fondateurs de la NRF (Nouvelle Revue Française), dont font partie également André Gide et Jacques Rivière.

Il existe beaucoup de médecins militaires engagés dans la première guerre sur le front ou à l'arrière et rédigeant leurs souvenirs. Les noms qui restent dans nos mémoires sont Duhamel, Elie Faure, Paul Fiolle, Paul Delaunay,

Certains étudiants se sont « évadés de la médecine » : Berthold Brecht, Paul Bourget, André Breton, Aragon, Ferdinand Bruckner, Blaise Cendrars, Armand Salacrou, James Joyce, Alberto de Oliviera...

A l'étranger, dans le désordre, citons :

- Gottfried Benn (1886-1956) : dermatologue, poète et père du mouvement expressionniste poétique en Allemagne, il est auteur de *Morgue* (1912), *Cerveaux* (1916), *Chair* (1917), *Déblai* (1919), *Le je moderne* (1919).

- Mikhaïl Boulgakov (1891-1940) : écrivain russe, il est très connu pour son chef d'œuvre, *Le Maître et Marguerite* (1940). Par ailleurs, il a une production abondante et écrit : *Récits d'un jeune médecin* (1919), *La garde blanche* (1924), *La Sataniade* (contes, 1924), *Les jours de turbine* (1926), *La fuite* (1928), *l'Île pourpre* (1928) *Cœur de chien* (posthume).

- Bruno Bettelheim (1903-1990) : médecin psychiatre juif viennois, il écrit *Les blessures symboliques* (1955), *Les forteresses vides* (1967), *La psychanalyse des contes de fées* (1976).

- Mickaël Crichton (1942-2008) : son premier livre est publié en 1968 en deuxième année de médecine (*Extrême urgence – A case of Need*). Il est aussi l'auteur de *l'homme terminal* (1972), *Jurassic parc* (1990).

- Joseph Archibald Cronin (1861-1981) : médecin écossais, il rédige une œuvre très importante. Il écrit *La Citadelle* (1937), *Le Destin de Robert Shannon* (1948).

- Sigmund Freud (1856-1939) : inventeur de la psychanalyse, ses nombreux ouvrages portant sur la littérature traduisent, au delà de l'intérêt pour le sujet, un lien privilégié à l'écriture.

- William Somerset Maugham (1874-1965) : il abandonne assez vite la médecine pour se consacrer à la littérature. Il écrit de nombreuses pièces de théâtre et de nombreux romans.
- Namora Farnando (1919-1989) : c'est un médecin poète écrivain. Nous retrouvons dans ses livres une sensibilité aiguë à la misère du peuple portugais.
- Carlos Williams (1883-1963) : pédiatre américain, il écrit de nombreuses poésies.

Conclusion insolite de l'historique

Notre interrogation n'est pas nouvelle, puisqu'elle a suscité en pleine deuxième guerre mondiale la curiosité d'un médecin, Daniel Aga, qui en fait son sujet de thèse. Il s'est intéressé dans une première partie à la médecine dans la littérature, puis il essaie de référencer les différents médecins écrivains de son époque, dont la plupart des noms ne nous sont pas parvenus.

Elle est la seule thèse de médecine que nous ayons retrouvée sur les médecins écrivains, et déjà l'auteur s'interrogeait sur le lien indéfini qui rattache le médecin à la littérature.

« Ne peut-on supposer aussi qu'au Médecin la Littérature offre un refuge bienfaisant contre la laideur, les nécessités physiques, toute la matérialité de la vie quotidienne ; refuge bienfaisant et presque nécessaire. Ne sont-ils pas prédisposés à écrire, les pratiquants de cet "art qui demande le plus de raison et de sensibilité" suivant l'expression de Chateaubriand.»¹

Il conclut son propos ainsi : « ...D'aucun pensent que la formation médicale n'a aucune influence sur les sujets choisis ni sur le mode d'expression adopté, comme si l'Écrivain mettait une certaine pudeur et une certaine application à cacher le Médecin ; d'autres, tout en partageant dans l'ensemble cette opinion, pensent retrouver dans l'œuvre littéraire d'un médecin un certain esprit d'observation, des dons d'analyse, et un certain souci de la Vérité, attributs essentiellement médicaux. D'autres croient enfin que la Littérature doit à la Médecine le sens du réel, du vrai, du possible, de l'immédiat, un style clair, sobre, direct, négligeant les recherches d'originalité formelle. Flaubert lui-même attache une grande importance à "ce coup d'œil médical de la vie, cette vue du vrai qui est le seul moyen d'arriver à de grands effets d'émotions " ».²

¹ Daniel Aga, *Les médecins-écrivains L'apport de la médecine à la littérature*, thèse de médecine, Paris, 1942, 42 pages, p.12

² Ibid., pp.37-38

Écrivain et création littéraire

Nous réfléchissons ici sur le statut de l'écrivain, la notion de genre littéraire et les différents aspects de l'acte de création littéraire.

Nous ne tentons pas de répondre à toutes les questions qui se soulèvent au fur et à mesure que se dévoilent les différentes caractéristiques de chaque notion, mais elles ne peuvent être complètement écartées. C'est pourquoi il nous a paru utile de les rappeler, afin de comprendre ce à quoi sont soumis les écrivains en tant qu'écrivains.

I Le paradigme de l'écrivain

A – Définitions

Pour Bernard Lahire, sociologue, les questions à se poser sont les suivantes :

« Tout le monde « sait bien » ce que sont « les écrivains » : ils écrivent des livres, racontent des histoires, font de la littérature, sont enseignés à l'école, reçoivent parfois des prix, sont souvent marginaux (sauf lorsqu'ils vendent des best-sellers), entrent parfois à l'Académie Française, etc. Mais qu'est-ce donc qu'un écrivain ? « Est-ce quelqu'un qui écrit ? Qui publie ? Qui publie pour gagner sa vie ? Ou qui est reconnu comme un écrivain ? » (Robert Darnton, *Gens de lettres, gens du livre*, Odile Jacob, Paris, 1992, p. 99) [...] Est-on écrivain indépendamment de la qualité esthétique plus ou moins reconnue de ses écrits ? Est-on écrivain si l'on n'a rien publié depuis de nombreuses années (et, si oui, où fixer la limite ?) [...] Est-on aujourd'hui un écrivain si l'on a publié chez un éditeur à compte d'auteur (en finançant l'édition de son ouvrage) ou si l'on est auto-édité ? Est-on écrivain si le temps que l'on consacre à l'écriture est plus faible que le temps consacré à des activités extra-littéraires plus lucratives ? Est-on écrivain si l'on ne se définit pas soi-même comme tel, malgré le fait que l'on publie régulièrement des livres ? »¹

Il existe un certain « flou sémantique » (selon Pierre Bourdieu) entourant la notion d'écrivain.

Nous voyons par toutes ces questions qu'en France la notion d'écrivain n'est pas limpide.

Écrivain avait le sens premier de scribe et l'ensemble des écrivains publics formaient avant le XVI^{ème} siècle une corporation bien définie avec de nombreuses prérogatives. Petit à petit, ce terme va conquérir un certain prestige et supplanter largement le mot employé initialement : auteur. A l'âge classique, l'ouvrage réalisé doit donc obtenir une qualité esthétique reconnue pour que son auteur puisse être désigné comme écrivain.

¹ Bernard Lahire, *La condition littéraire, la double vie des écrivains*, La Découverte, Paris, 2006, pp.84-85

Face à cette complexité, nous préférons adopter la définition du dictionnaire, qui est la suivante¹:

- Écrivain : av.1150 escrivein ; issu du latin populaire scribanem, accusatif de scriba « greffier », dérive de scribere (écrire), doublet populaire de scribe (Avant 1278 : celui qui compose un ouvrage). Sens courant : personne qui compose des ouvrages littéraires.

Cette définition nous sert de repère dans notre travail, et c'est à elle que nous faisons référence lorsque le statut de l'écrivain semble discuté.

De la même façon, il ne nous faut pas perdre de vue que les notions d'écriture et le fait d'écrire font l'objet de plusieurs significations.

Nous rappelons ici leurs définitions et le sens dans lequel nous les employons dans notre analyse.

- Écrire : Sens premier : exprimer par l'écriture. Exprimer de telle ou telle façon sa pensée par le langage écrit. Sens second : composer, rédiger (un ouvrage).²

- Écriture : Au sens second d'écrire : le fait, l'action d'écrire, de créer en langage (l'activité de l'écrivain). Manière d'écrire : pratique de l'écrivain quant à l'usage social de la forme qu'il utilise, au-delà de la langue.³

B – « Naissance de l'écrivain »

D'après l'ouvrage d'Alain Viala intitulé *Naissance de l'écrivain*, la littérature au XVII^{ème} siècle subit une différenciation progressive grâce à des élites politiques et culturelles, et devient un nouveau domaine d'activité artistique en soi. Elle définit ses propres règles ainsi qu'un espace dans lequel l'écrivain prend place.

« L'existence d'un champ littéraire créait la possibilité pour les individus de vivre en écrivains. C'est-à-dire que la littérature pouvait devenir une raison sociale : innovation capitale de la situation des auteurs. Pour autant la littérature ne faisait pas la base du statut social de tous : [...] Pour nombre d'auteurs, en effet, la production d'ouvrages ne constitue en rien une activité autonome : leur position dans l'espace littéraire vaut comme un prolongement de leur situation dans un autre champ social. D'autres, en revanche, engagent par leurs publications une activité qui, à des degrés divers, les définit socialement comme "auteurs" . »⁴

La société des élites culturelles du XVII^{ème} siècle crée de multiples académies, dont la prestigieuse Académie Française en 1635. Elle organise de nombreux concours et prix littéraires. La multiplication de cafés et salons au sein des franges sociales aisées et instruites de la population permet à la littérature de prendre forme (bien que le salon littéraire à l'âge classique se structurant autour d'une personnalité féminine, laisse un espace limité à la littérature, contrairement aux salons du XIX^{ème} siècle).

¹ Dictionnaire *Culture de la langue française*, Le Robert édition, 2006, p.308

² Ibid., p.305

³ Ibid., p.307

⁴ Alain Viala, *Naissance de l'écrivain, Sociologie de la littérature à l'âge classique*, Minuit, Paris, 1985, p.178

La formation littéraire du public se restreint d'abord au champ des institutions et des connaisseurs par l'intermédiaire des académies, puis elle touche un public plus large, lorsque la littérature est inscrite comme discipline à enseigner.

Un statut économique se met en place pour les auteurs grâce à la création des droits d'auteur, ainsi qu'aux pratiques de mécénat privé ou d'État. L'idée d'une rétribution pour la rédaction d'une œuvre germe dans les esprits et de nombreux auteurs revendiquent cette nécessité, même si, très souvent cela ne va pas leur permettre de vivre correctement. « Une situation socialement et économiquement incertaine de l'écrivain se met durablement en place. »¹

L'apparition de la presse, avec le passage du recueil collectif aux périodiques, favorise la spécialisation de diverses branches intellectuelles, dont la littérature ; ce qui entraîne la spécialisation de ceux qui la pratiquent.

Enfin n'oublions pas que le commerce des œuvres continue son essor avec le développement du marché du livre.

« Pourtant, les éditeurs, disposant du pouvoir financier et commercial, maintenaient les auteurs dans leur dépendance. Certains écrivains, payés à la tâche, s'engageaient à fournir dans un délai déterminé un volume donné de texte.

Situation préjudiciable, mais dont il faut nuancer l'appréciation : sans parler du sort des « nègres » et des pigistes, il est fréquent de nos jours qu'un auteur doive accepter de travailler de la sorte, et quiconque a lu un contrat d'édition sait que pour telles commandes l'éditeur se réserve le droit d'exiger ou de faire exécuter les modifications du texte qu'il jugera nécessaires ; la garantie de la propriété de l'auteur, en pratique, n'est pas toujours plus sûre qu'alors, malgré la loi de 1957 et la Convention internationale de 1971.»²

Par tous ces aspects, la littérature devient donc une profession, et nous observons l'apparition de l'écrivain qui « travaille ».

C - Caractéristiques de l'écrivain :

1 –Représentation de l'écrivain dans l'inconscient collectif

L'idée commune se schématise ainsi :

Un écrivain est un individu qui écrit une œuvre littéraire, la publie dans une grande maison d'édition. Il acquiert une notoriété et une reconnaissance auprès de ses pairs (journalistes, critiques, autres écrivains et académies), une célébrité auprès d'un public certain, qui lui permet de vendre son ou ses livres à gros tirages, qui deviendront peut-être des best-sellers. Éventuellement, il reçoit un prix littéraire national ou international. Un talent et un style littéraire lui sont reconnus en fonction du genre littéraire pratiqué. Il peut vivre de ses droits d'auteur (« vivre de sa plume »), sans a priori pratiquer d'autres activités secondaires rémunératrices, que souvent le public ne lui imagine même pas. C'est un homme ou une femme qui peut avoir des prises de position intellectuelles, politiques, philosophiques ou

¹ Bernard Lahire, *La condition littéraire, la double vie des écrivains*, op.cit., p.51

² Alain Viala, *Naissance de l'écrivain*, op.cit., p.98

sociales. Il apporte un changement avec une vision créative neuve, une nouvelle forme d'expression littéraire qui rompt avec ce qui précède. Après lui, l'art ne sera plus comme avant. C'est également quelqu'un dont on imagine que l'œuvre lui survit, un artiste dont les œuvres vont s'inscrire dans l'histoire, être étudiées à l'école (parfois de son vivant) et traverser les siècles. L'écrivain peut prétendre à l'immortalité au travers de son art. En filigrane, la notion de « grand écrivain » voit le jour. Par ailleurs, l'écrivain ne peut être défini uniquement par son art et par son œuvre. Cette idée structuraliste de l'écrivain a fait un long chemin dans les milieux intellectuels et philosophiques.

« Pouvoir se consacrer à écrire et en faire un mode de vie, est bien le signe suprême que l'on est consacré écrivain. »¹

« Il y a, dans la lecture des grands écrivains, un suc invisible et caché ; c'est je ne sais quel fluide inassignable, un sel, un principe subtil plus nourricier que tout le reste. »²

« Un " écrivain ", en France, est autre chose qu'un homme qui écrit et publie. Un auteur, même du plus grand talent, connût-il le plus grand succès, n'est pas nécessairement un " écrivain ". Tout l'esprit, toute la culture possible, ne lui font pas un " style ". »³

2 – La réalité de l'homme écrivain

Peu de personnes sont concernées en totalité par la description précédente.

La double vie des écrivains est une réalité manifeste aujourd'hui. Il faut effectivement faire fi du « fantasme » de l'écrivain dont parle Roland Barthes, pour approcher au mieux le travail de ces hommes et femmes.

« L'écrivain comme fantasme - Sans doute n'y a-t-il plus un seul adolescent qui ait ce fantasme : *être écrivain !* De quel contemporain vouloir copier, non l'œuvre, mais les pratiques, les postures, cette façon de se promener dans le monde, un carnet dans la poche et une phrase dans la tête (tel je voyais Gide circulant de la Russie au Congo, lisant ses classiques et écrivant ses carnets au wagon-restaurant en attendant les plats ; tel je le vis réellement, un jour de 1939, au fond de la brasserie Lutétia, mangeant une poire et lisant un livre) ? Car ce que le fantasme impose, c'est l'écrivain tel qu'on peut le voir dans son journal intime, c'est *l'écrivain moins son œuvre* : forme suprême du sacré : la marque et le vide »⁴

Selon Bernard Lahire, les écrivains sont majoritairement des hommes, pour une bonne partie issus de milieux favorisés et dont le niveau d'études est élevé (en moyenne supérieur ou égal à Bac + 2).⁵

Deux organismes nationaux référencent les écrivains : l'AGESSA (Association pour la Gestion de la Sécurité Sociale des Auteurs) et l'INSEE (Institut National de la Statistiques et des Études Économiques) dans la catégorie « auteurs littéraires, scénaristes et dialoguistes » ; il apparaît vite que peu de personnes y sont affiliées, et qu'elles sont souvent

¹ Alain Viala, *Naissance de l'écrivain*, op.cit., p.293

² Joseph Joubert, *Pensées, essais, maximes et correspondances*, extrait du dictionnaire *Citations de la langue française*, Jean Pruvost, Édition bordas, Paris, 2007, p.210

³ Paul Valéry, *Regards sur le monde actuel*, Gallimard, 1931. Extrait dictionnaire *Citations de la langue française*, op.cit., p.210

⁴ Roland Barthes, *Roland Barthes par Roland Barthes*, Seuil, 1975 et 1995, Paris, pp.76-77

⁵ Bernard Lahire, *La condition littéraire, la double vie des écrivains*, op.cit., pp.108-109

définies par leurs autres activités professionnelles, souvent plus rémunératrices. Même si la personne préfère se dire en premier « écrivain », elle est souvent définie socialement par son deuxième statut. Surtout si elle exerce une profession ayant un ancrage et un rôle social très reconnus comme celle de médecin.

« Aujourd'hui comme hier, la fortune personnelle comme le second métier constituent les garanties extra-littéraires les plus sûres d'une autonomie littéraire. »¹

« Dans tous les cas, la liberté d'expression littéraire est cadrée et limitée par la relation de dépendance des créateurs vis-à-vis de leurs financements (élites politiques et religieuses hier et marché éditorial aujourd'hui). »²

De même, il n'existe pas d'école de littérature ni d'enseignement pour devenir écrivain, comme il existe la faculté de médecine ou l'école des Beaux-Arts.

Il apparaît alors qu'être écrivain à temps plein, en positionnant ce statut comme une profession, nous interroge. Les sociologues s'accordent donc à parler plutôt de « métier d'écrivain ».

Actuellement un écrivain peut bénéficier de bourses de création ou de résidences d'auteurs, mais une minorité en jouit. A moins d'avoir écrit un best-seller, l'avenir financier des écrivains n'est pas assuré et encore, pour la minorité qui a cette chance, rien n'est acquis dans la durée. Les best-sellers ne leur donnent pas forcément l'assurance d'une tranquillité matérielle immuable.

L'individu sans son œuvre n'est rien et inversement. Le créateur ne bénéficie que d'instant fugaces pour exister : celui du temps de travail littéraire et de la réalisation de l'œuvre, avant de retomber dans la réalité sociale, économique, familiale. Et, dans le meilleur des cas, même si le créateur peut s'exclure un moment de la vie et de ses aléas, il ne peut mesurer l'impact qu'ils ont sur son acte de création. Il ne peut nier les conditions matérielles et temporelles de la création et ce qui en découle sur son œuvre. En permanence, le créateur se heurte au monde. Une fois l'œuvre achevée (en admettant qu'elle puisse être achevée un jour ou considérée comme telle par son auteur), l'écrivain « retourne » à la vie quotidienne.

« Peut-on écrire sans avoir rien vécu, sans rien connaître des joies, des douleurs, des angoisses et des deuils qui questionnent l'existence ? Oui, on peut tourner le dos à la vie, aux choses réelles et à nos rapports avec cette réalité et jouer avec les mots. Pourtant, pouvons-nous ignorer que même ce refus, même ce jeu abstrait nous pouvons le faire parce que nous sommes vivants, participants pour un temps d'une activité qui nous déborde ? »³

En ce sens, le statut de l'écrivain est éphémère, compte tenu de l'instabilité de reconnaissance dont il est l'objet. Il peut être reconnu écrivain à certains moments et non à d'autres, par un certain public plutôt qu'un autre. Lui même s'autorise parfois à être écrivain, parfois non.

Nous observons donc que la notion d'écrivain a des contours flous, n'appartient pas complètement à un domaine (ou « champ ») social bien établi et qu'elle se heurte, par certains côtés, à l'image consensuelle de l'écrivain, dénomination noble et lourde de tout un passé.

C'est pourquoi, dans notre enquête, nous avons posé la question aux médecins et nous leur avons laissé le soin de se définir eux-mêmes écrivains ou non, en nous expliquant selon quels critères.

¹ Bernard Lahire, *La condition littéraire, la double vie des écrivains*, op.cit., p.52

² Ibid., p.53

³ Lorand Gaspard, *Apprentissage*, Gallimard, Paris, 2004, p.186

II Les genres littéraires

A - Définitions

Il existe un « statut du texte littéraire » d'après Michèle Narvaez, « statut précisément défini par le « genre » auquel il appartient »¹.

- Genre : n.m. – XII^e « sexe » ; lat. genus, generis « origine, naissance » Sens didactique : catégories d'œuvres, définies par la tradition (d'après le sujet, le ton, le style)²
- Littéraire : adj. et n. – 1527 ; lat. Litterarius, qui a rapport à la littérature³
- Littérature : n.f. 1120 « écriture », lat. litteratura « écriture » puis « érudition ». Ensemble des œuvres écrites, dans la mesure où elles portent la marque de préoccupations esthétiques ; les connaissances, les activités qui s'y rapportent.⁴

B – Les quatre genres littéraires

D'après Dominique Combe, quatre catégories de textes se distinguent de façon quasi-naturelle pour les lecteurs. Ce sont des modèles issus de notre conscience naïve, de notre histoire, de nos institutions, de nos enseignements.

Lui-même cite les travaux suivants :

« [...] le genre se définit encore par l'" intentionnalité", l'" attitude naturelle" de la conscience de l'écrivain, comme du lecteur qui, dans le cas d'un roman, " suspend son incrédulité " pour adhérer à la fiction qui lui est proposée, ainsi que le montrent les travaux du philosophe J.R. Searle [...]. Dans le cas de l'histoire (ou des mémoires, ou de l'autobiographie...), le lecteur reçoit les événements relatés comme réels, authentiques, tandis que la fiction a affaire avec l'irréel ». ⁵

- La fiction narrative : roman, nouvelle, conte, récit. La fiction est basée sur le récit et l'imagination : le roman se distinguant par son ampleur, son intrigue, sa structure, le récit « à la française » par sa thématique et son écriture, le conte issu de la tradition populaire. Les trois sont en opposition à l'autobiographie, aux mémoires, à l'histoire, dont le propos est la véracité.

- La poésie : en vers ou en prose. La forme versifiée est régulière ou libre, et a recours à des mètres, des rimes ou des sonorités.

- Le théâtre : tragédie, drame, comédie. Il est soumis au critère de représentation et à la forme dialogique.

- L'essai : discours philosophique ou théorique, autobiographique, mémoires, journal intime, carnets, correspondances, compte rendu, récits de voyage, etc.

¹ Michèle Narvaez, *A la découverte des genres littéraires*, Ellipses, Paris, 2000, pp.3-5

² Dictionnaire *Le Petit Robert*, Editions 2003, p.1176

³ Ibid., p.1501

⁴ Ibid. p.1502

⁵ Dominique Combe, *Les genres littéraires*, Hachette, Paris, 1992, pp.9-22

C'est, par élimination, un genre fédérateur des exclus des autres genres. De par son hétérogénéité, il accorde un privilège certain à la réflexion, aux idées, à la pensée discursive.

« Ce qui caractérise l'essai, c'est la volonté exprimée de le placer sous le signe de la littérature, c'est-à-dire d'une production écrite répondant à une exigence esthétique, et ceci vaut déjà pour les tout premiers écrits qui correspondent à ce genre [...], où l'art du récit est pris en compte tout autant que la véracité des informations. »¹

Les ouvrages « au second degré » (commentaires, essais critiques, monographies, biographies, manuels, traités, entretiens), sans forcément appartenir de plein droit à la littérature, s'en approchent souvent. La frontière est facilement franchie entre le discours académique critique ou journalistique, et l'essai littéraire ...

A ces différents genres sont accolés plusieurs tonalités ou registres qu'il ne faut pas confondre avec les genres : poétique, lyrique, dramatique, comique, épique, tragique, didactique.

C – Notion de pureté du genre : le bémol

Quid du poème en prose ou du roman poétique ?

Il ne faut pas restreindre les genres littéraires. Une conception normative ne sied pas à la littérature contemporaine, qui échappe souvent aux catégories. L'usage d'une classification devient donc limitatif à trop vouloir dégager des règles ou modèles idéaux pour les textes littéraires.

« C'est dans la seconde moitié du siècle dernier, après Baudelaire, que la transgression et la synthèse des genres seront élevées au rang de principe de création. [...] Il est d'ailleurs probable que le développement d'une littérature « au second degré », qui joue délibérément sur l'intertextualité à des fins humoristiques ou ironiques – parodies, pastiches – contribue largement à la transgression des genres établis. »²

III La création littéraire

A - Définitions

Selon l'Encyclopaedia Universalis, la création littéraire est une « [...] parole, enfin, qui tente d'infuser plus de vérité vive aux mots et aux grammaires de la vulgaire communication pour en faire un livre de révélation : la création d'un livre ne relève ni de la topographie, ni du patchwork des petits faits psychologiques, ni des mornes déterminations chronologiques, ni même du jeu mécanique des mots et des syntaxes. Elle ne se laisse pas circonscrire par l'étroite psychologie de l'auteur, champ de la psychanalyse, ni par son

¹ Michèle Narvaez, *A la découverte des genres littéraires*, op.cit., p.150

² Dominique Combe, *Les genres littéraires*, op.cit., p.150

« milieu » ou par son « moment », que repère la sociologie ou l'histoire. L'œuvre ne dépend de rien, elle inaugure un monde. Elle est impérative pour l'auteur voué au « terrible labeur » aussi bien que pour le lecteur. Elle transfigure l'un et l'autre. La tâche de l'artiste n'est-elle pas de transfigurer, de transmuier – l'alchimiste est l'artiste par excellence – la matière grossière et confuse – *materia grossa et confusa* – en un métal étincelant ? Toute conclusion d'un poète doit être celle de Baudelaire : « Tu m'as donné ta boue et j'en ai fait de l'or. »¹

L'acte de création met à contribution l'imaginaire pour apporter un élément, une vision, une forme nouvelle à ce que nous connaissons déjà. Il est le moteur de l'art. L'artiste découvre en créant.

« Ce que nous appelons activité créatrice n'est au fond qu'une faculté de combinaison, de constitution d'ensembles nouveaux à partir d'éléments existants. Ce qui par moments réellement se crée, c'est une qualité, une saveur, une logique, un sens nouveau, qui n'étaient pas présents au niveau des éléments, qui ne pouvaient en être déduits. Ainsi procède la nature en allant du simple au complexe, en laissant se défaire ce qu'elle a mis tant de patience à bâtir. Pour que tout recommence. Elle y met une application, un sérieux, infinis. De l'homme, la fraîcheur du rire, du jeu inutile, les feux de l'amour et de la folie, la douleur de la tragédie. »²

Les définitions de création et de créativité sont les suivantes :

- Création : v.1200 ; lat. *creatio* : créer action de faire, d'organiser une chose qui n'existait pas encore, le fait de créer une œuvre d'art
- Créativité : 1946 ; de créatif, créer : pouvoir de création, d'invention³

Nous ajoutons à celles-ci la définition de la poésie, dont le sens premier est celui de création :

- Poésie : 1511 ; art de la fiction littéraire 1350 ; latin *poesis*, du grec *poiêsis* « création » art du langage, visant à exprimer ou à suggérer par le rythme surtout le vers, l'harmonie et l'image.
- Poétique : 4^{ème} sens Linguistique : (d'après Jakobson) La fonction poétique du langage est caractérisée par le fait que l'accent est mis sur le message en tant que tel et sur les signes dont il est constitué (et non sur l'information véhiculée).⁴

B – Les hypothèses

Freud nous explique que la sensibilité accrue des artistes et leur constitution instinctuelle anormalement forte les conduisent à se tourner vers les autres. L'écrivain a besoin des autres pour s'exprimer et être recevable. S'exprimer met en jeu ses pulsions agressives et son statut narcissique. Il se tourne vers les autres pour obtenir la confirmation de son existence à travers ceux qui le lisent. Et s'il ne peut plaire, ses mécanismes d'adaptation sont mis en danger. Il s'expose plus que quiconque au conflit. Il doit transcender cette souffrance et ses exigences pulsionnelles pour créer à nouveau et exister. Le conflit intérieur

¹ Gilbert Durand, chapitre Création littéraire, DVD-Rom Encyclopaedia Universalis, version 9

² Lorand Gaspar, *Approche de la parole*, Gallimard, Paris, 2004, p.87

³ Dictionnaire *Le Petit Robert*, op.cit., p. 567

⁴ Ibid., p. 1918

de l'écrivain compose en permanence avec son narcissisme (besoin de plaire immédiat) et ses pulsions. « Écrire et rendre l'écrit public supposent que l'on croit que l'on sera entendu, que d'autres trouveront là quelque chose d'eux-mêmes. »¹ Il s'agit donc d'un mécanisme de défense du Moi. Grâce à l'écriture, il y a un déplacement des pulsions sexuelles et agressives refoulées et jugées initialement dangereuses pour le Moi. L'écriture est un processus de sublimation de celles-ci. Après la sublimation, si l'écrivain a réussi à achever son œuvre et à la faire publier, s'installe alors un processus de perte avec la résurgence de penchants à la destruction et à l'agression.

Dans son article sur « La création littéraire et le rêve éveillé », Freud développe l'idée que l'acte créateur prend sa source dans le jeu chez l'enfant. Avec l'âge adulte, nous sommes dans l'impossibilité d'exprimer aux yeux de tous nos désirs. Pour expliquer cela, Freud part de l'observation de certains névrotiques, qui utilisent l'imaginaire pour transcender la réalité au travers d'une situation fantasmatique inventée en pleine conscience, qu'il nomme « le rêve éveillé ». Il utilise à ce sujet l'expression « construire des châteaux en Espagne ». L'expression familière actuelle serait « se faire un film ». Au-delà des pulsions sexuelles refoulées, comment l'artiste arrive-t-il à nous émouvoir et à donner du sens à son œuvre ? Parce qu'il fait écho, au fond de nous, à nos rêves éveillés. L'artiste exprime son rêve sur différents supports et cela nous rappelle ce que nous ne pouvons exprimer librement. Surmonter la répulsion qu'il a de son fantasme lui semble exprimable sous la forme de l'art. Le créateur s'autorise à jouir de son propre fantasme et à nous en faire part ; si nous en sommes émus, c'est que cela nous semble tout à fait envisageable. Cela répond à une réalité psychologique vécue.

« Le poète fait comme l'enfant qui joue ; il crée un monde imaginaire qu'il prend très au sérieux, c'est-à-dire qu'il dote de grandes quantités d'affect, tout en le distinguant nettement de la réalité. »²

« Un événement intense et actuel éveille chez le créateur le souvenir d'un événement plus ancien, le plus souvent un événement de l'enfance ; de cet événement primitif dérive le désir qui trouve à se réaliser dans l'œuvre littéraire ; on peut retrouver dans l'œuvre elle-même aussi bien des éléments de l'impression actuelle que de l'ancien souvenir. »³

Pour Didier Anzieu dans *Le corps de l'œuvre*⁴, la création d'une œuvre est un mode de défense contre la destruction et/ou la mort. L'écrivain passe par différentes étapes. Les trois premières sont ici décortiquées mais, dans la réalité, elles peuvent survenir quasi en même temps :

- Le saisissement créateur : Il correspond à une crise personnelle intérieure ou un désir de création réfléchi, mais jusque là inassouvi. Il apparente cette phase souvent régressive à un dédoublement quasi psychotique « temporaire et partiel », mais où le Moi conscient est préservé (« possibilité pour la personne de noter dans son esprit ce qui se passe »⁵).

¹ Louis Delusseau, *APHP ou le voyage d'été*, ENS éditions, Paris, 1996, p.11

² Sigmund Freud, *La création littéraire et le rêve éveillé*, 1908, édition électronique de Jean-Marie Tremblay, p.5

³ Ibid., pp.9-10

⁴ Didier Anzieu, *Le corps de l'œuvre*, NRF Gallimard, Paris, 1981, pp.95-130

⁵ Ibid., p.95

- Prise de conscience des représentations inconscientes : Le Moi prend conscience du changement de ses représentations psychiques et les fixe dans son préconscient (par exemple : souvenir d'un rêve nocturne). Ces représentations se sont fixées dans la mémoire du créateur et se sont transformées en symboles, que le créateur va pouvoir accepter en tant que tels pour en faire matière à expression avec un contenu manifeste. Si l'idée que ses représentations peuvent être utilisées et exprimées librement, est admise par le créateur, alors celui-ci ne verra pas d'inconvénient à exprimer son idée. Ces représentations inconscientes sont les représentations refoulées dont parle Freud.

« Cette transformation est possible parce que l'état de saisissement procure à la conscience, comme le sommeil, une impression d'irréalité qui atténue les soupçons de celle-ci et parce que le projet de faire une œuvre ne lui apparaît pas plus répréhensible que de faire un rêve, du moment que la mise en acte est évitée. Mais aussi, et beaucoup plus encore que dans le rêve nocturne, l'écrivain, l'artiste subit ou exerce une forte stimulation pulsionnelle, laquelle déborde quantitativement la première censure, localisée par Freud entre l'inconscient et le préconscient, et suralimente l'activité de liaison et de symbolisation de cette dernière instance psychique. Il lui faut alors créer pour décharger une tension fantasmatique, un excès anxiogène de représentations inconscientes et préconscientes. Il s'ensuit une double supériorité du travail créateur sur le travail du rêve : qualitative (une attention et une mémoire très aiguës) et quantitative (une économie pulsionnelle très riche)»¹

- Institution et structuration d'un code : Elle correspond à une méthode de pensée ou d'action. Le créateur doit mettre en forme ses idées et les organiser. En littérature, donner corps consiste en trois choses : « la projection des sensations corporelles du créateur, la construction de l'œuvre comme un corps métaphorique, l'effort de lire le code organisateur du texte. »²

- Composition proprement dite de l'œuvre : Il ne s'agit plus réellement de création, mais d'un processus de mise en forme.

- Produire l'œuvre au dehors : C'est « l'exposer au public ». L'écrivain se sépare de son œuvre et se débat alors avec l'angoisse, la dépression et le sentiment de perte dont la création l'avait jusque là protégé.

Une dernière hypothèse mérite d'être soulignée. Pour Mélanie Klein, le processus créateur correspond à un processus de réparation d'un objet perdu ou de réparation du sujet lui-même. C'est le sentiment de culpabilité qui conduit à la réparation, qui semble être fondateur de l'acte de création.

¹ Didier Anzieu, *Le corps de l'œuvre*, op.cit., pp.108-109

² Ibid., p.119

C - Les contours nécessaires à l'acte de création littéraire

Il est important de saisir les tractations intérieures et extérieures inhérentes à l'acte de création littéraire, afin de mieux comprendre ce à quoi les écrivains doivent faire face. Nous avons retenu cinq grands thèmes d'après Arsène Chassang et Charles Senninger.¹ Ils permettent de faire le tour des contraintes techniques de l'acte littéraire (sans pour autant se réduire uniquement à ces thèmes) :

- La vision élémentaire rétrograde de l'écrivain subjectif et de l'écrivain objectif :

L'écrivain oscille entre les deux, de la subjectivité absolue à l'objectivité intégrale. L'écrivain objectif doit toujours tenter de colorer son propos avec les sentiments, avec sa propre vie et l'écrivain subjectif fait l'inverse, en incluant dans son discours l'idée des grands problèmes de son époque et de son temps. L'écrivain objectif serait donc celui qui ne parle que de son temps et des grands problèmes qui le caractérisent. L'écrivain subjectif ne parlerait que de sentiments, de sa propre vie et de ses proches. De l'un à l'autre, il y a toute une gamme de discours, et un écrivain navigue entre ces deux extrêmes (de là la confusion faite parfois avec l'identification du héros à son créateur).

- L'impartialité :

Une œuvre vraiment impartiale, sans point de vue, est-elle réellement possible ? L'auteur doit-il inclure son point de vue de façon explicite au travers de son histoire, de ses personnages ? Est-il toujours libre de pouvoir le faire ? Comment peut-il gommer toute trace de lui, de sa pensée, s'exclure totalement et réduire son œuvre à une pure fiction, qu'il regarderait de l'extérieur sans y mettre un peu de lui-même, surtout inconsciemment ?

« Ce que l'écrivain, le poète disent dans leurs livres peut-il ne pas parler d'une façon ou d'une autre de leurs propres problèmes, de leur expérience de leur vision de la vie, de la condition humaine ? »²

- Le mensonge :

L'écrivain est-il, peut-il être sincère ? *Quel est ce moi qui crée ?* L'écrivain parle rarement de ses proches ou de personnes très proches de lui. Il est soumis à un certain conformisme moral, en utilisant le mensonge par omission, ou le mensonge pour ne pas blesser, par timidité, par peur, par sottise ...

¹ Arsène Chassang, Charles Senninger, *La dissertation littéraire générale, Littérature et création*, Hachette Supérieur, 1992, Paris, pp.85-165

² Lorand Gaspard, *Apprentissage*, op.cit., p.205

- L'imitation :

Il faut commencer par imiter pour aller plus loin, pour apprendre tous les ressorts techniques, les maîtriser, et en faire quelque chose de nouveau, ce qui n'est pas donné à tout le monde. Certains n'y arrivent jamais. Les écrivains se confrontent à la difficulté d'apporter leur vision originale du monde et de sortir des imitations qu'ils ont pu faire. Il faut intégrer à son moi ce qu'on a imité pour s'enrichir et alors le dépasser.

- Les règles de la création littéraire :

Elles consistent dans le respect (ou non) des conventions arbitraires qui régissent une œuvre (par exemple un sonnet se constitue de deux versets et de deux quatrains). Elles peuvent être une gêne, ou une aide. Elles donnent des trucs et astuces pour la rédaction littéraire, mais sont aussi réductrices selon les genres littéraires abordés.

Nous ajoutons à toutes ces limites les contraintes financières auxquelles doit faire face l'écrivain. En effet, « [...] la censure par non-rentabilité économique n'est pas moins fatale à l'art que la censure morale, politique ou religieuse. »¹

Un écrivain peut être contraint, pour vivre, à signer des contrats répétés avec son éditeur en acceptant des commandes de livres. Il n'a pas le temps de se consacrer à son œuvre comme il le souhaite. Certains travaux peuvent lui être refusés au prétexte qu'ils sont invendables et l'écrivain vise alors uniquement la satisfaction économique de l'éditeur et la demande du public.

D - Aparté : l'écriture de soi à soi :

Elle correspond à ce que l'on appelle communément le journal intime.

« Le journal n'est pas essentiellement confession, récit de soi-même. C'est un mémorial. De quoi l'écrivain doit-il se souvenir ? De lui-même, de celui qu'il est, quand il n'écrit pas, quand il vit la vie quotidienne, quand il est vivant et vrai, et non pas mourant sans vérité. Mais le moyen dont il se sert pour se rappeler à soi, c'est, fait étrange, l'élément même de l'oubli : écrire. »²

La pratique du journal intime, contrairement aux autres genres littéraires, s'inscrit dans le temps. Elle est datée. Le diariste croit à une transcription fidèle des événements et des émotions qu'il a pu vivre, tout en ayant une conscience simultanée de la part d'interprétation qu'il peut y mettre.

Il faut ici différencier l'écriture égocentrique où « le soi qui s'accueille dans son journal ne fait de soi qu'un double de lui-même »³ et l'écriture thérapeutique utilisée pour calmer ou atténuer une douleur mentale ou un trouble. Elles se réduisent souvent à de « pures mises en scène. »⁴

¹ Bernard Lahire, *La condition Littéraire, La double vie des écrivains*, op.cit., p.57

² Maurice Blanchot, *L'espace littéraire*, Gallimard Folio essais, p. 24

³ Alain Milon, *De l'écriture écholalique d'Artaud au délire graphomaniaque : Hospitalité de soi à soi - De soi à soi, l'écriture comme auto-hospitalité*, Études réunies par Alain Montandon, Presses universitaires Blaise Pascal, Clermont Ferrand, 2004, p.227

⁴ Ibid., p.226

Le journal intime doit pouvoir ouvrir sa porte aux autres. Écrire à l'autre consiste à positionner soi-même comme l'autre. Il devrait permettre la remise en question des formes mises en œuvre par sa propre écriture.

Parfois, il oblige à prendre conscience d'un échec à écrire et à comprendre les moments où l'écriture devient impossible.

« Ce rapport à soi va permettre à l'écrivain de construire un lien avec les autres, non seulement parce que l'acte d'écriture est un acte de démonstration de soi au sens d'une mise en présence, mais aussi parce qu'il est un temps d'accueil et d'écoute. »¹

Conclusion

Nous avons ainsi exploré les différentes dimensions sociologique, psychanalytique et philosophique entourant l'écrivain, l'écriture et l'acte de création littéraire. Avant d'analyser les résultats de notre enquête, il nous faut encore poser, dans le chapitre suivant, les bases de la relation médecin-patient.

¹ Alain Milon, *De l'écriture écholalique d'Artaud au délire graphomane : Hospitalité de soi à soi*, op.cit., p.226

La relation médecin – patient

I – Quelques règles générales de communication

A - Définitions ¹

Les rappels théoriques sont nécessaires pour comprendre les ressorts de la relation médecin-patient. Nous rappelons ci-dessous les définitions de la communication :

- Communication : n.f. – 1365 – « commerce, relations » ; lat. *communicatio* : le fait de communiquer, d'établir une relation avec (quelqu'un ou quelque chose)

- Communiquer : – 1361 – ; lat. *communicare* « être en relation avec. »

Sens premier : Faire connaître quelque chose à quelqu'un.

Sens second : Être, se mettre en relation avec.

En effet, la communication répond aux besoins fondamentaux de l'homme. Elle relie les hommes entre eux en créant l'échange et permet de tisser les liens sociaux, où les comportements des uns vont ainsi s'adapter à ceux des autres, et inversement.

B – La communication dyadique

Il s'agit du modèle de communication comprenant deux personnes. Il convient parfaitement au type de communication entre le médecin et le patient. Il permet de comprendre de façon simple les différentes articulations entre les sphères de l'émetteur et du récepteur.

Un répertoire ou champ commun entre l'émetteur et le récepteur est une base minimale pour communiquer verbalement, c'est-à-dire qu'il faut employer, au moins, le même langage.

Pour expliquer ce processus - la transmission du message - nous commençons en partant de l'émetteur, qui a perçu une situation, désire entrer en contact avec le récepteur, et choisit enfin un mode communicationnel. Ensuite, il verbalise son message par la parole (utilisation de la voix au sens de support mécanique, anatomique et physiologique du message). Le récepteur reçoit alors les stimuli du message et les décode en fonction de ce qu'il a perçu (qui n'est pas forcément la totalité du message). Pour démontrer que le message a été compris, l'attention portée par le récepteur reste un élément important. Elle pourra être signifiée à l'émetteur par le principe du « feed-back » (rétroaction), selon l'expression anglaise consacrée.

¹ Dictionnaire *Le Nouveau Petit Robert*, Paris, 2000, pp.468-469

Par ailleurs, le message est soumis à deux autres conditions : la métrique et la tension. La métrique est le fait que tout message doit s'exprimer selon un mode proportionné à son contenu. La tension (ton de la voix, expression, gestes) fait référence à la force et à l'énergie avec lesquelles le message est transmis.¹

« L'orateur efficace et le grand écrivain se caractérisent non seulement par le choix attentif des mots et la correction grammaticale mais encore par l'ampleur mesurée de l'exposition orale ou écrite (métrique) et par le ton (tension) approprié au contenu du message. »²

Nous voyons donc que l'efficacité de la transmission du message dépend de l'utilisation correcte des moyens de communication, du répertoire commun employé par l'émetteur et le récepteur, ainsi que de la bonne évaluation de la situation avant de transmettre le message.

C – La pragmatique de la communication

Elle correspond à l'étude du langage dans son contexte et répond à plusieurs axiomes, dont voici les grandes lignes, d'après Helmick Beavin et Jackson (1967)³ :

- Nous ne pouvons pas ne pas communiquer.
- Toute communication est définie par son contenu et par la relation qui s'établit. La « méta-communication » est un signe de bonne communication, c'est-à-dire que les deux interlocuteurs sont capables de distinguer dans leur communication ce qui a trait au contenu et ce qui a trait à la relation.
 - La nature de la relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les interlocuteurs.
 - Les langages verbal et analogique sont constamment utilisés par les êtres humains. Le langage verbal correspond à l'utilisation des mots régie par une convention sémantique arbitraire. Le langage analogique implique toute la communication non verbale (gestualité, mimique du visage, tonalité de la voix, rythme du discours).
 - Tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence. La symétrie place les deux interlocuteurs à égalité dans l'interaction de la relation. Lorsque l'un des deux désire imposer son mode de fonctionnement relationnel à l'autre, il y a conflit si l'autre ne cède pas sa place. En effet, la complémentarité se situe dans des rapports de dominant et de dominé qui se créent au sein de l'échange. Ces deux formes de communication ont donc des fonctions différentes, mais nécessaires ; elles ne s'opposent nullement en donnant la primauté à l'une ou à l'autre, et alternent naturellement dans une relation saine.

¹ Constantino Landolo, *Guide pratique de la communication avec le patient*, Masson, Paris, 2006, pp.8-16

² Ibid., pp.18-19

³ P. Watzlawick, J.Helmick Beavin, et al. (1967). *Pragmatics of human communication*. cités dans Marco Vanotti, *Le métier de médecin, entre utopie et désenchantement*, Éditions Médecine et hygiène, Chêne-Bourg, 2006, pp.102-105

D – La communication verbale

- Les évidences : la communication verbale repose sur les organes de la phonation. Il semble presque superflu de rappeler qu'il faut savoir manier les règles de la langue (syntaxe, grammaire, etc...) pour pouvoir communiquer et se faire comprendre.

- Les caractéristiques du langage parlé : le langage parlé se structure autour d'un canal vocal-auditif, qui offre la possibilité de faire autre chose en même temps. L'évanescence du discours oblige à une certaine attention de la part du récepteur, qui sera à son tour émetteur d'un message en feed-back, lui-même soumis à la rétroaction complète (c'est-à-dire qu'il a aussi la capacité d'écouter le message qu'il transmet). On parle d'interchangeabilité des interlocuteurs. Le langage parlé sert spécifiquement à communiquer et peut se référer au temps et à l'espace. C'est l'organisation des mots qui transmet la signification du message. L'élocution se compose d'aspects non verbaux du langage parlé, tels que l'intonation, le timbre, l'accent, la prononciation, les pauses de la voix.

- La communication écrite : elle est verbale parce qu'elle utilise des mots, mais possède une gamme moindre de fonctions de communication que le langage parlé, car elle ne prend pas en compte tout ce qui concerne la communication non verbale.

E – La communication non verbale

Elle constitue le dialogue complet avec tous les indices et signaux dont nous disposons, inconsciemment, pour décrypter le message émis dans son contexte global. Le langage du corps offre toutes les véritables expressions émotionnelles. La présentation de soi répond à des normes. Les gestes et comportements que nous effectuons en public influent nettement sur nous, en nous renseignant sur le statut social de chacun. Le regard dans le dialogue verbal est différent selon l'interlocuteur. En général, la personne qui parle regarde moins son interlocuteur que la personne qui écoute (sauf en cas de rapport hiérarchique majeur). L'espace est une dimension importante et fluctuante en fonction des rapports entre les personnes (proches, parentes, amies ou publiques). La distance qui s'instaure entre elles, nous informe du type de relation qu'elles entretiennent. L'espace personnel est la zone qui environne le corps. Il est envahi lors du contact physique de l'examen clinique, par exemple. Mais la distance à choisir pour parler est la distance personnelle d'environ 1m à 1m50. Elle indique une disponibilité, une aisance, une écoute et permet l'observation réciproque.

Enfin, il faut se souvenir que « la communication est un tout intégré et qu'il est d'une certaine façon impossible de faire une distinction entre communication verbale et non verbale (Winkin, 1981) ».¹

¹ Marco Vanotti, *Le métier de médecin, entre utopie et désenchantement*, op.cit., p.113

F – Les obstacles à la communication

Il n'existe pas de communication sans interférence ni perturbation, qui, d'ailleurs, peuvent survenir à n'importe quel moment de l'interaction. Les conséquences de ces obstacles ou erreurs évoluent sur une palette extrêmement variée et dépendent du contenu du message transmis. Il peut s'agir de difficultés d'émission ou de réception de ce dernier.

Il peut se produire une disjonction de la communication, lorsque les deux interlocuteurs n'utilisent pas les mêmes conventions verbales, quand il y a parfois, par exemple, une présupposition d'une connaissance chez l'autre, alors que celui-ci ne sait pas de quoi on parle.

II – Les conditions de la relation médecin-malade

A – Le professionnalisme et les compétences du médecin

Ce sont les deux premières conditions requises par et pour les patients. Insidieusement, sous des termes aussi généraux, elles incluent les autres conditions d'une « bonne » relation. Le professionnalisme est la traduction imparfaite de l'anglais "professionalism". Il intègre, en fait, toutes les règles de bonne conduite et de pensée face au patient, ainsi que les décisions collectives concernant la santé.

Une charte du professionnalisme médical (Medical Professionalism Project)¹ a été proposée en 2002 par un collègue de médecins anglo-saxons. La fonction primaire du médecin consiste dans le soin et l'accompagnement du malade, avec une attention respectueuse du médecin face à celui qui se confie à lui. Il y a une volonté d'humaniser les soins médicaux, cette nécessité répondant à un besoin de la société actuelle. Cette charte rappelle les principes fondamentaux des patients : une primauté du bien-être (grâce à l'altruisme du médecin), une autonomie des patients dans les décisions les concernant, une justice sociale s'évertuant à éliminer toute discrimination dans les soins de santé. Les médecins sont soumis à un ensemble de responsabilités professionnelles : la compétence professionnelle nécessitant une actualisation perpétuelle des connaissances, un devoir d'engagement, d'honnêteté et d'information du patient, un respect de la confidentialité, un engagement envers l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins.

Nous pensons que cette charte s'inscrit aujourd'hui comme un rappel à l'humanisme et à la compassion. Ces cinquante dernières années, la relation médicale traditionnelle a été profondément transformée par un processus de bio-médicalisation de la société. « La médecine biologique intègre dans sa démarche quotidienne les seules composantes biologiques de la maladie, éliminant ces composantes sociales. »² La relation se déplace alors vers une médecine scientifique, qui ne doit pas oublier « d'allier maintenant l'expérience scientifique du médecin et l'expérience existentielle du malade dans les protocoles thérapeutiques équitables. »³

¹ Daniel Sereni, *Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire : une charte pour les praticiens*, version française, Pédagogie médicale, 2004 ; 5 : 43-45

² P.Fragu, *La relation médecin –patient, histoire d'une transformation, Éthique et santé*, 2004, 1 : 26-31

³ Ibid.

B- L'information du patient : mensonge et vérité

« [...] Il est « rentable » de parler vrai. Les médecins [...] se sont trop longtemps abrités derrière une montagne de silence. Elle s'effrite et, s'ils ne prennent pas les devants, elle leur retombera dessus. Le public a droit à l'information. Il sera moins soupçonneux si cette information, fût-elle déplaisante à entendre, lui est livrée de bonne grâce. [...] l'ennemi de la confiance est le soupçon, et l'aliment du soupçon est le silence. C'est le corps médical qui s'imagine assez naïvement (ou plutôt avec une naïve outrecuidance) que le dogme de l'infailibilité est un système de défense praticable. »¹

Le médecin doit considérer cette tâche comme essentielle à la communication et au développement d'une bonne relation. L'information doit être fournie de la façon la plus « complète », adéquate, impartiale et véridique au patient, afin qu'il puisse prendre une décision en toute connaissance de cause, l'objectif étant d'obtenir le consentement éclairé du patient.

L'information doit être modulée en fonction de l'appréciation de la faculté de discernement du patient, qui peut être, partiellement ou non, apte à prendre une décision pour sa propre santé et plus ou moins capable d'entendre la vérité. Cela amène donc le médecin à estimer l'impact de ses paroles et à être obligé, parfois, de contrebalancer ses propos, afin de préserver la santé psychique de son patient. Par ailleurs, le moment où l'information est donnée et la manière dont elle est donnée, sont d'une très grande importance. Cela va conditionner la compréhension de l'information reçue par le patient et son comportement ultérieur.

« Informer le malade signifie éclaircir ses doutes, le rassurer, calmer son anxiété, et cela signifie parfois le mettre en face d'une réalité douloureuse sans pour autant fermer les portes de l'espoir. »²

Il faut rappeler que le devoir d'information est une disposition légale, régie par le code de la déontologie médicale (article n° 35).

C- Le secret médical

Selon l'article 4 (article R.4127-4 du code de la santé publique) :

« Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »³

Le secret médical puise sa source dans le serment d'Hippocrate, qui recommande de taire ce que l'on a pu voir, entendre ou observer dans l'intimité des gens. En effet, il faut rappeler que le secret médical est fait initialement pour protéger le patient, non pour empêcher un médecin de parler ou de dire la vérité à son patient. Le secret est une des bases de la

¹ Hervé Hamon, *Nos médecins*, Éditions du Seuil- Points, Paris, 1996, p.220

² Constantino Landolo, *Guide pratique de la communication avec le patient*, op.cit., p.106

³ Code de la déontologie médicale, www.conseil-national.medecins.fr

confiance qui s'établit dans la relation médecin-malade. Sans lui, il n'y a point de confiance, ni de sécurité, ni de respect des patients.

La loi du "silence, toujours et encore" (qui était prônée au XIX^{ème} siècle) est contrebalancée par les fonctionnements sociaux et éthiques de la collectivité d'aujourd'hui, où le secret peut être levé (par exemple, maladies contagieuses à déclaration obligatoire). Nous sommes, ici, dans une conception relative du secret. Depuis 2005, une nouvelle codification très précise des actes médicaux, initialement adoptée en vue d'une meilleure gestion économique de la santé, interroge cette notion de secret médical, qui ne s'apparente pas complètement au statut du secret professionnel. Les supports et nouveaux moyens de communication (téléphone, fax, internet), où le destinataire n'est pas forcément bien connu, soulèvent de nombreuses questions par rapport à la confidentialité du secret médical. L'obligation de secret médical s'impose ainsi à toutes personnes amenées à connaître l'état de santé du malade.

D– La dimension humaine entre empathie et compassion : le savoir-être

1 – "Emotional labor" ou le travail sur soi

L'empathie est la « faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent »¹.

« Il convient de s'occuper de soi avant de s'occuper des autres, d'être empathique avec soi-même avant de penser faire preuve de ce mouvement pour les patients. L'empathie commence par la reconnaissance d'une émotion. [...] Il est important que le médecin ne laisse pas ses émotions l'envahir, sous peine de voir disparaître sa capacité thérapeutique. [...] Il faut en somme canaliser cette souffrance en lui donnant un sens, pour préserver la fonction thérapeutique. »²

Selon le sens donné à ces émotions, D. Wildmer décrit donc trois types de médecins :

- le médecin persécuté qui va répondre par un livre, un texte ou un discours aux accusations faites contre la médecine, et rassure le néophyte sur son art,
- le médecin cultivant son capital personnel, son hygiène mentale en philosophant,
- le médecin « mélancolique » qui entame une réflexion sur les limites de sa pratique.

Le bon praticien est un médecin qui a, avant toute chose, réfléchi sur lui, ses motivations, ses mécanismes de fonctionnement. Il a accepté d'intégrer à sa pratique ses propres émotions et à les maîtriser pour en faire un atout humain dans sa communication avec le patient, afin d'obtenir sa collaboration dans un esprit visant l'obtention de la santé du malade.

Des techniques de théâtre et de mise en scène (mimiques faciales, attitude, gestes, intonation de voix) peuvent se rapprocher de l'apprentissage de cette compétence émotionnelle permettant une relation satisfaisante. Cette capacité est tout aussi importante que les compétences médicales pures demandées au médecin. L'effort d'imagination du ressenti est le principal travail en profondeur que doit réaliser le praticien, puis il doit inclure son

¹ Dictionnaire *Le petit Robert*, éd. 2000, Paris, p.837

² Daniel Wildmer, *Petite histoire de la subjectivité médicale*, Primarycare 2001 ; 1 : 138-143

ressenti dans le contexte psychosocial de la relation dans laquelle il évolue. Il a été montré que la bonne utilisation de cette compétence permet une meilleure relation médecin-patient, et une satisfaction plus grande de son travail de la part du médecin.¹

Au-delà de la maîtrise de la bonne distance physique, il existe réellement une notion de « distance émotionnelle ». Le praticien oscille entre son empathie et ses compétences techniques pour s'engager dans la relation.

« Je songe que ce savoir acquis, cette technique qui n'est nulle part incluse dans le bagage universitaire du carabin, est comparable à ce que l'on nomme, chez les enseignants, la pédagogie : l'art d'être près en restant dans son rôle, l'art de transmettre sans cesser d'entendre. Je songe que certains médecins, soit d'instinct, soit parce qu'ils y ont travaillé, possèdent un sens de la « bonne distance », de la distance « raisonnable » entre le soignant et le soigné, ni fusionnelle ni frisque. Je songe enfin que, si beaucoup de praticiens confisquent la parole, ce n'est pas uniquement pour préserver le mystère et le pouvoir de ceux qui savent, ni par paresse technocratique : c'est par incapacité, justement, à trouver cette « bonne distance », c'est par peur de l'émotion, du trouble que la souffrance ou, plus simplement, la demande du patient risquent d'engendrer. »²

2 - La relation de confiance

« La confiance n'est plus un postulat, mais le fruit d'une négociation, d'un contrat. La confiance n'est plus aveugle, elle se mérite, elle se discute : il ne suffit pas que le malade s'abandonne, il faut encore que le médecin s'explique et se situe. »³

Les relations médecins-malades ont changé depuis plusieurs décennies, car le rapport vertical empreint de paternalisme entre le médecin et le malade a quasiment disparu. Une crise de la confiance s'est installée et de nouveaux rapports doivent être institués. Si la notion de pouvoir ne peut être gommée, elle est franchement mise à plat par la démarche éthique émanant du médecin cherchant à gagner la confiance de son patient.

La notion de confiance a des contours fluctuants, puisqu'elle contient dans sa définition même une forte subjectivité. Il est fréquent de ne pas savoir réellement pourquoi le patient fait confiance à tel praticien plutôt qu'à un autre, à compétences égales. Il s'agit d'une relation basée sur des affinités personnelles, qui va se construire dans l'échange et une coopération durable empreinte de sincérité véritable de la part de chacun. « La confiance émerge de la rencontre ».⁴

3 - La notion de pouvoir

Dans les années soixante, il était admis comme normal l'asymétrie des rapports entre le médecin et le patient, c'est-à-dire que la métaphore paternaliste était acceptée par tous comme inhérente à la relation. Le médecin n'abusait pas de son pouvoir puisqu'il faisait tout ce qui était en son pouvoir, justement, pour soigner son patient, comme s'il était dans le rôle d'un « bon père protecteur ». Ce rôle social était également recherché par les patients eux-

¹ Eric B. Larson ; Xan Yao , *Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship*, JAMA ; 2005 ; 293(9) : 1100-1106

² Hervé Hamon, *Nos médecins*, op.cit., p.182

³ Ibid., p.195

⁴ Marco Vanotti, *Le métier de médecin, entre utopie et désenchantement*, op.cit., p.129

mêmes. Depuis le milieu des années soixante-dix, la technicité scientifique au service de la médecine a profondément modifié le rapport à la maladie (avec l'avancée des traitements) et donc le rapport au corps. La relation médecin-malade devient progressivement une relation de service marchand. La relation tend vers une symétrie. Elle perd alors une certaine forme d'harmonie devant l'attitude consumériste des patients. Pour autant, « le caractère unique de la relation médecin-patient – la connaissance intime que les médecins ont de leurs patients, la dépendance thérapeutique qu'ont les patients vis-à-vis de leurs médecins, et la relation de longue durée que développent certains d'entre eux – rend improbable que le patient puisse être un consommateur qui demande à en avoir pour son argent. »¹

Dans la souveraineté de soi où est le médecin, avec la toute puissance de son savoir, il doit accepter de laisser cette souveraineté, afin de pouvoir guérir lui-même et les autres.

Se départir de son pouvoir ne signifie pas totalement l'abandonner. Si le patient qui vient voir son médecin réclame une relation d'égalité, il va cependant continuer à venir chercher un savoir, une compétence technique, mais aussi un rapport à une certaine forme de domination, qui va le rassurer, le cadrer, l'orienter dans les dédales de son corps malade et dans la perception, pour un temps, modifiée qu'il a de ce corps. Cette recherche inconsciente de pouvoir émanant du patient procède d'un besoin de rassurance. Il cherche dans l'image qu'il a de son médecin une forme de sûreté.

La tentation de se retrancher derrière l'institution est forte pour les médecins qui n'arrivent pas à gérer cette notion de pouvoir et d'autorité dans la relation. Ils préfèrent parfois abdiquer en reléguant les demandes implicites du patient aux institutions et aux administrations (hôpital). Les médecins considèrent alors que la prise en compte de ce fonctionnement n'appartient pas à leur métier et ne fait pas partie de leurs compétences professionnelles. Ils se dédouanent de la situation embarrassante dans laquelle les situent les patients. Il est, chaque fois, difficile de jouer le funambule sur le fil de la relation que le patient tire plus ou moins à lui. De plus, cette relation peut changer à chaque nouvelle rencontre de façon différente.

Depuis 2002, la charte du patient hospitalisé rappelle ses droits, mais aussi en filigrane, ses devoirs. Les associations de patients qui s'organisent pour contrecarrer la toute-puissance des médecins sont nécessaires pour parer aux dérives et pour inciter le corps médical à continuer de réfléchir sur ses modalités de fonctionnement. Le patient n'est plus la personne passive et ignorante d'autrefois.

4 – La nécessité d'une éthique médicale

L'éthique médicale remonte au principe hippocratique et au serment qui en découle. Elle vise le respect de la personne et de son autonomie. Le médecin traite alors le patient comme un autre « je », c'est-à-dire dans la réciprocité. L'éthique se fonde sur une exigence de bienfaisance. Toute pratique médicale doit aboutir à un bénéfice pour le patient, qui doit l'évaluer comme tel. Par ailleurs, le médecin doit soigner tous ses patients dans un souci d'équité, de solidarité collective, en faisant fi des discriminations, tout en composant avec les limites que lui impose la société.

La bioéthique renvoie aux questions posées par les progrès des sciences de la vie et de la techno-science, face au développement du droit des individus et des enjeux collectifs dans la société.

¹ Potter ; Mac Kinlay, *From a relationship to encounter : an examination*, Social science and medicine, 2005, 61(2) : 465-479, p.468

Éthique et bioéthique se situent dans deux champs de réflexion distincts, mais empiètent l'une sur l'autre. C'est un « échange où la bioéthique ouvre l'éthique médicale à son contexte social, économique, voire politique, tandis que l'éthique médicale inscrit la question bioéthique dans l'horizon de la relation à autrui et des finalités du soin. »¹

III–L'entretien médical

A - La consultation - les phases

La consultation s'inscrit dans une dimension temporo-spatiale. Les lieux de consultation doivent être confortables, accueillants, favorisant le silence et la protection de l'intimité. Il faut considérer le temps d'attente du patient avant la rencontre avec le médecin et la durée de la consultation. Une attente trop longue risque de majorer l'anxiété du patient et de déséquilibrer, dès le départ, l'entretien. De même, il appartient au médecin de diriger l'entretien afin de le contenir dans un temps déterminé préalablement. Par ailleurs, la dimension affective (empathie, humour, « neutralité bienveillante ») est le support de base du travail du médecin et doit toujours être prise en compte.

- La rencontre : elle est rarement préparée à l'avance, mais si cela pouvait être effectué, cela permettrait d'envisager et d'anticiper des différentes hypothèses du motif de consultation du patient. Cette phase très brève introduit et noue le contact. Elle permet de préciser le cadre et de structurer l'entretien, d'identifier les attentes du patient et d'harmoniser la communication verbale et non verbale.

- L'interaction : il s'agit, par une écoute active, d'interroger le patient, de recueillir l'anamnèse psychosociale tout en canalisant l'entretien et en facilitant la communication (reformulation). C'est lors de cette étape que se construit la relation. Elle facilite le développement des liens, en favorisant l'implication du patient et permet ensuite de procéder à l'examen physique. Enfin, il faut restituer l'information au patient de façon adéquate, puis respecter la décision du patient et se mettre d'accord sur la conduite à tenir.

- Le congé : c'est probablement la phase la plus difficile à exécuter pour le praticien. Il s'agit de conclure et de se séparer, c'est-à-dire d'annoncer la fin de l'entretien, de faire un résumé, et enfin de planifier la suite. Si l'entretien s'est bien déroulé auparavant, le patient aura des difficultés à quitter le médecin, puisqu'il sera dans une relation de confiance. De la même façon, si l'entretien a été effectué dans le conflit, l'opposition du malade ou une anxiété générant une trop grande tension, empêchant une communication fluide, la séparation sera plus ardue. Il revient alors au médecin de rappeler à son patient le souci qu'il a de lui et de sa santé.

¹ J.M.Mouillie, C.Lefève, L.Visier, *Médecine et sciences humaines, manuel pour les études médicales*, Les Belles Lettres, Paris, 2007, p.200

B -Le partenariat et l'alliance thérapeutique

Peter Tate rappelle les différentes étapes par lesquelles le patient et le médecin passent pour arriver à une alliance thérapeutique.

Le « cycle de formation » du patient débute par la consultation dont les résultats immédiats vont aboutir à des conséquences à moyen et long termes. Le processus cognitif du patient qui permet d'élaborer la compréhension et l'appréhension de sa maladie, se solde par une décision d'allo ou d'auto-gestion de celle-ci par le malade. Pour sa part, le « cycle de formation » du médecin débute également au moment de la consultation, dont il tire des réponses et satisfactions sur le plan émotionnel, qui vont lui permettre de s'engager auprès du malade, de suivre son évolution. L'ensemble aura une influence notable sur les états psychique et physique du médecin. »¹

Les devoirs du patient sont donc de renseigner le médecin, pour aboutir à une alliance hippocratique, et l'observance du traitement consenti pendant la consultation.

Il est à noter que, parfois, le malade n'est pas malade. C'est la spécificité de la consultation de prévention.

Il existe trois types de modèle relationnel :

- Le patient consentant ou le médecin décideur : Traditionnellement, la fonction décisionnelle revenait au médecin. C'est le modèle paternaliste, reposant sur une dissymétrie. La direction décisionnelle conserve toujours le même sens, du médecin vers le patient, même si celui-ci bénéficie du consentement éclairé (car s'il refuse le soin, il s'expose au risque d'être délaissé).

- Le patient décideur : Le patient a la souveraineté pleine et entière en matière de décision. Nous sommes dans un modèle de contrat de prestation de service, où le patient aurait l'aptitude de « mettre en relation ses propres valeurs et les propositions thérapeutiques, avec leurs avantages et leurs inconvénients. »² Cependant, il persiste un déséquilibre dans la relation, du fait des connaissances du médecin. Le poids de la décision se porte uniquement sur le patient, qui se trouve alors face à la difficulté, au doute et à la culpabilité d'avoir fait un mauvais choix.

- Le patient codécideur : Ce modèle permet de respecter la psychologie et l'autonomie du patient, car il a le choix du mode de relation et de décision. Il met en place un partenariat souple où un patient exprime librement ses préférences et où le médecin intègre toutes ses compétences médicales. La relation et la confiance s'en trouvent renforcées.

D'un point de vue sociologique, une étude réalisée en Suisse³ nous montre que, de façon générale :

- Le patient décideur est plutôt une femme entre 30 et 40 ans vivant en milieu rural

¹ Peter Tate, *Soigner sa communication : la relation médecin malade*, Éditions de Boeck, 2005, p.123

² J.M.Mouillie, C.Lefève, L.Visier, *Médecine et sciences humaines, manuel pour les études médicales*, op.cit., p.279

³ Ariane Ayer, Thierry Clement, Christian Hänni, *Revue de la relation patient-médecin, état des lieux*, rapport IDS Université de Neuchâtel, Genève, 2003, pp.32-46

avec un niveau de formation élevé, exerçant une activité professionnelle lui apportant des revenus moyens. Le patient décideur se soigne souvent par lui-même, ne se fie pas aux recommandations du médecin et demande souvent plusieurs avis ; il lit la notice des médicaments et a recours à des médecines alternatives.

- Le patient codécideur est également plutôt une femme jeune, vivant en ville, avec un très haut niveau de revenus et exerçant une profession intellectuelle. Le codécideur estime que le médecin donne les bonnes informations et les discussions entre médecin et patient codécideur se portent sur d'autres sujets que la santé du patient et la médecine.

- Le patient consentant appartient, en général, à la génération des personnes âgées et est plus souvent un homme. Il vit plus souvent en milieu rural, avec un niveau de formation bas et des revenus professionnels peu importants.

IV – Un nouveau moyen de communication écrit : internet

Selon le Docteur Julien Malarewicz, qui a soutenu sa thèse de médecine sur la place du courrier électronique dans la communication entre le médecin et son patient¹, ce nouveau mode de communication présente plusieurs avantages, tels qu'un suivi simple de certaines pathologies avec un archivage clair et rapide. Il permet de prendre le temps de répondre à des questions non urgentes de façon plus claire car c'est un outil éducatif. Il autorise une communication plus facile, lorsque les patients sont en voyage (surtout à l'étranger) et il diminue le temps passé au téléphone. Enfin, il a l'avantage de la gratuité.

Les inconvénients qui se dégagent de ce moyen de communication sont les difficultés d'informatisation des cabinets médicaux et des patients, l'illettrisme qui sélectionne donc une certaine population de patients capables aborder et d'utiliser cet outil. Le délai de réponse ne permet pas de traiter les demandes à caractère urgent et le manque d'habitude empêche une utilisation optimale de part et d'autre. Enfin, le problème du secret médical est soulevé, puisque, actuellement, aucun contrôle sur l'identité des interlocuteurs n'est possible.

Selon la loi du 13 août 2004, les ordonnances par mail sont légalement possibles, sous certaines conditions. Il faudrait réfléchir à des règles communes d'utilisation d'internet entre les médecins et les patients. Les médecins doivent expliquer à leurs patients dans quelle circonstance ils peuvent recourir à l'envoi de mail et sélectionnent la population à laquelle ils désirent transmettre leurs coordonnées. Une rémunération de cet échange peut être discutée.

Il existe un très fort désir de communication par internet de la part des patients, qui y trouvent une meilleure efficacité que le téléphone, un lien privilégié avec leur médecin et surtout une disponibilité plus grande de sa part.

De leur côté, les médecins ont un ressenti inverse : ils admettent que la communication par internet permet de prendre le temps de répondre, mais qu'elle ne remplace pas la consultation.

Ainsi, nous nous interrogeons légitimement sur l'utilisation de cet outil, privilégiant le langage écrit, par les médecins écrivains.

¹ Julien Malarewicz, *La place du courrier électronique dans la communication entre le médecin généraliste et le patient*, Thèse de médecine, Paris 5 Descartes, juin 2008, 71 pages,

V – L'enseignement de la relation dans le cursus universitaire

A - Il y a quarante ans déjà ...

Léon Chertok (psychiatre français) s'interrogeait sur l'apprentissage de la relation médecin-malade par l'étudiant en médecine. Dans une étude, les enseignants s'interrogeaient sur la façon de transmettre ces notions auprès d'un groupe d'externes volontaires. L'objectif qu'ils proposaient d'atteindre est le même que celui vers lequel nous tendons aujourd'hui. Il était d'« apprendre à devenir des médecins, c'est-à-dire des thérapeutes qui sachent être proches des malades, sans adopter des conduites extrêmes allant de la gratification excessive à l'intransigeance, c'est consentir à s'engager affectivement vis-à-vis des malades et apprendre à reconnaître ses propres réactions émotionnelles de manière à devenir plus sensible à celles du malade. »¹

B - Aujourd'hui

Les objectifs visés sont toujours les mêmes, avec peut-être des mécanismes d'approche différents et des propositions concrètes, dans les pays anglo-saxons, d'exercice d'apprentissage de l'empathie dans la relation médecin-malade.

Les obstacles à l'apprentissage de cette capacité sont concomitants aux difficultés de cet enseignement, ainsi qu'aux difficultés liées à la mesure, et à l'évaluation de l'empathie chez les apprenants.

Plusieurs axes peuvent être explorés et travaillés, afin de développer l'empathie chez les étudiants en médecine :

- Les compétences communicationnelles peuvent être améliorées en petits groupes, par des lectures orales, des enregistrements audio ou vidéo, des techniques de communication générale et l'autoscopie.
- Les exercices de mise en situation clinique favorisent la part de réflexion donnée à l'acquisition de cette compétence.
- L'apprentissage par expérience propre
- L'analyse extérieure des situations vécues et montrées par les professeurs en conditions réelles (c'est-à-dire face au malade) permet d'observer le comportement de médecins d'expérience ; même si le mimétisme reste une technique de surface, il n'empêche pas d'apprendre l'empathie en profondeur, en auto-analysant ses émotions.²

Par ailleurs, la littérature, le théâtre et l'écriture sont des stratégies d'enseignement de plus en plus utilisées dans ce cadre.

¹ Léon Chertok, *La relation médecin-patient*, Institut d'édition sanofi-syntelabo, Paris, 2000, p.75

² K.A.Stepjen, A.Baernstein, *Educating for empathy, a review*, JGIM, 2006, 21 (5) : 524-530

Conclusion

La relation médecin-malade s'apprend donc par observation, mimétisme et réflexion pratique. Elle évolue en fonction des changements de la société.

Norman Cousins explique que le médecin se constitue « médicament communiquant. [...] Les médecins et les écrivains ont au moins ceci en commun : la communication représente une partie importante de leur activité. Dans le journalisme les succès ou les échecs dépendent de votre capacité d'utilisation des mots. Dans le traitement des malades, les mots utilisés par le médecin ont une incidence profonde sur leur bien-être. [...] Être capable d'un diagnostic précis est une preuve de compétence médicale ; être capable de dire au patient ce qu'il doit savoir relève de l'art médical. »¹

L'exercice d'appropriation de la langue par la parole est un art : un art communiquant dont doit savoir se servir le médecin. Nous présumons donc que le médecin écrivain a cette capacité exacerbée de maniabilité de la langue.

L'écrivain-médecin qui réalise cet exercice au calme sur sa page blanche, qui prend le temps de réfléchir à sa parole, qui s'approprie le langage pour le faire sien, sait-il réaliser ce même emploi de la parole face au patient en situation d'improvisation totale ?

Nous verrons que cette prise de parole sera à la fois suspecte, bannie, effritée, portée aux nues et adulée, c'est selon....

¹ Norman Cousins, *The Physician as communicator*, cité dans Constantino Landolo, *Guide pratique de la communication avec le patient*, op.cit., p.IX

Méthodes

Les rappels historiques des médecins écrivains, ainsi que les explorations de l'acte de création littéraire et des bases de la relation médecin-malade nous ont permis de définir les contours dans lesquels les médecins écrivains évoluent. Nous abordons, à présent, grâce à une enquête menée auprès d'eux, les caractéristiques de leur vie et l'articulation entre leurs deux activités.

I - Recensement de la population des médecins écrivains

Comment ?

La méthodologie est basée sur des recherches ciblées.

Nous avons utilisé la presse écrite générale et la presse écrite médicale. Les noms des médecins ont été relevés au hasard des lectures quotidiennes de journaux tels que le *Quotidien du Médecin*, le *Généraliste*, *Impact Médecin* et de diverses revues médicales spécialisées dans les rubriques: culture, loisirs, lecture.

Nous avons découvert l'existence du G.E.M. par ce biais pendant l'externat. D'autres sources ont été précieuses:

- Radio: France inter, France info, France culture.
- Télévision : émissions culturelles littéraires présentées par Messieurs Pivot, Durand ou Rapp, et aussi plus récemment le Journal de la Santé sur la cinq avec certaines chroniques littéraires hebdomadaires.
- Internet avec des sites et des moteurs de recherche généraux tels que Amazon, Google, Evéne en tapant : médecins écrivains/écriture médecins/littérature médecine/écriture médecine /littérature médecins/ poésie médecine/ poète médecin, puis par les sites des maisons d'éditions comme l'Harmattan, Odile Jacob, Fayard.
- Librairies au hasard des découvertes dans les rayons : sciences sociales, sciences humaines, histoire, vulgarisation, médecine et santé.
- G.E.M. et son site internet donnant la liste des membres adhérents à l'association ayant cotisé, et accepté d'être sur une liste diffusée sur internet.
- Entourages, amis, familles, proches, professeurs et le bouche à oreille.
- Les écrivains eux-mêmes nous transmettant les noms d'autres médecins écrivains.
- Livre de Monsieur Le Professeur Louis Paul Fisher *Le bistouri et la plume*¹ concernant les écrivains du XX^{ème} et XXI^{ème} siècle.

Au fil de nos études, sans savoir encore ce que nous en ferions, les références ont été notées, et les articles de journaux ont été mis de côté au fur et à mesure des rencontres et des lectures.

¹ Louis Paul Fisher, *Le bistouri et la plume*, éditions l'Harmattan, 2003, pp.297-433

Pour les besoins de la thèse, les références des médecins sont entrées au fur à mesure dans un tableur Excel par ordre alphabétique, avec les coordonnées de la personne concernée, sinon avec celles de sa maison d'édition, ainsi que ses publications éventuelles.

Au total, 337 noms sont recensés pour réaliser l'enquête. Par la suite, d'autres noms sont venus s'ajouter à la liste, puisque nous continuons par intérêt personnel à compléter notre travail.

Les coordonnées personnelles sont recueillies pour 294 noms, grâce à des moteurs de recherche et/ ou des sites internet tels que:

- l'annuaire avec les pages jaunes et blanches,
- doctoralia,
- l'annuaire du site du Conseil National de l'Ordre des Médecins,
- le site de l'A.P.H.P,
- les annuaires respectifs des sites des C.H.U. et/ ou hôpitaux,
- les sites personnels de médecins ou leurs blogs,
- les sites des associations auxquelles appartiennent certains médecins comme le site du G.E.M.,
- les sites des maisons d'édition.

Pour 43 personnes, nous sommes dans l'impossibilité de trouver les coordonnées exactes du médecin. Les raisons en sont diverses et variées telles que :

- personne sur liste rouge
- déménagement ou changement d'orientation professionnelle ou de lieu de travail
- voyage
- utilisation d'un pseudonyme
- décès du médecin pendant notre enquête
- disparition de maisons d'édition anciennes ou ayant fusionné et changé de nom
- refus et/ ou impossibilité de donner les coordonnées personnelles des médecins de la part de certaines associations ou de certaines maisons d'éditions, ainsi que de transmettre mon projet par manque de temps ou d'intérêt.

Quand ?

Le recensement des médecins s'est effectué :

- depuis le début de mes études médicales, et pendant tout le cursus des études,
- de façon plus intensive sur une période de quelques mois, pour la préparation de cette thèse de septembre 2007 à mars 2008.

Qui ?

Nous avons sélectionné :

- les médecins actifs ou à la retraite ou ayant cessé toutes activités médicales indépendamment d'autres activités professionnelles effectuées en parallèle,

- les médecins thésés sauf une exception : une personne encore étudiante ayant déjà publié un roman,
- les médecins de langue française, vivant en France et/ou français - sauf une personne travaillant en Belgique.

II Critères de jugement

A - Choix des médecins écrivains

Est écrivain celui qui rédige ou compose des ouvrages littéraires.

Nous faisons fi du paradigme commun concernant l'écrivain, et nous nous en tenons stricto sensu à la définition du dictionnaire. Nous ne retenons pas les notions de talent artistique, de style, de genre pratiqué, de publication, d'édition, de notoriété ou de reconnaissance publique.

Nous choisissons volontairement la formulation « médecin-poète-écrivain », car notre intérêt premier est le médecin ; ceci explique pourquoi il est placé au début de l'expression. Si certains médecins ont délaissé l'activité médicale pour embrasser d'autres carrières professionnelles, dont celle du métier d'écrivain, il n'en reste pas moins une empreinte indéniable de leurs études et de la médecine sur leur vision de la vie.

Nous accolons ensemble les mots « poète » et « écrivain » afin de revenir sur le sens initial du mot poésie « poesis », qui indique en 1511 l'art de la fiction littéraire et, qui puise son origine dans le latin *poesis*, du grec *poiêsis* (1350) signifiant « création ».

Nous nous référons à l'idée que toute écriture (qu'elle soit prose ou poésie) est animée d'un certain lyrisme ou sens poétique, c'est-à-dire de la capacité à engendrer une émotion au travers de l'écriture - par opposition aux écrits techniques, scientifiques et objectifs, dénués a priori de sentiments.

Par ailleurs, nous reprenons le « terme usé de poète »¹, conception du XVII^{ème} siècle de nos jours galvaudée. A l'époque, le mot poète s'apparentait à une grande valeur artistique et recouvrait tous les genres littéraires. Il fut petit à petit marqué par le sceau du mépris et par un emploi restreint au genre versifié.

B – L'ouvrage littéraire

Nous avons déjà esquissé cette notion dans notre chapitre sur la création littéraire.

Le sens premier de l'ouvrage littéraire est élargi dans nos propos. Nous sommes partie de l'idée que les médecins qui écrivent, peuvent pratiquer plusieurs genres littéraires à la fois.

Nous incluons les médecins auteurs d'ouvrages de vulgarisation médicale ou dits « grands publics », porteurs de réflexions philosophiques, politiques, éthiques, sociologiques ou de témoignages ou commentaires sur les grands problèmes de notre temps.

L'exercice de simplification effectué dans la rédaction d'un ouvrage de vulgarisation, qui tente d'expliquer à un public néophyte des notions scientifiques et médicales complexes, s'apparente à une maîtrise du langage majeure - puisqu'il s'agit normalement d'un discours

¹ Alain Viala, *Naissance de l'écrivain*, Les éditions de minuit, Paris, 2006, p.273

répété et effectué à chaque consultation par chaque praticien. Ces propos ne sont donc pas réellement scientifiques ni littéraires. La limite reste tenue entre les deux et est infiniment variable.

Nous considérons qu'il n'est pas de notre ressort d'éliminer une partie de la population concernée au prétexte qu'elle n'a pas encore réussi à écrire une œuvre littéraire et à la faire porter à notre connaissance pour différentes raisons, dont, en premier lieu, le refus de publication. Nous avons donc envoyé des questionnaires à des médecins journalistes et/ou auteurs, en supposant que tous pouvaient avoir des vellétés d'écriture littéraire.

Dans le même temps, nous faisons également le choix d'inclure les médecins pratiquant exclusivement l'écriture thérapeutique ou écriture de soi à soi - ce que l'on appelle de façon commune le journal intime - et/ou n'ayant jamais rien publié.

Nous excluons d'office la bande dessinée, genre frontière par excellence et qui a déjà fait l'objet de plusieurs travaux de recherche.

III Méthode d'évaluation

Nous choisissons de réaliser un panorama des médecins qui écrivent au moyen d'une enquête par questionnaire envoyé aux médecins recensés.

Dans un deuxième temps, nous effectuons une exploration qualitative de notre problématique au travers de divers entretiens de visu ou par courrier, mail ou téléphone avec les médecins écrivains.

A - Construction du questionnaire

Le questionnaire se compose de quatre feuilles format A4 imprimées recto-verso et agrafées.

Il est envoyé accompagné d'une lettre expliquant la démarche de l'enquête, ainsi que d'une enveloppe affranchie et libellée à nos coordonnées pour faciliter son retour.

Il comprend 35 questions dont 27 questions fermées (numéros : 1 à 12, 17 à 22, 25, 27 à 34) et 8 questions ouvertes (numéros : 13 à 16, 23, 24, 26, 35).

L'anonymat des réponses est possible pour les médecins qui le souhaitent, puisque toutes les questions où l'identité pourrait se révéler, sont facultatives.

Nous faisons le choix de questions ouvertes dans l'espoir d'obtenir de nombreux commentaires, afin de recueillir le maximum de perceptions et sensibilités différentes.

Nous insérons au début et à la fin du questionnaire les questions d'ordre général, afin de ne pas parasiter la réflexion.

Nous omettons volontairement les questions portant sur les rapports des médecins avec les métiers de l'édition et de la publication, en raison de la longueur du questionnaire, et de notre problématique.

Le questionnaire a été testé par deux médecins appartenant au G.E.M., quinze jours environ avant les envois définitifs. Aucune modification n'a été apportée au questionnaire à l'issue du test. Cela a permis de définir le temps de remplissage, qui est de dix minutes.

B – Envoi du questionnaire

Les envois du questionnaire s'échelonnent sur la période du 21 mars au 30 avril 2008. La date limite de prise en compte des réponses est fixée au 30 mai 2008.

Nous avons envoyé :

- 276 questionnaires directement aux médecins à leur domicile privé ou sur leur lieu de travail,
- 16 questionnaires aux maisons d'édition ou aux associations respectives auxquelles appartiennent les médecins, leur demandant de transmettre le courrier à l'auteur.

Les envois se répartissent ainsi :

- 50 envois par un double envoi mail et courrier,
- 47 envois par mail uniquement, avec 4 échecs de mails. Soit 43 questionnaires parvenus à leurs destinataires,
- 197 envois par courrier postal.

Nous avons eu 9 retours d'enveloppes pour NPAI (n'habite pas à l'adresse indiquée). Nous avons vérifié les coordonnées et réussi à renvoyer 2 questionnaires sur 9.

Parmi les 7 restants, il y a un décès et 6 personnes pour lesquelles la recherche de leurs coordonnées est restée infructueuse.

Soit 190 questionnaires parvenus à leurs destinataires

Il n'y a pas eu de relance mailing ou téléphonique ou papier.

Au total, nous considérons que 283 questionnaires sont parvenus à leurs destinataires.

C – Réponses au questionnaire

Le pourcentage total des réponses toutes confondues est de 179 réponses sur 280 envois, soit 64,3%.

Sur les 179 réponses, nous avons eu 2 retours de questionnaire de la part de vétérinaires et 1 retour de la part d'un chirurgien dentiste. Ces réponses font partie des écueils du recensement a posteriori et ont été exclues de nos calculs.

Nous avons 5 réponses sans remplissage du questionnaire, mais avec une lettre jointe explicative, les auteurs estimant ne pas être des écrivains ou ne se sentant pas concernés par le sujet.

Nous avons 3 réponses sans remplissage du questionnaire, mais avec l'envoi d'un ou plusieurs livres de la part des médecins concernés.

Nous avons 6 réponses avec remplissage du questionnaire, accompagnées à chaque fois de l'envoi de l'un des livres des médecins.

Nous avons une réponse sans remplissage du questionnaire et proposant à la place une rencontre de visu, qui aura lieu par la suite, et qui sera le moteur des autres rencontres avec les médecins écrivains.

Nous avons une réponse avec remplissage du questionnaire accompagné par l'envoi d'un CD d'un médecin auteur-compositeur.

Une seule réponse au questionnaire ne peut être incluse dans les résultats, car elle nous est parvenue beaucoup trop tardivement.

Au total, le nombre de réponses ayant permis une analyse quantitative s'élève à 169 sur les 280 questionnaires effectivement parvenus à leurs destinataires. Soit un taux de réponses qui s'élève à 60,4%.

D – Les entretiens

Toutes les personnes nommément citées dans ce travail ont accepté de lever leur anonymat. Nous avons conservé la totalité de chaque entretien (cf. annexes) retranscrit en langage parlé, dans un style abrupt et spontané pour avoir une parole libérée et un continuum des idées développées. Chaque entretien a été soumis à la relecture, aux corrections, et à l'approbation de l'auteur interrogé. Les propos en dehors de notre sujet ont été supprimés.

Nous avons donc réalisé plusieurs interviews avec :

Monsieur le Docteur Christian Lehmann en 2008 à Poissy

Monsieur le Professeur Patrice Queneau en juillet 2008 à Paris

Monsieur le Docteur André Ledu en octobre 2008 à Clermont-Ferrand

Monsieur le Docteur Julien Cohen-Solal en novembre 2008 à Paris

Nous avons rencontré à la séance de dédicaces du G.E.M. le 7 juin 2008 à Paris Messieurs les Docteurs Senninger, Boutaric, Del Franco, Leblanc, Desprès, Monsieur le Professeur Zeitoun,... qui ont accepté de répondre à nos questions, et plusieurs autres médecins, mais qui ont tenu à conserver leur anonymat.

Nous avons correspondu pendant tout au long de notre travail par mail, courrier ou téléphone sur le lien médecine-littérature avec plusieurs médecins qui nous ont transmis leurs réflexions sur le sujet, et parfois certains de leurs écrits non publiés. Cela nous a permis de poser de nouvelles questions et d'approfondir notre recherche.

Analyse statistique des résultats

Tableau 1 : Possibilité de l'anonymat

Nombre de réponses à la question 28 = 169 soit 100%

Type	Nombre	Pourcentage
Réponses anonymes	16	9,5
Réponses nominatives	153	90,5

I – Analyse des données sociologiques du médecin

Tableau 2: Age des médecins écrivains

Nombre de réponses à la question 29 = 163 soit 96,5 %

Type	Nombre	Pourcentage
De 20 à 29 ans	2	1,2
De 30 à 39 ans	3	1,9
De 40 à 49 ans	25	15,3
De 50 à 59 ans	46	28,2
De 60 à 69 ans	33	20,3
De 70 à 79 ans	32	19,6
80 ans et plus	22	13,5

Tableau 3 : Répartition par genre

Nombre de réponses à la question 30 = 168 soit 99,4%

Type	Nombre	Pourcentage
Femme	32	19,0
Homme	136	81,0

Tableau 3 bis : Répartition des médecins en fonction de leur genre et de leur âge

Nombre de réponses aux questions 29 et 30 = 133 hommes et 30 femmes ayant répondu à la question sur leur date de naissance

Type	Hommes		Femmes	
Moins de 50 ans	24	18,0	6	20,0
Plus de 50 ans	109	82,0	24	80,0

Tableau 4 : Situation familiale

Nombre de réponses à la question 31 = 166 soit 98,22%

Type	Nombre	Pourcentage
Célibataire	11	6,6
Vie maritale	128	77,2
Divorcé	16	9,6
Veuf	11	6,6

Tableau 5 : Nombre de médecins ayant des enfants

Nombre de réponses à la question 31 = 112 soit 66,3%

Type	Nombre	Pourcentage
Oui	109	97,3
Non	3	2,7

Tableau 6 : Loisirs

Nombre de réponses à la question 32 = 165 soit 97,6%

Type	Nombre	Pourcentage
Sport	93	56,4
Voyages	102	61,8
Cinéma	80	48,5
Lecture	148	89,7
Musique	106	64,2
Peinture	35	21,2
Théâtre	41	24,9
Sculpture	12	7,3
Autre	38	23,0

Notification 1 : Plusieurs réponses pouvaient être données à cette question, ce qui explique que la somme des pourcentages soit supérieure à 100.

Tableau 7 : Baccalauréat obtenu

Nombre de réponses à la question 33 = 166 soit 98,2%

Type	Nombre	Pourcentage
Scientifique	130	78,3
Littéraire	30	18,1
Double baccalauréat scientifique+littéraire	6	3,6

Tableau 7 bis : Baccalauréat obtenu par les retraités et les actifs

Nombre de réponses aux questions 2 et 33 = 106 actifs et 60 retraités ayant répondu à la question sur le type de baccalauréat obtenu

Type	Actifs		Retraités	
Scientifique	88	83,0	42	70,0
Littéraire	15	14,2	15	25,0
Double Baccalauréat Scientifique+Littéraire	3	2,8	3	5,0

Tableau 8 : Lieu des études - Faculté de médecine

Nombre de réponses à la question 33 = 167 soit 98,8%

Type	Nombre	Pourcentage
Paris	75	44,6
Autre	92	55,4

Tableau 9 : Enseignements extra-médicaux reçus pendant les études de médecine

Nombre de réponses à la question 27 = 158 soit 93,5%

Type	Nombre	Pourcentage
Oui	36	22,8
Non	122	77,2

Notification 2 : Seul le début des réponses à la question 27 donne une série de réponses exploitable statistiquement.

Notification 3 : Nous entendons par enseignements extra-médicaux, par exemple, les sciences humaines, l'histoire, l'ethnologie, la littérature, la sociologie.

Tableau 9 bis: Désir de recevoir ce type d'enseignements

Nombre de réponses à la question 27 = 138 soit 81,7%

Type	Nombre	Pourcentage
Oui	113	81,9
Non	23	16,7
Oui et Non	2	1,5

Cf. Notification 2

Tableau 10 : Thèse ayant trait à la littérature

Nombre de réponses à la question 33 = 166 soit 98,2%

Type	Nombre	Pourcentage
Oui	12	7,1
Non	154	91,7

Tableau 11: Autres diplômes obtenus en parallèle

Nombre de réponses à la question 33 = 88 soit 52,1 %

Type	Nombre	Pourcentage
Extra-médicaux	25	28,4
Médicaux	63	71,6

Tableau 12 : Enseignants à la faculté

Nombre de réponses à la question 34 = 159 soit 94,1%

Type	Nombre	Pourcentage
Oui	63	39,6
En médecine	61	38,4
En histoire uniquement	1	0,6
Double enseignement médecine+lettres	1	0,6
Non	96	60,4

Tableau 13 : Profession exercée

Nombre de réponses à la question 1 = 169 soit 100 %

Type	Nombre	Pourcentage
Médecine Générale	67	39,6
Chirurgie	11	6,5
Psychiatrie	19	11,2
Autres Spécialités médicales	72	42,6

Tableau 14 : Conditions d'exercice de la médecine

Nombre de réponses à la question 2 = 167 soit 98,8%

Type	Nombre	Pourcentage
Libéral	88	52,7
Hospitalier	82	49,1
Autre:	29	17,4

Cf. Notification 1

Tableau 14 bis: Détails de « Autre »chez les médecins généralistes

Nombre de réponses = 29 soit la totalité des réponses « Autre » du tableau 14

Type	Nombre	Pourcentage
Médecine du travail	6	20,7
Remplaçants	3	10,3
Médecins Conseil Sécurité sociale	2	6,9
Divers	18	62,1

Notification 3 : Dans la rubrique « divers », nous trouvons entre autres l'exercice salarié en dispensaire, dans l'humanitaire ou bien encore en PMI (Protection Maternelle et Infantile).

Tableau 15 : Répartition des actifs et des retraités

Nombre de réponses à la question 2 = 169 soit 100 %

Type	Nombre	Pourcentage
Actifs à temps plein	101	59,8
Actifs à temps partiel	4	2,4
Non Actifs	2	1,2
Retraités	59	34,9
Retraités à temps partiel	1	0,6
Invalides	2	1,2

Tableau 16 : Regroupement des Régions d'exercice par quart géographique

Nombre de réponses à la question 3 = 161 soit 95,3%

Type	Nombre	Pourcentage
Île de France	66	41,0
Nord Ouest	24	14,9
Nord Est	23	14,3
Sud Est	30	18,6
Sud Ouest	18	11,2

Tableau 17 : Participation à un groupe de pairs ou groupe Balint

Nombre de réponses à la question 4 = 166 soit 98,2%

Type	Nombre	Pourcentage
Groupe de pairs	28	16,9
Groupe Balint	6	3,6
Groupe de pairs + Groupe Balint	3	1,8
Appartenance à aucun groupe	129	77,7

II – Analyse des données de l’activité d’écrivain des médecins

Tableau 18 : Connaissance du G.E.M.

Nombre de réponses à la question 5 = 169 soit 100 %

Type	Nombre	Pourcentage
Oui	114	67,5
Non	55	32,5

Tableau 18 bis: Membres du G.E.M.

Nombre de réponses à la question 5 = 169 soit 100 %

Type	Nombre	Pourcentage
Oui	79	46,7
Non	90	53,3

Tableau 18 ter: Raisons d'adhésion au G.E.M.

Nombre de réponses = 79 soit la totalité des membres du G.E.M dans notre enquête

Type	Nombre	Pourcentage
Publication personnelle	11	14,1
Promouvoir sa littérature ou celle des autres.	22	28,2
Échanger avec ses pairs	31	39,7
Participer aux prix littéraires	28	35,9
Autre	2	2,6

Cf. Notification 1

Tableau 18 quater : Répartition des actifs et des retraités au sein du G.E.M.

Nombre de réponses = 79 soit la totalité des membres du G.E.M. dans notre enquête

Type	Nombre	Pourcentage
Actifs	42	53,2
Retraités	35	44,3
Autre	2	2,5

Tableau 19 : Genres littéraires pratiqués

Nombre de réponses à la question 6 = 169 soit 100 %

Type	Nombre	Pourcentage
Roman	69	40,8
Études historiques	45	26,6
S.F.	6	3,6
Nouvelles / contes	63	37,3
Autobiographie / Témoignage	30	17,8
Essais philosophiques	35	20,7
Articles de journaux	37	21,9
Littérature enfantine	6	3,6
Théâtre	16	9,5
Scenario	7	4,1
Poésie	40	23,7
Autre	50	29,6
Vulgarisation	11	6,5

Cf. Notification 1

Tableaux 19(a) et 19(b) : Rapport entre le genre des personnes et le genre littéraire pratiqué

Tableau 19(a) : Genres littéraires pratiqués par les hommes

Nombre de réponses aux questions 6 et 30 = 137 hommes ayant répondu à la question sur les genres littéraires pratiqués

Type	Nombre	Pourcentage
Roman	57	42,2
Études historiques	41	30,4
S.F.	5	3,7
Nouvelles / contes	48	35,6
Autobiographie / Témoignage	21	15,6
Essais philosophiques	28	20,7
Articles de journaux	31	23,0
Littérature enfantine	4	3,0
Théâtre	14	10,4
Scenarior	8	5,9
Poésie	29	21,5
Autre	42	31,1
Vulgarisation	11	8,2

Cf. Notification 1

Tableau 19(b) : Genres littéraires pratiqués par les femmes

Nombre de réponses aux questions 6 et 30 = 32 femmes ayant répondu à la question sur le genre littéraire pratiqué

Type	Nombre	Pourcentage
Roman	12	37,5
Études historiques	4	12,5
S.F.	1	3,1
Nouvelles / contes	16	50,0
Autobiographie / Témoignage	10	31,3
Essais philosophiques	7	21,9
Articles de journaux	6	18,8
Littérature enfantine	2	6,3
Théâtre	2	6,3
Scenarior	0	0,0
Poésie	11	34,4
Autre	8	25,0
Vulgarisation	0	0,0

Cf. Notification 1

Tableau 20 : Tentative de publications

Nombre de réponses à la question 7 = 168 soit 99,4%

Type	Nombre	Pourcentage
Non	13	7,7
Oui	155	91,7

Tableau 20 bis: Publications effectives

Nombre de réponses à la question 7 = 159 soit 94,1%

Type	Nombre	Pourcentage
Non	5	3,2
Oui	154	96,9

Tableau 21 : Participation à un concours littéraire

Nombre de réponses à la question 8 = 166 soit 98,2%

Type	Nombre	Pourcentage
Non	74	44,6
Oui	92	55,4

Tableau 21 bis : Types de concours littéraires

Nombre de réponses = 82 soit 89,1% des réponses positives du tableau 21

Type	Nombre	Pourcentage
Locaux	36	43,8
Nationaux	23	28,0
Concours du G.E.M.	51	62,2

Cf. Notification 1

Tableau 22 : Prix littéraires reçus

Nombre de réponses à la question 9 = 169 soit 100 %

Type	Nombre	Pourcentage
Non	87	51,5
Oui	82	48,5

Tableau 22 bis : Types de prix littéraires décernés

Nombre de réponses = 79 soit 96,3 % des réponses positives du tableau 22

Type	Nombre	Pourcentage
Locaux	31	39,2
Nationaux	28	35,4
Concours du G.E.M.	41	51,9

Cf. Notification 1

Tableau 23 : Participation à un atelier d'écriture

Nombre de réponses à la question 10 = 169 soit 100%

Type	Nombre	Pourcentage
Non	150	88,7
Oui	19	11,3

Tableau 23 bis : Rôle exercé au sein d'un atelier d'écriture

Nombre de réponses = 19 soit 100% des réponses positives du tableau 23

Type	Nombre	Pourcentage
Formateur	6	31,6
Participant	13	68,4

Tableau 24 : Le concept de " narrative medicine "

Nombre de réponses à la question 11 = 169 soit 100 %

Type	Nombre	Pourcentage
Concept inconnu	156	92,3
Concept connu et non utilisé	10	5,9
Concept connu et utilisé	3	1,8

Tableau 25 : Conditions d'écriture

Nombre de réponses à la question 12 = 166 soit 98,2%

Type	Nombre	Pourcentage
Ou?		
N'importe où	56	33,7
Domicile	75	45,2
Travail	15	9,0
Autre	22	13,3
Quand?		
N'importe quand	114	68,7
Travail	16	9,6
Vacances	14	8,4
Autre	9	5,4
Comment?		
Papier	26	15,7
Ordinateur	138	83,1
Autre	17	10,2
Environnement?		
Seul	142	85,5
Entouré	17	10,2
Ambiance musicale	26	15,7
Autre	15	9,0

Cf. Notification 1

Tableau 26 : Aménagement des horaires pour écrire

Nombre de réponses à la question 13 = 162 soit 95,9%

Type	Nombre	Pourcentage
Non	113	69,8
Oui	49	30,3

Tableau 26 bis: Les médecins actifs aménagent-ils des horaires d'écriture?

Nombre de réponses = 100 soit le nombre d'actifs ayant répondu à la question 13

Type	Nombre	Pourcentage
Non	70	70,0
Oui	30	30,0

30 % des médecins actifs aménagent des horaires.

Tableau 27 : Age de début de l'activité littéraire

Nous avons rencontré la nécessité d'uniformiser les réponses sous la forme de tranches d'âge puisque la question était ouverte et a entraîné des réponses diverses.

L'âge de début de l'activité littéraire a été recalculé grâce à la date de naissance des participants demandée à la fin du questionnaire ou bien en recoupant différents événements de vie de l'individu.

Les réponses « depuis toujours » sont incluses dans la tranche d'âge : moins de 20 ans.

Les réponses « longtemps » sont classées dans le type indéterminé.

Nombre de réponses à la question 14 = 152 soit 89,9%

Type	Nombre	Pourcentage
Moins de 20 ans	37	24,3
21 à 30 ans	12	7,9
31 à 45 ans	45	29,6
46 à 55 ans	29	19,1
56 à 64 ans	14	9,2
65 ans et plus	11	7,2
Indéterminé	4	2,6

Tableau 28 : Origine de l'écriture (rencontre ou évènement)

Nombre de réponses à la question 15 = 162 soit 95,7 %

Type	Nombre	Pourcentage
Oui	83	51,2
Non	77	47,5
Oui et Non	2	1,2

Tableau 28 bis : Évènements les plus fréquents à l'origine de l'activité littéraire

Nombre de réponses = 71 soit 85,5% des réponses positives du tableau 28

Type	Nombre	Pourcentage
Travail de thèse	2	2,8
Lecture d'un ou plusieurs livre(s)	14	19,7
Rencontre (écrivain, artiste, ami, patient)	19	26,8
Famille	5	7,0
Influence d'un professeur	8	11,3
Guerre	2	2,8
Maladie grave	5	7,0
Rédaction d'article journalistique	5	7,0
Mort d'un proche	3	4,2
Sentiment de nécessité	3	4,2
Autre	14	19,7

Cf. Notification 1

III – Analyse des rapports entre l’activité médicale et l’activité littéraire

Tableau 29 : Cessation d’activité médicale au profit de l’activité littéraire

Nombre de réponses à la question 16 = 168 soit 99,4%

Type	Nombre	Pourcentage
Oui	11	6,5
oui à temps partiel	4	2,4
Non	153	91,1

Tableau 30 : Les médecins écrivains se définissent-ils écrivains ?

Nombre de réponses à la question 17= 166 soit 98,2%

Type	Nombre	Pourcentage
Oui	73	44,0
Non	87	52,4
Oui et non	6	3,6

Tableau 30 bis : Critères de l’écrivain selon les médecins écrivains eux-mêmes

Nombre de réponses = 79 soit la totalité des réponses positives du tableau 30

Type	Nombre	Pourcentage
Le temps consacré à écrire	34	43,0
L’élaboration d’une œuvre littéraire	27	34,2
La publication d’ouvrages	36	45,6
La reconnaissance par les pairs	48	60,8
L’obtention d’un prix littéraire	25	31,7
La reconnaissance du public	20	25,3
Autre	20	25,3

Cf. Notification 1

Tableau 30 ter : Rapport entre le genre des médecins et l'auto-définition en tant qu'écrivain

Nombre de réponses aux questions 30 et 17 = 135 hommes et 31 femmes ayant répondu à la question sur l'auto définition en tant qu'écrivain.

Type	Hommes		Femmes	
Personnes se définissant comme écrivain	57	42,2	16	51,6
Personnes ne se définissant pas comme écrivain	74	54,8	12	38,7
Personnes indécises	4	3,0	3	9,7

Tableau 31 : Objectifs d'écriture

Nombre de réponses à la question 18 = 165 soit 97,6%

Type	Nombre	Pourcentage
Parler de la profession de médecin	55	33,3
Vertu thérapeutique de l'écriture	50	30,3
Loisir indépendant de la médecine	64	38,8
Améliorer la relation médecin-patient	36	21,8
Moyen d'expression plus facile que l'oral	23	13,9
Autre	86	52,1

Cf. Notification 1

Tableau 31 bis : Détails de « Autre »

Nombre de réponses = 86 soit la totalité des réponses « Autre » du tableau 31

Type	Nombre	Pourcentage
Besoin	7	8,1
Écrire	4	4,7
Évasion	5	5,8
Raconter une histoire	7	8,1
Introspection	8	9,3
Passion	3	3,5
Plaisir	10	11,6
Recherche	12	14,0
Transmission	12	14,0
Ne sait pas	2	2,3
Autre	17	19,8

Cf. Notification 1

Tableau 32 : Apport de l'activité littéraire dans l'exercice médical selon les médecins

Nombre de réponses à la question 19 = 165 soit 97,6%

Type	Nombre	Pourcentage
Changement de regard sur l'être humain en général	50	30,3
Développement de l'empathie face à vos patients	40	24,2
Meilleure communication avec vos patients	57	34,6
Meilleure approche de la douleur	31	18,8
Meilleure approche de la maladie	19	11,5
Meilleure approche de la mort	75	45,5
Autre	89	53,9
Apport inverse	9	5,5
Non concerné	4	2,4

Cf. Notification 1

Tableau 33 : Modifications des pratiques médicales dues à l'activité littéraire

Nombre de réponses à la question 20 = 151 soit 89,35%

Type	Nombre	Pourcentage
Oui	60	39,7
Non	87	57,6
Ne sait pas	1	0,7
Non Concerné	3	2,0

Tableau 33 bis : Types de modifications

Nombre de réponses = 60 soit la totalité des réponses positives du tableau 33

Type	Nombre	Pourcentage
Compréhension facilitée de situations cliniques complexes ou difficiles	25	41,7
Prise en compte de la globalité des patients	37	61,7
Augmentation du temps dédié au patient	13	21,7
Diminution du temps dédié au patient	2	3,3
Meilleure écoute des patients	37	61,7
Amélioration de l'adhésion au traitement et de l'observance des patients	11	18,3
Augmentation des prescriptions	0	0,0
Diminution des prescriptions	14	23,3
Autre	26	43,3

Cf. Notification 1

Tableau 34: Sources d'inspiration

Nombre de réponses à la question 21= 165 soit 97,6%

Type	Nombre	Pourcentage
Votre exercice médical	90	54,6
Votre entourage proche	40	24,2
Des évènements publics extérieurs	52	31,5
L'être humain en général	103	62,4
Vos patients	51	30,9
Vos confrères	34	20,6
Vos lectures	76	46,1
Vos connaissances médicales	44	26,7
Vos études	38	23,0
Vos rencontres (extra-professionnelles)	80	48,5
Les rencontres avec vos maîtres et patrons	19	11,5
L'art	71	43,0
Autre	60	36,4

Cf. Notification 1

Tableau 35: Patients au courant de l'activité littéraire du médecin

Nombre de réponses à la question 22 = 153 soit 90,5%

Type	Nombre	Pourcentage
Oui	107	69,9
Non	41	26,8
Oui et Non	5	3,3

Tableau 35 bis: Bénéfices de cette activité littéraire d'après les patients selon le médecin

Nombre de réponses = 112 soit la totalité des réponses positives du tableau 35

Type	Nombre	Pourcentage
Bénéfique pour les patients	32	28,6
Bénéfique pour le médecin	15	13,4
Bénéfique pour la relation médecin-patient	34	30,4
Ne sait pas	44	39,3
Autre	14	12,5

CF. Notification 1

Tableau 36 : Le médecin demande t-il l'autorisation d'écrire sur ses patients ?

Nombre de réponses à la question 23 = 158 soit 93,5 %

Type	Nombre	Pourcentage
Oui	26	16,5
Non	132	83,5

Tableau 36 bis: Modifications de la relation suite à cette demande

Nombre de réponses = 23 soit 88,5% des réponses positives du tableau 36

Type	Nombre	Pourcentage
Oui	5	21,7
Non	18	78,3

Tableau 37 : Un patient s'est-il déjà reconnu dans une œuvre ?

Nombre de réponses à la question 24 = 96 soit 56,8%

Type	Nombre	Pourcentage
Oui	21	21,9
Non	75	78,1

Tableau 37 bis : Conséquences pour le patient, le médecin et leur relation lorsque le malade s'est reconnu dans l'œuvre du médecin

Nombre de réponses = 21 soit la totalité des réponses positives du tableau 37

Type	Nombre	Pourcentage
Réactions patients		
Positive	16	76,2
Fierté	3	14,3
Autre	1	4,8
Non spécifié	1	4,8
Réactions médecin		
Positive	8	38,1
Neutre	3	14,3
Autre	3	14,3
Non spécifié	7	33,3
Modification relation médecin-patient		
Oui	5	23,8
Non	15	71,4
Non spécifié	1	4,8

Tableau 38: Communication par écrit avec les patients

Nombre de réponses à la question 25 = 155 soit 91,7%

Type	Nombre	Pourcentage
Oui	54	34,8
Non	101	65,2

Tableau 38 bis : Amélioration des relations suite à la correspondance écrite

Nombre de réponses prises en compte = 50 soit 92,6% des réponses positives du tableau 38

Type	Nombre	Pourcentage
Oui	40	80,0
Non	5	10,0
Ne sait pas	5	10,0

Tableau 39: Compatibilité des deux métiers selon les médecins écrivains

Nombre de réponses à la question 26 = 145 soit 85,8%

Type	Nombre	Pourcentage
Oui	130	89,7
Non	7	4,8
Oui et Non	7	4,8
Ne sait pas	1	0,9
Métiers Complémentaires	14	9,7
Question de temps	11	7,6
Autre	29	20,0

Cf. Notification 1

IV - Croisement des résultats

Tableau 40 : Rapport entre le changement des pratiques médicales et l'auto-définition en tant qu'écrivain

Nombre de réponses aux questions 17 et 19 = 144 réponses

Type	Personnes ayant modifié leur pratique médicale		Personnes n'ayant pas modifié leur pratique médicale	
Personnes se définissant comme écrivain	27	18,8	31	21,5
Personnes ne se définissant pas comme écrivain	34	23,6	46	31,9
Personnes indécises	0	0	6	4,2

Discussion

I - Critique de la méthode et du questionnaire

A - L'accueil de la démarche

Le taux global de réponses est de 60,4%, ce qui est très satisfaisant. Le nombre des commentaires prolifiques accompagnant les réponses aux questionnaires est considérable et inestimable. Les médecins n'ont pas seulement répondu à nos questions, mais ils nous ont fait part de leurs avis et de leurs impressions. Ils ont accepté de répondre, en sus, à des questions par téléphone, courrier ou mail avec disponibilité et enthousiasme.

Les questionnaires, les lettres, les interrogations soulevées, les livres qui nous ont été offerts, les propositions de rencontres, les échanges téléphoniques ou par mail dénotent un intérêt évident des médecins écrivains pour notre sujet. Beaucoup nous ont dit leur bonheur de « parler d'autre chose que de médecine ».

L'originalité du sujet est citée de nombreuses fois, comme en témoignent les commentaires suivants : « Sujet de thèse très original, [...] Bonne chance ! », « Votre idée de thèse est excellente », « Félicitations pour votre idée de thèse !! Allez jusqu'au bout, cela va être dur mais persévérez !! (Je voulais faire ma thèse sur la médecine de la conquête de l'ouest ! Faute de courage, faute de temps... faute de mentor, cela ne s'est pas fait !), « Joli sujet de thèse. »

La singularité du thème attise les curiosités. Elle incite les médecins à nous poser des questions personnelles. Comme cette femme médecin qui nous dit : « Vous avez choisi un sujet de thèse original, intéressant et opportun. Dommage que votre libellé soit aussi discret sur vous et sur votre motivation. » D'autres le verbaliseront ainsi : « Et vous ? Êtes-vous un écrivain dans l'âme ? Sûrement, sinon vous n'auriez pas fait ce choix de thèse. » « Votre travail est vaste si vous envisagez les médecins qui ont arrêté d'exercer pour se consacrer à la littérature et également les étudiants ou les thésés qui n'ayant jamais exercé ont, très vite, été écrivains ... J'en connais beaucoup. »

Les encouragements sont nombreux et ont permis de dissiper nos derniers doutes quant au choix de notre questionnement : « Bravo et merci pour votre initiative et sujet de thèse. Neuf ans, Professeur de Médecine Générale, je n'ai pas eu l'occasion de trouver un étudiant voulant se lancer dans ce sujet », « Mes sincères félicitations », « Bon vent Madame », « Bonne chance – pour la thèse, mais aussi pour la vie professionnelle qui vous ouvre les bras. Si vous aimez autant que moi ce métier, vous trouverez cela merveilleux, malgré toutes les embûches administratives actuelles ! », « Avec mes remerciements pour votre sollicitation qui m'honore », « Merci de nous donner "quelque importance" en vous intéressant à cette "petite" frange de médecins-écrivains », « Questionnaire de bonne qualité, bravo ! », « Excellent programme d'interrogations, complet et discret si souhaité », « Bon courage pour votre thèse si les réponses sont honnêtes ! »

Enfin, plusieurs médecins (environ une soixantaine) nous ont fait part de leur désir de connaître les résultats de l'enquête ; ce que nous ferons avec délice.

B – La levée de l'anonymat

Seul un petit pourcentage de médecins, soit 9,5%, a tenu à garder son anonymat (cf. Tableau 1). Les questions où l'anonymat pouvait se révéler, sont en effet toutes facultatives, peu ont donc profité de la possibilité qui leur était laissée.

Nous nous interrogeons légitimement sur ce choix majoritaire :

Est-ce un choix de liberté pour des médecins qui ont décidé de ne rien cacher et de « sortir » de leur rôle de médecin ? (tout en étant préservés, du fait que l'interrogation posée émane d'individus eux-mêmes médecins). Les médecins ont-ils vu, enfin, la possibilité de raconter leur activité littéraire ?

Acte solitaire par essence, l'activité d'écriture n'est pas de celles dont on raconte qu'on la pratique, par rapport à d'autres activités artistiques comme par exemple la peinture, la musique ou la photographie. Mais il existe un désir souvent inconscient d'être connu et reconnu d'une autre façon que par son statut professionnel de médecin.

L'intérêt des médecins pour le sujet développé est exprimé de façon remarquable. Il est probable qu'il y ait un désir de se positionner par rapport aux autres médecins écrivains, de savoir s'ils sont seuls ou non à être embarqués dans l'aventure littéraire. Nous sentons, de la part, de tous les hésitations, les doutes, la curiosité, le besoin de reconnaissance, les regrets.

Enfin, il nous apparaît que cette volonté de lever l'anonymat, qui va au-delà du simple intérêt pour le sujet développé, n'est pas ce qui a poussé les médecins à dévoiler leur nom.

Il semble plus juste de penser que l'envie d'entrer en contact avec nous de façon plus ou moins directe, en quête d'une légitimité et d'une écoute, soit la raison qui ait poussé les médecins à nous transmettre leurs coordonnées personnelles dans le détail, avec parfois les horaires et les lieux où ils sont joignables.

Nous n'avons pu malheureusement, faute de temps matériel, organiser toutes les rencontres que nous proposaient les médecins.

C - Les écueils :

1 - Le questionnaire :

- La formulation de la question 27 :

Cette dernière est trop compliquée et mal rédigée, car une seule personne a réussi à répondre correctement à la question dans sa globalité. Seul le début des réponses à la question donne une série de données exploitables statistiquement.

- La mauvaise impression du questionnaire :

Quatre questionnaires nous sont revenus alors que l'impression des questions était mal réalisée (surimpression ou saut de pages), entraînant une impossibilité de répondre aux questions de la page 6 ; le reste des quatre questionnaires est dûment rempli, et ces derniers ont donc été inclus dans les calculs.

Nous pouvons estimer que d'autres questionnaires ont des défauts d'impression ; cela a vraisemblablement dû entraîner l'absence de certains renvois.

- Le choix d'un questionnaire de 35 questions au total :

Nous nous sommes heurté aux contraintes du nombre minimal de questions à poser pour dresser un portrait sociologique des médecins qui écrivent, et pour explorer la relation des médecins à l'écriture. C'est un questionnaire long, qui nécessite du temps et de l'attention.

Les réponses les plus prolixes nous sont données par les médecins à la retraite. Au-delà de la question de l'intérêt, il est probable qu'il s'agisse bien d'une question de temps.

- Le choix de questions ouvertes :

Afin de recueillir le maximum de témoignages et de réflexions sur le sujet, nous avons opté pour cette modalité. Elle suppose alors des difficultés d'analyse sous-tendue par le genre de réponses obtenues, impossibles à inclure dans une quelconque statistique. Nous avons fait le pari de recueillir un discours peut-être plus libre, sans enserrer notre domaine de recherche dans des questions fermées.

- Le traitement des données :

Un médecin nous a fait cette remarque judicieuse : « La prochaine fois, faites en sorte que l'on puisse répondre directement par internet, c'est plus simple, plus rapide et plus facilement exploitable ! »

En effet, le traitement des réponses fut compliqué, car nous n'avions pas les compétences techniques pour envisager un traitement informatique du questionnaire. Les réponses ont été enregistrées de façon manuelle dans un tableur Excel, puis analysées.

2- Le recensement :

- Le G.E.M.

Sur le nombre total de personnes recensées, le pourcentage de personne appartenant au G.E.M. est de 42,4%, soit 120 sur 283. Cette association nous a donc permis de répertorier un peu moins de la moitié de notre échantillon de médecins écrivains, grâce à son site internet et à la liste de ses membres, qu'elle diffuse en ligne.

Nous pouvons estimer que notre échantillon n'est ainsi probablement pas représentatif de l'ensemble des médecins écrivains en France, puisque le nombre élevé de médecins appartenant au G.E.M. biaise notre étude. Nous pensons que cette répartition de l'échantillon donne une certaine coloration à l'ensemble des réponses, sans pouvoir réellement déterminer laquelle.

Les médecins écrivains, n'appartenant pas à cette association, sont certainement beaucoup plus nombreux que ceux que nous avons réussi à recenser. Là encore, il est impossible de confirmer cette hypothèse dans le cadre de notre étude.

•Retours des questionnaires :

Nous avons deux retours de la part de vétérinaires et un retour de la part d'un chirurgien dentiste. Une partie du recensement a, en effet, été effectuée par l'intermédiaire de la liste des membres adhérents au G.E.M., où ces personnes sont inscrites également sous le titre de docteur et où il n'est pas possible de confirmer leur statut de docteur en médecine. Ils ont été exclus de notre analyse.

Après de nombreuses vérifications, il nous est apparu que toutes les autres personnes interrogées étaient bien des médecins.

3- Le titre de la thèse :

L'expression choisie « poète écrivain » a empêché certaines personnes de se reconnaître et de se sentir concernées par notre étude.

Certains nous ont quand même répondu avec hésitation et nous ont bien précisé qu'ils n'étaient pas poètes. De la même façon, certains médecins à la retraite ou certains médecins ayant complètement abandonné la médecine pour se consacrer à d'autres activités professionnelles, ont émis de sérieuses réserves face à leur statut de médecin. Certains ont commencé à écrire à la retraite ou après avoir changé de métier, et n'ont pas le sentiment d'avoir pratiqué les deux activités (littéraire et médicale) en même temps. Le libellé du sujet semble avoir été interprété comme s'adressant uniquement aux médecins actifs.

En témoignent ces différentes remarques : « Je ne suis peut être pas un bon exemple. »

« Toutefois, je ne suis peut-être pas exactement dans la configuration souhaitée du médecin écrivain. Bien sûr, je suis toujours médecin, ça, on le reste à vie et on en est fier, même si ça ne correspond plus à une activité professionnelle. Il y a deux qualificatifs que je repousse, bien qu'en étant affublé : retraité et honoraire. Quant au titre d'écrivain, un peu pompeux, je l'accepte (probablement par vanité) sans le revendiquer. » Enfin, un médecin nous fait part de ses « difficultés de répondre à certaines questions car retraité depuis 1982 ».

Cinq médecins ont ainsi pris le temps de nous répondre pour nous signifier qu'ils ne se sentaient pas concernés par notre enquête et ne répondraient pas au questionnaire. Les raisons invoquées étaient qu'ils ne se considéraient pas comme écrivains et encore moins poètes, ou bien parce qu'ils n'avaient pas encore publié de livres, ou seulement des livres de vulgarisation médicale, techniques et/ou scientifiques, comme nous l'exprime ce médecin :

« Je ne suis pas véritablement un médecin écrivain. Mes livres concernent l'enseignement intitulé sciences humaines en médecine. Ce sont des ouvrages destinés aux étudiants. Aussi je n'ai pas complété le questionnaire. »

Nous pouvons extrapoler que d'autres personnes ont eu le même ressenti, sans nous en faire part, et n'ont pas répondu à notre enquête.

Le titre choisi est donc à la fois trop réducteur et trop impressionnant par rapport à l'étude menée.

4- La méthodologie employée : les critiques constructives

Plusieurs médecins nous ont fait part de remarques utiles sur la méthodologie que nous avons choisie. Elles procèdent de différents niveaux d'analyse au travers des facettes du prisme littérature et médecine.

« Le cœur de votre questionnaire me laisse sceptique : autant le début et la fin, repérage simple et nécessaire des trajectoires littéraires et médicales me convainc, autant la technique du questionnaire à propos de l'articulation entre les deux ne me permet pas de vous répondre autrement que par la dérobade ou l'humour - ce qui revient presque au même. L'exploration du lien énigmatique entre l'écriture et le soin me semble relever d'une autre méthodologie. Vous avez dû y penser déjà. »

« Vos questions sont très docteur-docteur. Vous ne montrez pas ce en quoi la multiplicité des regards est à la base du regard médical. Il n'y a pas de lien direct et simple entre des activités par nature différentes. Écrire, ce n'est pas raconter des histoires de malades, c'est être capable de s'annuler, de disparaître pour que le souffle et l'âme vous traversent. »

« La fonction d'écrivain est universellement utile. [...] Votre questionnaire est très naïf vis-à-vis de l'importance de la littérature dans la société et pour l'épanouissement individuel de l'écrivain. »

« Je ne saisis pas vraiment le propos de cette thèse... »

Nous avons conscience de la difficulté d'explorer un lien indéfini entre les deux activités par des questions d'ordre général. Les liens qui unissent médecine et littérature sont certes beaucoup plus complexes que les simplifications que nous avons effectuées pour construire le questionnaire.

Des questions plus nombreuses, afin de mieux cerner notre problématique, allongeraient beaucoup notre questionnaire. Des questions fermées contenant de multiples choix de réponses feraient disparaître un certain nombre de commentaires, puisqu'il serait alors plus facile de se retrouver dans un item proposé.

Pour mettre en lumière la sensibilité des médecins écrivains à la médecine et à l'écriture (les rapports aux mots et aux maux), il faudrait probablement tenter de dresser un profil psychologique approfondi de chaque médecin écrivain. Cela permettrait peut-être de dégager les caractéristiques de sensibilité, d'émotivité, d'empathie propres aux médecins écrivains, et ensuite de les inclure au sein du contexte social, historique et philosophique de leur époque. Ce deuxième volet de recherche (avec, par exemple, un autre questionnaire) est impossible pour des raisons de temps et de logistique, qui ne sont pas les nôtres dans le cadre d'une thèse de médecine.

Devant ces difficultés, nous avons opté pour une méthode totalement empirique et subjective : l'entretien de visu, avec un certain nombre de médecins-écrivains qui ne constituent pas un échantillon représentatif de cette population. Le caractère restreint de cette démarche ne vise en aucun cas une tentative d'exhaustivité, mais est un essai de coloration du propos, en montrant la richesse de toutes ces humanités.

Nous posons parfois des questions de réflexion avec des notions de littérature et de psychanalyse, qui sont, paradoxalement, inconnues de la part de beaucoup de médecins écrivains, semble-t-il ? La plupart des médecins écrivent sans théoriser leur activité littéraire.

En témoigne ce médecin qui nous dit : « Une thèse qui m'oblige à me questionner moi-même ! »

Les médecins écrivains gardent donc leur fraîcheur, leur spontanéité, les maladresses touchantes de l'écriture qui peuvent parfois en faire des atouts poétiques. Ils n'ont pas eu ou osé prendre le temps de la réflexion sur l'acte de création littéraire, mais préfèrent « écrire » tout simplement, comme le précisent de très nombreux médecins à la question sur les objectifs d'écriture (Question 18).

Nous reviendrons, ensuite, sur toutes ces notions dans le détail..

5 - Lacune : l'exploration du monde de l'édition et de la publication

Nous avons ainsi peu exploré ce sujet par choix.

Nous avons été étonnée de la facilité avec laquelle les médecins évoquent les difficultés de publication et de contact avec le monde de l'édition. Une femme médecin nous dit avec recul et humour, sur le refus de publication : « Il faudrait poser la question à d'autres qu'à l'auteur. Non ? Sinon je vais répondre que mon immense talent a été méconnu... » En effet, nous considérons qu'il s'agit d'un autre domaine de recherche.

Les réponses à la question sur le nombre de publication de livres et leur acceptation ou refus (Question 7) ne sont pas exploitables, car celle-ci était facultative, et fut donc incomplètement remplie.

Par ailleurs, les questions ne sont pas posées directement et clairement du type : Combien de livres avez-vous écrits ? Combien ont été publiés ? Combien en avez-vous vendu ?

Nous avons exploré ce domaine lors des rencontres et des entretiens. Il prend beaucoup plus d'importance à partir du moment où le désir de reconnaissance de son travail par les autres prend forme. C'est un désir de plaire et d'exister aux yeux des autres, puisque l'écriture est faite pour être lue. Mais nous développerons ceci ultérieurement.

Il faut aussi remarquer que, actuellement, les obstacles à la publication peuvent facilement être contournés. L'existence de l'autoédition ou de l'édition à compte d'auteur permet sans conteste de se faire publier très facilement, avec une participation financière plus ou moins importante, celle-ci étant rarement un problème, vu le pouvoir économique des médecins.

« D'autre part la publication (qui est, au final, rarement impossible au prix d'un abaissement plus ou moins important des exigences : viser de très petits éditeurs, autoéditer ou publier à compte d'auteur) peut rassurer sur son existence en tant qu'écrivain, mais ne peut jouer un effet magique d'intégration semblable à celui, par exemple, de la réussite au concours comme rite d'institution. »¹

¹ Bernard Lahire, *La condition littéraire, la double vie des écrivains*, La Découverte, Paris, 2006, p.47

II - Avortement choisi d'une tentative de classification des médecins écrivains

A – Les « trajectoires » des médecins au XVII^{ème} siècle

Alain Viala distingue trois types d'écrivains:

- les auteurs sans trajectoire ou occasionnels : ils publient sous l'effet d'obligations extérieures à la littérature. Ce sont les plus nombreux. Ils peuvent écrire soit un livre, soit un pamphlet ou un plaidoyer sur leur profession, ou bien encore s'adonner à la « composition d'ouvrages comme divertissement mondain. [...] Écrire n'est pour ces auteurs qu'une facette d'un personnage social défini par des traits autres que littéraires. »¹
- les écrivains sans carrière : ce sont des amateurs très éclairés qui s'approprient le prestige de la littérature sans en faire l'élément principal de leur statut social. Leur savoir ne fait que confirmer leur statut. « Les amateurs [...] ont du métier même s'ils ne traitent pas la littérature comme un métier. »²
- la possibilité réelle d'une carrière d'écrivain : elle devient de plus en plus concrète avec les droits d'auteurs et le mécénat.

Cette classification est transposable de nos jours chez les médecins écrivains du XXI^{ème} siècle, mais elle suppose presque que les deux activités soient considérées comme deux entités distinctes, n'influant pas l'une sur l'autre. Pour cette raison, nous ne la retenons pas.

B - Classification proposée par Jean Bernard

Il propose une nouvelle classification³ :

- les médecins écrivains qui commencent à écrire en abandonnant la médecine, et enchaînent ainsi les deux activités en les dissociant complètement, sans faire référence à la médecine, tel Georges Duhamel,
- les médecins qui diminuent leur activité médicale pour écrire en teintant leurs ouvrages, plus ou moins, de médecine,
- les médecins écrivains qui oscillent selon les périodes de leur vie entre les deux activités, soit médecin, soit écrivain, et où la médecine peut être présente ou non dans l'œuvre.

¹ Alain Viala, *Naissance de l'écrivain*, op.cit., p.179

² Ibid., pp.180-181

³ Charles Drèze, *Jean Hamburger, Médecin écrivain de la révolte, (édition électronique)*, Louvain médical, 1999. 118 : 89-100, p.89

Cette classification dégage plusieurs idées très intéressantes, mais ne nous paraît pas complète. La deuxième catégorie nous semble être celle concernant le plus grand nombre de médecins écrivains. Cette classification est presque trop vaste et elle mélange deux notions qui ne se situent pas sur le même plan : l'articulation des deux activités dans l'espace-temps et le fond des œuvres des médecins écrivains.

C - Classifications par genres littéraires et par âge : toutes deux vouées à l'échec

Nous aurions pu essayer de classer les médecins en écrivains romanesques, écrivains-écrivains sans publication, écrivains vulgarisateurs, écrivains poètes, nouvellistes, diaristes, essayistes, inclassables etc. Nous voyons bien que cette entreprise se heurte à une codification soit trop large, soit trop restreinte, si nous nous en tenons seulement aux quatre grands genres littéraires décrits auparavant.

La plupart des auteurs pratiquent plusieurs genres. Ce type de classification n'est pas satisfaisant et reste tout à fait réducteur. Même si, par souci de compréhension, pour analyser les résultats, nous nous sommes volontiers pliée à cet exercice, afin de définir les caractéristiques du médecin écrivain dans les chapitres suivants.

Nous avons réfléchi à une autre classification possible, en prenant le parti que, selon l'âge, le rapport aux mots peut être différent, puisque l'enseignement au lycée, puis en faculté de médecine, est différent selon les époques. Nous pourrions proposer les médecins qui écrivent :

- depuis l'enfance et l'adolescence, ainsi l'activité littéraire est-elle antérieure à la médecine.
- depuis le milieu de la vie, vers 40 -50 ans, moment où les deux activités sont concomitantes.
- depuis la retraite, les deux activités se suivent.

Cette classification a le défaut de se placer sur un seul plan (le temps matériel) sans prendre en compte les implications intellectuelles et psychiques des deux activités l'une par rapport à l'autre. La temporalité ne préjuge d'ailleurs en rien de la possibilité humaniste du médecin. De façon simpliste, nous pourrions penser que le médecin qui écrit depuis l'adolescence, a une sensibilité naturelle plus forte avec peut-être une dose d'humanisme moindre, puisqu'il pratique une activité solitaire centrée sur lui-même, l'écriture, avant même de se pencher sur la médecine. Nous pourrions penser que le médecin à la retraite est riche de son expérience et de son altruisme, et que c'est cela qui le fait écrire. Aucune acception n'est juste dans ce cas. La classification uniquement temporelle ne convient pas à la subtilité des médecins écrivains.

D - Classification des médecins écrivains selon l'incidence de leur activité littéraire sur leur pratique médicale

Nous distinguons trois types de médecins écrivains indépendamment du fait qu'ils se définissent eux-mêmes écrivains ou non.

Nous pourrions penser les choses en présentant :

- ceux pour qui l'écriture a changé leurs pratiques médicales.
- ceux qui n'ont rien changé dans leur pratique médicale, car l'activité littéraire est un loisir ou un travail, nécessaire à l'homme et à son équilibre, mais pas au médecin dans son travail de médecin. Il pourrait tout à fait s'agir d'une autre activité extra-médicale.
- ceux qui ne sont pas concernés par la question, puisqu'ils ont commencé à écrire après l'arrêt total de la médecine.

Une fois encore, nous ne nous satisfaisons pas de ce classement arbitraire, qui est loin des bascules qu'effectuent les médecins écrivains pendant toute leur vie entre la littérature et la médecine, et ne prend pas en compte les différents aspects psychiques et sociaux de la question.

Nous avons en vain essayé de créer une classification, car nous avons remarqué que les médecins écrivains tentent eux-mêmes d'aborder ce sujet. Il est toujours rassurant de pouvoir ordonner sa pensée et de se retrouver dans un groupe avec des contours précis. Les commentaires sont les suivants : « Ce questionnaire est intéressant et bien rédigé. Il ne permet cependant pas de distinguer entre le médecin qui parle de médecine lorsqu'il écrit, même en soignant son style ou qui écrit romans, nouvelles, poésies, ce qui est le fait du véritable écrivain. » ou encore, nous trouvons le commentaire suivant : « Oui, mais deux chemins différents : 1 - Le médecin écrivain type Georges Duhamel. 2 - Le médecin écrivain scientifique type F. Jacob ou Jacques Monod ou autre... Dans 1, la notion de médecin se perd ; dans 2, elle persiste. »

Nous voyons expressément qu'à vouloir classer les médecins écrivains, nous en perdons toujours quelques-uns qui restent inclassables. Alors, « *est-il besoin de mettre les gens dans des cases ?* » Nous pourrions continuer à fabriquer ainsi plusieurs classifications. Mais elles n'apporteraient, somme toute, qu'une bien malheureuse consolation, face à la diversité immensément riche des médecins écrivains.

III - La situation sociale du médecin écrivain

A - Situation sociale et familiale des médecins écrivains

De façon globale, les médecins écrivains sont majoritairement des hommes, dans la cinquantaine, mariés avec des enfants.

Nous observons 81% d'hommes, tous âges confondus. Les femmes médecins écrivains sont peu nombreuses, seulement 19% (Tableau 3).

Dans la démographie des médecins en métropole, la tendance s'inverse du fait de la féminisation de la profession médicale. Plus les médecins sont jeunes, plus il y a de femmes. Mais nous ne retrouvons pas cette donnée dans notre étude (Tableau 3 bis). En effet, si le rapport en fonction de l'âge au sein de chaque cohorte (celle des hommes et celle des femmes) reste le même (soit 1/5^{ème}), nous ne pouvons démontrer que les femmes médecins écrivains de moins de 50 ans sont en proportion moindre que les hommes médecins écrivains. Ceci, tenant au fait que le nombre de femmes que nous avons dans notre échantillon est faible et ne nous permet pas de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

Dans l'étude menée en 2003 par Bernard Lahire, les écrivains sont aussi majoritairement des hommes dans la population des écrivains recensés en région Rhône-Alpes, soit 68,2%. Les femmes sont largement sous-représentées chez les écrivains en général, et encore plus lorsque l'on approche de la reconnaissance littéraire de l'écrivain sous forme de prix.¹

De plus, les différentes études réalisées sur le sujet (B. Lahire ou M. Vessillier) montrent bien « qu'on a affaire à une population nettement plus âgée que la population française dans son ensemble. »²

Les médecins écrivains que nous avons interrogés ont, pour la plupart, plus de 50 ans. Ils représentent 81,6% des médecins écrivains ayant répondu à l'enquête.

Selon une étude menée en 2006 par le Conseil de l'Ordre des Médecins sur la démographie médicale l'âge moyen des médecins, tout sexe confondu, est de 48,3 ans.³ Nous retrouvons quasiment cette répartition dans notre étude. Le nombre le plus élevé de médecins écrivains se retrouvent dans la tranche d'âge de 50 à 59 ans, soit 28,2% des personnes interrogées (Tableau 2).

Pour résumer, les médecins écrivains ne se différencient ni par rapport à la population des médecins ni par rapport à celle des écrivains. Nous retrouvons les mêmes représentativités, ainsi que les disparités entre hommes et femmes, à la fois face à la médecine et face à l'écriture.

Par ailleurs, le loisir pratiqué par les médecins écrivains est, en premier lieu, la lecture (pour 89,7% d'entre eux), puis la musique (64,2%) (Tableau 6). Écrire exige un bagage littéraire important, et la loi tacite de « lire pour écrire » nous est bien spécifiée par certains médecins : « La littérature m'apporte beaucoup pour ma connaissance de la psychiatrie. Mais lectures, plus qu'écriture », « Par contre, je le redis, mes lectures romanesques ont été très importantes ». Notons tout de suite qu'il y a un pourcentage, certes faible, de médecins écrivains qui ne lisent pas (ou très peu). L'explication trouve sa source dans le fait que, plus les écrivains lisent, plus ils écrivent, plus ils sont reconnus de façon légitime en littérature, et inversement⁴. Cependant, rien, dans notre enquête, ne nous permet de dire que les médecins qui lisent peu, seraient ceux qui écrivent le moins.

La pratique musicale ou, plus rarement la composition musicale, est importante. Elle s'apparente, en général, à l'héritage familial, qui, comme pour la littérature, a favorisé la transmission de cette culture artistique.⁵

¹ Bernard Lahire, *La condition littéraire, la double vie des écrivains*, op.cit., p.108

² Ibid., p.113

³ *Démographie médicale 2006, États des lieux*, document électronique, www.conseil-national.medecins.fr

⁴ Bernard Lahire, *La condition littéraire, la double vie des écrivains*, op.cit., p.117

⁵ Ibid., p.109

Les loisirs qui viennent ensuite sont les voyages (61,8%). Le pouvoir économique des médecins leur permet de voyager à peu près partout dans le monde selon leurs désirs, et sous n'importe quelle forme (du voyage organisé au sac à dos du routard, de la France à l'autre bout de la planète, du simple voyage en train pour raisons professionnelles au voyage d'agrément) ; ce n'est donc pas une surprise de retrouver un pourcentage aussi élevé.

Dans des rencontres et discussions informelles, certains médecins écrivains (comme le Dr Ledu André¹ et le Dr Del Franco Giovanni²) nous ont fait part de la nécessité pour eux de faire de nombreuses recherches et de visiter les lieux dans lesquels ils situent l'action de leurs livres.

L'activité sportive n'est pratiquée que pour la moitié des médecins écrivains (56,3%). Il est probable que l'âge moyen élevé de la population interrogée soit le corollaire de cette réponse.

Quasiment la moitié des médecins écrivains sont passionnés par le cinéma (48,5%). Ceci s'explique probablement, pour certains, par le goût des histoires et l'écriture de scénarii. Les autres loisirs se répartissent entre la peinture, le théâtre, la sculpture, et diverses activités dont le jardinage, qui nous a été cité à plusieurs reprises.

B – Le cursus universitaire des médecins écrivains

Les médecins écrivains ont obtenu, dans une écrasante majorité, un baccalauréat scientifique (78,3%). Seulement 18,1% ont un baccalauréat littéraire, et 3,6% sont titulaires des deux (Tableau 7).

Depuis la moitié du XX^{ème} siècle, les progrès scientifiques ont effectué un saut si prodigieux que la médecine en a énormément bénéficié. Mais elle s'est aussi retrouvée quasiment dissoute en eux, le bagage scientifique devenant alors une condition sine qua non de la réussite des études de médecine. La primauté donnée aux sciences en médecine remonte, en fait, au siècle précédent, au cours duquel les différents concours (externat, internat, puis concours de première année), instaurés au fur et à mesure, vont commencer à opérer une sélection des étudiants avec des disciplines scientifiques et fondamentales pures. Ce n'est réellement que depuis une trentaine d'années que cette réalité devient prégnante. Auparavant, en témoignent les médecins qui ont un baccalauréat littéraire ou mixte, il était encore possible de faire médecine sans une culture scientifique forte. Parmi les médecins écrivains retraités, 25% ont un baccalauréat littéraire contre 14,2% des médecins actifs (Tableau 7 bis). La tendance s'inverse pour le baccalauréat scientifique où les médecins les plus jeunes sont en pourcentage plus nombreux que les médecins âgés (soit plus de 65 ans).

Par ailleurs, Bernard Lahire met en exergue le haut niveau d'études des écrivains, en général supérieur ou égal à bac plus 2. Cette condition est largement remplie par les médecins !³

Les médecins écrivains ont réalisés, pour une grosse partie d'entre eux (44,6%) leurs études dans les facultés d'Île de France (Tableau 8). Le reste des médecins écrivains se

¹ Cf. entretien en annexe

² Rencontre le 7 juin 2008 à la séance de dédicace du G.E.M. à la faculté de médecine Descartes Paris V

³ Bernard Lahire, *La condition littéraire, la double vie des écrivains*, op.cit., p.108

répartit de façon aléatoire dans toutes les facultés de province. C'est un résultat que nous pouvons mettre en parallèle avec les régions d'exercice des médecins écrivains (Tableau 16), où 41% des médecins exercent ou ont exercé en Île de France. Nous observons donc l'importance de la centralisation des médecins écrivains dans la capitale.

La disparité s'explique par le fait que Paris centralise onze facultés de médecine, alors qu'elles ne sont que 32 réparties dans toute la province et une aux Antilles-Guyane. *Doit-on une nouvelle fois regretter cette répartition des médecins écrivains, concentrés pour beaucoup en un seul lieu géographique ?*

Un très petit nombre de médecins écrivains (22,8% - Tableau 9) ont reçu un enseignement de sciences humaines, de culture générale, d'histoire de la médecine. Cela correspond à la répartition par âge des médecins au sein de notre échantillon, qui met en exergue une population n'ayant pu bénéficier de cet enseignement, puisqu'il n'est obligatoire dans les facultés que depuis 1994. Par contre, il existe un désir évident de recevoir ce type d'enseignement.

A 81,9%, les médecins écrivains nous répondent qu'ils auraient aimé en bénéficier (Tableau 9 bis). Pour preuve, ces réflexions d'une femme médecin : « J'appartiens à la génération des médecins sélectionnés en première année sur les sciences pures. Je regrette le manque des « humanités » dans le cursus qui nous était proposé. Pour échapper à trop de rigueur scientifique, il fallait cueillir ailleurs l'indispensable connaissance de l'être humain en tant que personne globale. », ou bien ce médecin retraité qui nous dit : « L'histoire de la médecine est un grand manque et apporterait beaucoup à notre approche du patient et de la maladie. » et enfin, un autre qui nous dit : « Je regrette la disparition du latin dans les études scolaires et la fin de la culture du corps médical actuel entraînant une difficulté de relation avec le patient et son écoute et une insuffisance d'explications dans les prescriptions »

Pourtant, ce désir de recevoir ce type d'enseignement est contrebalancé par des réflexions importantes, où les médecins estiment que c'est dans d'autres parcours que l'ouverture à l'autre et à l'humain doit se faire. Ils nous disent : « Il faut différencier l'enseignement des choix d'enrichissement personnel. », « La culture générale est individuelle. Elle s'acquiert au lycée puis tous les jours ... ». Certains s'insurgent contre la théorisation des concepts : « Non ; surtout pas encore des professeurs faisant des cours magistraux, interposés entre nous et les malades et la maladie : leur exemple me paraît plus utile, en consultation ou au chevet des malades. » En effet, la plupart des médecins écrivains se sont ouverts à l'homme de façon autodidacte au travers de leur écriture, ce qui explique pourquoi l'enseignement des sciences humaines ne semble pas primordial dans leurs discours.

Un médecin résume bien l'état d'esprit dans lequel se trouvent les médecins écrivains face au fait de recevoir un enseignement extra-médical en médecine. Il nous dit en substance : « Oui et non, les deux ce n'est pas là que je l'attends mais s'il est bon, qui le refuserait. »

La plupart n'ont pas fait d'études littéraires approfondies et n'ont pas théorisé leur activité d'écriture. Seulement 7,1 % des médecins interrogés ont rédigés une thèse ayant trait à la littérature (Tableau 10) et 28,4 % ont fait des études extra-médicales (Tableau 11) dans lesquelles nous retrouvons principalement par ordre décroissant : les études de lettres (toutes filières confondues), d'histoire, d'ethnologie, de psychologie et de théologie. Un jeune médecin nous raconte son parcours, un peu atypique : « J'ai épousé la carrière artistique au conservatoire d'art dramatique que j'ai fait en même temps que mon cursus médical,

initialement dans le but d'apprendre le rapport à l'autre, non enseigné en médecine. Puis je suis devenu comédien, chanteur professionnel. Cette vie à moitié d'artiste, à moitié de médecin m'a équilibré pendant 10 ans ; j'en suis venu à l'écriture pour le théâtre par ce biais. Aujourd'hui, j'ai décidé d'arrêter la scène et ne garde que l'écriture comme activité artistique.» Une femme médecin qui a cessé la médecine au profit de l'écriture nous explique : « Entre la pratique médicale et l'écriture, j'ai passé une thèse d'ethnologie (ethno-médecine) qui m'a beaucoup enrichie et m'a permis d'aborder mes lectures d'antan avec un autre regard. »

Les difficultés matérielles et temporelles pour entreprendre en parallèle d'autres études que les études médicales, auxquelles s'ajoutent parfois des difficultés financières, empêchent très souvent de mener de front plusieurs cursus.

De même, si près de 40% des médecins écrivains ont enseigné ou enseignent en faculté, seuls 2 médecins sur 63 enseignent en faculté d'histoire ou de lettres (Tableau 12).

Au total, nous retenons donc que les médecins écrivains n'ont pas forcément reçu une formation littéraire majeure. Si celle-ci est développée, elle l'est du fait du médecin lui-même, qui a fait le choix de se former à d'autres disciplines que la médecine. Ceci explique peut-être le fort désir de recevoir cet enseignement en médecine, ce qui éviterait aux médecins une perte de temps, des difficultés à assurer l'organisation des études avec la vie personnelle et professionnelle.

L'idée de se former à la communication et à la relation médecin-malade fait son chemin dans les facultés françaises depuis une quinzaine d'années, mais reste trop souvent aléatoire d'une faculté à une autre, même si une partie de cet enseignement est obligatoire. Citons un extrait d'une lettre que nous envoie un médecin écrivain, le Docteur Jacques Franck, le 12 avril 2008 : « [...] Le paragraphe 27 de votre questionnaire a suscité ma perplexité. L'éventualité, au cours de mes études médicales, d'un enseignement parallèle en matière de culture, histoire, littérature, me fait mesurer le décalage entre trois générations. Personne, absolument personne, avant mai 68, n'aurait pensé à parer l'enseignement de la médecine d'une coloration culturelle de ce genre. On apprenait un beau métier, on s'ouvrait aux sciences, on ne faisait pas ses " humanités ". Les mentalités étaient sectaires et manichéennes. J'espère que ça a changé. »

C – Spécialité exercée par le médecin écrivain et conditions d'exercice médical

Les médecins écrivains se répartissent ainsi (Tableau 13) :

- 39,6 % de médecins généralistes, quelle que soit leur spécialisation interne au sein de ce groupe (c'est-à-dire que nous y avons inclus, par exemple, les médecins urgentistes, les gériatres, les médecins du sport, les angiologues et toutes les orientations prises par les médecins du type homéopathie, ostéopathie, psychothérapie, nutrition etc....).

Ce chiffre est un peu en dessous de la moyenne nationale. En 2004, la répartition des médecins entre généralistes et spécialistes se faisait de façon quasi égale¹. L'organisation du temps de travail des généralistes n'est peut-être pas la plus favorable pour écrire par rapport à celle des médecins spécialistes. L'activité spécialisée permet une programmation du travail à

¹ *Démographie médicale, États de lieux en 2004*, document électronique, www.conseil-national.medecins.fr

plus long terme, ainsi qu'une gestion différente des urgences médicales et du système de garde et de permanence des soins.

- La plus forte représentation des médecins écrivains se fait au sein des médecins spécialistes, toutes spécialités confondues (53,8%). Il faut remarquer la très forte proportion de médecins psychiatres, qui est de 11,2%, soit 20,9% des médecins écrivains spécialistes. Alors que, de façon globale en France, le nombre de médecins psychiatres parmi les spécialistes s'élève à 11,3%¹ ; pour les médecins écrivains, les psychiatres écrivains représentent presque le double !

Le métier de médecin psychiatre a toujours été, de tout temps et en tout lieu, très fortement lié à la littérature. Il suppose un rapport très étroit avec les mots (donc avec la parole et l'écrit), puisque ceux-ci sont le support de base du travail entre le psychiatre et son patient, et parce que « les livres sur les pathologies intellectuelles opèrent une littérisation du discours médical. »² Par ailleurs, la lecture est une part non négligeable du temps de travail du psychiatre.

Citons quelques psychiatres écrivains : « Le fait qu'il y ait eu dans l'histoire de « nombreux » cas d'écrivains-médecins m'a toujours encouragé à poursuivre l'écriture », « la littérature enrichit la médecine et vice-versa.[...]L'écriture a encore amélioré ma pratique de psychiatre. » « Bien que j'aie rédigé mes essais de psychiatrie avec soin – et un certain style (peut-être), je considère que mon écriture romanesque est un domaine complètement différent . J'évolue alors dans un autre monde qui a son langage et sa sensibilité. En définitive en ce qui me concerne, il n'y a pas de rapport entre ma création littéraire et l'art médical. » Enfin, une femme psychiatre nous explique qu'elle utilise « l'écriture en tant que vecteur et que récepteur d'affects à l'insu de chacun. » Un psychiatre nous spécifie ardemment que les deux activités sont « indissociables si l'on veut assurer la transmission de notre expérience au minimum des articles ».

- Les chirurgiens écrivains sont peu nombreux (6,5%). Contrairement aux psychiatres, les chirurgiens écrivains sont moitié moins nombreux que leur représentation à l'échelon national (les chirurgiens représentent 12,2% des médecins dans leur ensemble en 2004).³ Il est très difficile de conclure : les chirurgiens, de par leur formation très technique et manuelle, auraient-ils moins accès à la littérature ou en auraient-ils moins besoin ?

Dans l'ensemble, toutes spécialités confondues, hommes et/ou femmes, le type d'exercice pratiqué par les médecins écrivains se partage équitablement entre l'activité libérale et hospitalière (Tableau 14). La question posée ne permet pas de retracer le parcours des médecins, qui ont souvent eu des modes d'exercice différents tout au long de leur vie, ce qui ne nous permet pas de faire une analyse détaillée (Question 2).

Nous observons, tout de même, le pourcentage non négligeable de médecins généralistes ayant orienté leurs compétences professionnelles dans un domaine (Tableau 14 bis). Ainsi, 20,7% des médecins généralistes se sont spécialisés dans la médecine du travail. Les médecins exercent encore comme médecin conseil de la sécurité sociale ou bien ont une activité salariée dans des dispensaires, dans des organisations humanitaires ou en protection maternelle et infantile. Il nous semble que ces choix relèvent, de la part des médecins, d'une

¹ *Démographie médicale, Spécialités en crise, situation au 1^{er} janvier 2005*, document électronique, www.conseil-national.medecin.fr, p.71

² Dinah Ribard, *Pathologies intellectuelles et littérisation de la médecine, une voie pour l'histoire du travail intellectuel*, dans *Littérature et médecine, Approches et perspectives (XVI^e-XIX^e siècles)*, Droz, Genève, 2007, p.115

³ *Démographie médicale, Spécialités en crise, situation au 1^{er} janvier 2005*, op.cit., p.71

volonté d'adaptation de leur temps de travail. Nous reviendrons sur la notion du temps dans le chapitre sur la compatibilité des deux activités.

De façon surprenante, au vue des questions de temps qui ont été soulevées à plusieurs reprises dans les commentaires des médecins, la majorité des écrivains médecins sont actifs à temps plein (59,8 %). Très peu travaillent à « temps partiel » (2,4 %) ; mais nous ne savons pas comment la notion de temps partiel a été interprétée (sur la base des 35 heures ?) (Tableau 15).

En effet, une femme médecin écrivain nous explique : « [...] Cependant les tâches se montrent, pour moi, très chronophages. Je trouvais du temps pour écrire tant que j'exerçais à temps partiel ; Depuis que je travaille à temps plein, je néglige l'écriture en caressant l'espoir de m'y remettre à l'heure de la retraite. » Et c'est encore une femme qui nous exprime les difficultés d'articulation matérielle entre les deux activités : « Je regrette de n'avoir pas accompli mon désir d'écriture pendant ma vie professionnelle : mes longues journées de travail et mes multiples occupations familiales m'ont empêchée d'être concentrée. Je ne pouvais pas écrire la nuit alors que maintenant je le fais. Je me contentais d'écrire des notes de souvenirs et quelques poèmes. » Ou bien cette autre femme médecin qui nous dit en substance qu'elle songe à arrêter plus ou moins la médecine : « J'aimerais ! Un jour peut-être », mais dont l'objectif est déjà « de prendre des jours de congés à suivre pour s'y remettre. »

La question féminine se soulève, ici, devant toutes ces remarques. En effet, dans notre enquête, une seule femme interrogée a moins de quarante ans, ce qui ne reflète absolument pas la féminisation actuelle de la profession médicale, et ne nous permet absolument pas de savoir quelles sont les conditions de vie et de travail des jeunes femmes médecins écrivains. Les trois femmes, à qui nous donnons la parole ci-dessus, appartiennent à une génération où la femme médecin dans les années 80 semblait se heurter à plus de difficultés dans l'articulation entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle (barrage de la hiérarchie médicale, les grossesses et l'arrivée des enfants avec le manque d'aide et de structures environnantes ne favorisant pas la reprise du travail, l'absence de soutien social et familial pendant cette période).¹ Où y aurait-il eu, alors, de la place pour une activité artistique ?

35,5% des médecins écrivains sont retraités (Tableau 15). Beaucoup de médecins nous font ainsi part du fait qu'ils ont attendu la retraite pour écrire ou bien qu'ils l'attendent avec impatience afin d'avoir le temps d'écrire plus.

Revenons à une de ces trois femmes qui conclut ainsi : « En réalité, j'ai écrit des poèmes dès l'enfance, puis un peu toute ma vie et des prises de notes, mais j'ai réellement commencé à travailler l'écriture en 2004 (retraite) ». Puis en témoignent toutes ces remarques : « Je crains fort à présent d'attendre que sonne le glas de la retraite ... pour m'y consacrer beaucoup plus. » ou bien comme un Professeur de gastro-entérologie, qui nous dit : « J'ai commencé à écrire autrement que pour des articles scientifiques après ma retraite » ou encore cet autre professeur de médecine, qui nous écrit : « J'ai toujours aimé écrire et rêvé d'en avoir le temps. En fait, j'ai profité de ma retraite pour assouvir mon envie d'écrire. »

Notons enfin la particularité des médecins en invalidité et dont la reconversion est très difficile, comme nous l'explique ce médecin : « La pratique de la littérature est une des seules possibilités offertes aux médecins en invalidité de la CARMF que vous apprendrez bien vite à

¹ Josette Dall'Ava-Santucci, *Des sorcières aux mandarines, Histoire des femmes médecins*, Calmann-Lévy, Paris, 1989, pp.237-251

connaître... » Seulement deux médecins écrivains sont en invalidité dans notre enquête, mais nombreux sont les témoignages qui nous disent que c'est à la faveur d'un arrêt maladie ou d'une grossesse qu'ils ou elles se sont mis à écrire. Le Docteur Marie-Hélène Boucand le formule expressément dans son livre : « O toi, cette autre qui m'habite ! Je te confie ces lignes écrites pour te combattre. »¹

Le fait de se retrouver en lieu et place du patient (que nous sommes tous potentiellement) invite alors les médecins à réfléchir à cette position à la faveur de moments de répit que peut offrir la maladie. Ils écrivent alors pour canaliser le trop-plein des émotions et de l'angoisse, et pour faire « quelque chose de leur maladie ou de leurs souffrances. » Il s'agit de dépasser le traumatisme dû à la maladie. L'écriture participe alors au processus de résilience nécessaire pour vivre et parfois survivre.

IV – L'activité d'écrivain des médecins

A - Les genres littéraires pratiqués par les médecins écrivains (Tableaux 19)

Le premier genre pratiqué est le roman (40,8%), suivi de près par les nouvelles et les contes (37,3%). En effet, le genre littéraire court (nouvelle ou conte) s'adapte peut-être plus à l'activité médicale, dans le sens de sa brièveté et de celui du temps qu'ont les médecins à consacrer à l'écriture. Dans 29,6% des cas, les médecins ont coché « autre » en précisant qu'il s'agissait d'essais de toutes sortes, de livres ou de guides pratiques, de chansons, de récits inclassables selon eux. La difficulté à classer les différents genres se révèle parfaitement ici. L'étude historique passionne également beaucoup de médecins (26,6%). Ils nous disent vouloir « relater le fruit de recherches historiques à partir d'événements vrais et de personnages romanesques » ou de « regretter de ne pas avoir eu le temps d'écrire davantage » et de ne pas s'« être consacré à des biographies médicales ». Nous trouvons ensuite quasiment réparti, à part égale, au sein des médecins écrivains, la pratique de la poésie, du journalisme et des essais philosophiques.

Par ailleurs, nous observons une différence nette entre les hommes et les femmes (Tableaux 19 a et b). Les hommes pratiquent en premier le roman, puis les nouvelles ou contes, et abordent ensuite les études historiques. Les femmes pratiquent, en premier, le genre court du type nouvelles ou contes, puis secondairement le roman. Viennent ensuite la poésie et l'autobiographie ou le témoignage. La proportion d'hommes pratiquant ce dernier genre est deux fois moins importante que chez les femmes.

L'explication peut être donnée par le fait que l'écriture reste un domaine assez masculin. Les femmes qui écrivent, le font plus dans l'intimité, en adoptant des genres littéraires comme le journal intime, la poésie, les témoignages, les nouvelles. Ce sont tous des genres, par définition, qui sont moins exposés au public. Il en ressort peut-être une difficulté à recenser les femmes médecins, en général. De même, dès qu'il s'agit de reconnaissance littéraire (remise de prix), les femmes disparaissent quasiment du paysage de la littérature.²

¹ Marie-Hélène Boucand, *Le corps mal-entendu*, Revue vie chrétienne, 2007, 502, p. 67

² Bernard Lahire, *La condition littéraire, la double vie des écrivains*, op.cit., p.108

B – L'activité littéraire d'un point de vue pratique

1 - Conditions d'écriture et disponibilité

Les médecins écrivains, dans leur ensemble, n'échappent pas aux temps de retrait et de concentration mentale que suppose l'écriture (Tableau 25). En effet, ils sont 85,5% à déclarer écrire seuls. Ils peuvent écrire n'importe où, mais plutôt à domicile pour 45,2% d'entre eux. Certains expliquent que les lieux publics (cafés) ou le train leur permettent d'écrire, car ils sortent alors de leur contexte familial. Aucun temps bien défini ne semble propice au travail d'écriture, car 68,7% d'entre eux peuvent écrire n'importe quand. Enfin, le support majoritairement choisi est l'ordinateur, « mais parfois ailleurs ...ex : du temps où les restaurants avaient des nappes en papier !... », comme nous le précise un médecin.

« En effet, à force d'affronter la situation consistant à passer régulièrement d'un univers profane, familial ou professionnel, à l'univers peu « délimité » de la pratique d'écriture littéraire, les écrivains ont forgé des dispositions à l'isolement mental, des capacités d'absorption rapide dans l'écriture et de protection mentale vis-à-vis des intrusions extérieures. [...] Le cloisonnement des espaces, des intérêts et des comportements s'apprend et l'on voit bien dans les témoignages des écrivains que parvenir à écrire tout en travaillant à tout autre chose appelle la mise en œuvre de ce que le poète allemand Gottfried Benn nommait une « technique psychologique » et qui n'est autre qu'une disposition mentale à se scinder et à s'isoler lorsqu'on est plongé parmi les autres. »¹

Si la plupart des écrivains écrivent seuls et dans le silence, certains, au contraire, ont besoin du bruit. Ils ont acquis la capacité de mettre en place une sorte de perméabilité au monde qui les entoure, tout en se créant une bulle mentale. C'est une disponibilité littéraire d'esprit qui fonctionne par analogie, par prises de notes rapides, et s'active au moindre événement ou à la moindre émotion. Un médecin cardiologue nous faisait remarquer qu'il peut écrire pendant ses consultations « quand l'appareil automatique prend la PA et que personne ne doit parler. »

Pour certains, cette faculté s'apparente à un combat de chaque instant, afin de créer l'espace mental unique nécessaire à l'écriture, au cœur d'une ambiance marquée par la promiscuité.

Il nous semble que cette faculté doit être particulièrement développée chez les médecins écrivains, soumis de par leur métier de médecin à cette plasticité permanente de l'esprit. L'apprentissage de l'empathie nécessite quasiment le même fonctionnement : être à l'écoute de ses propres émotions, savoir les canaliser - ce que font peut-être les médecins écrivains en notant tout de suite leurs impressions par analogies ou digressions (une idée en appelant une autre) - mais en restant perméables à ce qui les entoure. Il faut rester dans la réalité du patient que l'on soigne, et faire en sorte que les compétences techniques ne soient pas entachées par une trop forte empathie, qui ne devient plus, alors, salutaire à personne dans la relation.

¹ Bernard Lahire, *La condition littéraire, la double vie des écrivains*, op.cit., pp.502-503

2 – Aménagement des horaires

La question du temps est largement soulevée par les médecins écrivains et nous y reviendrons dans le chapitre sur la compatibilité entre les deux activités.

Les médecins n'aménagent quasiment pas leur temps pour écrire (69,8% - Tableau 26). Seuls 30% des médecins actifs aménagent leurs horaires (Tableau 26 bis). Les choix sont variables d'un médecin à l'autre ; certains écrivent 2 heures par jour tous les jours, d'autres alternent les périodes plus longues (4 semaines de travail médical versus 1 semaine d'écriture) ou certains ont définitivement consacré une journée entière par semaine à l'écriture. Toutes les variantes sont possibles, que ce soit le jour ou la nuit.

Seuls 22 médecins actifs sur 30 ayant répondu oui à la question de l'aménagement du temps, ont indiqué les horaires qu'ils dégagent pour écrire ; soit en moyenne 9h30 par semaine. Considérons donc qu'il s'agit d'une journée d'écriture par semaine, au total.

C – Les origines de l'écriture chez les médecins écrivains

Deux âges de début de l'activité littéraire se distinguent (Tableaux 27, 28, 28 bis).

Pour 24,3% des médecins écrivains, l'écriture naît pendant l'enfance et l'adolescence. Ce chiffre n'est pas une surprise, puisque beaucoup de médecins nous disent avoir eu une enfance baignant dans les livres ou entourée d'écrivains, par exemple : « Mon père médecin écrivain lui-même a appartenu au G.E.M. et à l'U.M.E.M ¹ », ou encore « J'étais fille unique, j'ai passé mon enfance à lire. Et les meilleurs amis de mon père étaient Malraux, Maurois et Mauriac... »

« Ce sont d'abord des privilégiés par la naissance et par l'éducation. Auteurs et artistes sont des héritiers, très majoritairement nés dans les milieux aisés (et souvent artistiques), tandis que les secteurs ouvrier et agricole sont très sous-représentés au regard des moyennes sociales. »²

Curieusement, la deuxième période où l'activité littéraire éclot chez les médecins se situe entre 31 et 45 ans, puis de 46 à 55 ans. Au passage, notons que la période correspondant aux études médicales a suscité peu de vocations littéraires.

La deuxième période est certainement celle la plus chargée sur le plan de l'activité professionnelle médicale, avec souvent une installation, et pour les médecins de cette tranche d'âge qui ont exercé dans les années 70 et 80, une démographie médicale qui ne leur était pas propice et où les différents systèmes de garde et de continuité des soins n'étaient pas encore en place. Par ailleurs, c'est aussi la période de la construction de la vie personnelle (mise en couple, achat d'une maison, naissance des enfants ...).

La gestion de tous ces aspects de la vie aurait-elle nécessité un besoin de prise de recul facilitée par la mise en mots ? A moins que toute cette émulation intellectuelle ne favorise le désir d'écrire et de réaliser un travail différent, mais complémentaire de la médecine ?

Cette dernière hypothèse semble être corroborée par le fait que, si la moitié des médecins écrivains explique qu'un événement a été à l'origine de leur écriture, il s'agissait dans 26,8%

¹ U.M.E.M. = Union Mondiale des Écrivains Médecins

² M.Vessillier citée dans Bernard Lahire, *La condition littéraire, la double vie des écrivains*, op. cit., p.109

des cas d'une rencontre avec quelqu'un (ami, écrivain, artiste, patient, autre...). Pendant cette période (de 31 à 55 ans), les occasions de rencontre sont très nombreuses et les médecins nous expliquent qu'elles ont été souvent le fruit du hasard. Par ailleurs, la lecture a énormément influencé les médecins écrivains et est le deuxième événement qui marque leur entrée dans l'écriture.

D - Recherche de reconnaissance et d'échanges entre les médecins écrivains

- Le G.E.M. :

Cette association est connue de 67,5% des médecins écrivains, mais seulement 46,7% de notre échantillon appartiennent à cette association pour diverses raisons (Tableaux 18 et 18 bis). En premier lieu, parce que l'association les a sollicités pour en faire partie et certains nous disent avoir accepté par « gentillesse » (sic). La presse médicale et les rencontres sont ensuite les moyens principaux qui leur ont permis de découvrir l'association. La majeure partie des médecins ont adhéré à l'association pour entrer en contact avec d'autres médecins écrivains, pour échanger et être reconnus (39,7 %). Puis vient, à hauteur de 35,9 %, le désir de participer aux prix littéraires, qui font l'objet d'une revue de presse chaque année dans les journaux médicaux (Tableau 18 ter).

Le nombre de médecins actifs et retraités au sein de l'association se répartit comme suit : 53,2 % d'actifs et 44,3 % de retraités (Tableau 18 quater).

- Les groupes Balint et les groupes de pairs (Tableau 17) :

Paradoxalement, la pratique de ces types de groupes n'est pas ou très peu développée chez les médecins écrivains. Seuls 16,9% des médecins écrivains participent à des groupes des pairs et 3,6% à des groupes Balint.

Les groupes de pairs se sont développés au sein de la Société Française de Médecine Générale à la fin des années 80. Ce sont des groupes (5 à 10 personnes) de praticiens de même discipline qui se réunissent régulièrement autour de cas cliniques aléatoires. L'absence de hiérarchie au sein du groupe, ainsi que l'indépendance politique, syndicale ou financière de chaque praticien favorise l'expression. Ils permettent également l'évaluation des compétences et des pratiques professionnelles.^{1et2}

Les groupes Balint ont été créés à l'initiative de Mickaël Balint³ à la fin des années 40. Ce sont des groupes de médecins d'environ une dizaine de participants, animés par un psychanalyste formé à cette méthode. Le groupe se réunit régulièrement pour examiner la relation médecin-malade autour d'un cas clinique réel et s'appuie sur les données psychologiques de l'inconscient.⁴

¹ Olivier Kandel, Marie-Hélène Certain, *Le groupe de pairs de la formation continue à l'évaluation des pratiques, un outil au service de la qualité*, document électronique, SFMG, N°59, p.3

² Jean Luc Gallais, *Règles du jeu, effets et enjeux des groupes de pairs comme procédure dans le soin, la formation et la recherche*, document électronique, SFMG, N° 59, juin 2002, pp 6-11

³ Mickaël Balint, *Le médecin, le malade et la maladie*, Petite bibliothèque Payot, Paris, 1972

⁴ *Présentation du groupe Balint en quatre points*, <http://www.balint-smb-france.org/present/index.htm>

De façon globale, même si ces différents groupes remportent de plus en plus l'adhésion de la communauté médicale, la majorité des médecins en France ne participent pas à de tels groupes. Dans le cas des médecins écrivains, nous nous autorisons à penser que le travail d'écriture et de mise en mots participe à la réflexion psychanalytique des médecins, et que ces derniers n'éprouvent pas le besoin de la faire dans de tels groupes.

- Tentative de publication des médecins (Tableaux 20 et 20 bis)

Les médecins écrivains ont à 91,7% tenté d'être publiés et l'ont été dans 96,9% des cas. Mais rien ne nous permet de différencier les publications faites par une maison d'édition des publications réalisées à compte d'auteur ou des auto-publications. Il est probable que la forte corrélation entre les tentatives de publication et la publication elle-même s'explique par la facilité avec laquelle, aujourd'hui, le problème peut être contourné.

Remarquons, premièrement, que la fixation du manuscrit sous forme de livre constitue, de plein droit, la personne qui écrit comme auteur, indépendamment de toutes les autres contingences. Les limites de l'univers littéraire sont floues. De la grande maison d'édition à la plus modeste, en passant par les plus légitimes sur le plan littéraire et celles qui sont les plus « amateurs », du monde de l'édition à compte d'auteur à l'auto-édition, il y a une infinie diversité de genres. Seul l'objet livre les relie.

Il est peut-être plus intéressant, dans le processus de création littéraire, de s'interroger sur les raisons qui retiennent les écrivains de chercher à être publiés. Accepter d'être lu, c'est accepter de se séparer de son œuvre. S'engage alors un processus où l'écrivain s'expose aux autres, puisqu'on écrit toujours à l'intention de quelqu'un dont l'opinion importe beaucoup. Cette recherche narcissique s'expose à la castration, lorsque l'écrivain n'arrive pas à plaire à son public. De la même façon, lorsqu'il plaît, il entrapercevra sans doute qu'il a réduit, inconsciemment ou non, une certaine partie de ses exigences pulsionnelles, afin de plaire. Et il se retrouvera en conflit avec lui-même. Le processus qui vient ensuite, est le sentiment de perte et de vide de son œuvre, avec un passage de dépression temporaire, mais nécessaire à une autre ouverture. Un psychiatre nous dit, à ce sujet, qu'il a « le désir de créer un univers, et d'y vivre pendant un certain temps. Hélas, quand le roman est achevé, puis publié, cela s'éloigne ; c'est un peu comme la fin d'une liaison. »

Les quelques remarques faites sur les difficultés à publier se résument par le sentiment de peur, le manque de temps et la déception :

« Surtout peur de divulguer des secrets même en masquant les noms. »

« Fainéantise ou peur que l'on me dise que cela ne vaut pas grand-chose »

« Manque de temps pour aller jusqu'au bout »

« Déception de ne pas trouver d'éditeurs (refus à ce jour d'accepter les propositions d'édition sous réserve de payer) recherchés en 2006-2007. Arrêt actuellement d'une écriture à visée littéraire par manque de temps et d'énergie. Poursuite d'un journal de façon régulière à visée exutoire, connaissance de soi, rêves, défoulement et surtout pour savourer l'instant présent suspendu »

- Participation à des concours et des prix littéraires (Tableaux 21, 21 bis, 22, 22 bis)

A plus de 50 %, les médecins participent à des concours littéraires. Dans la jungle des concours, il est très difficile de se repérer. Certains auteurs ont compté, tous prix confondus, qu'il existait de 293 prix à 1950 prix littéraires !¹ La moindre petite ville ou association a créé son prix. Nous avons donc classé les prix en trois catégories :

- les prix locaux incluant tous les prix des associations, des villes et certains prix départementaux, et parfois régionaux,
- les prix nationaux,
- les prix proposés par le G.E.M.

Nous pouvons remarquer, dans notre enquête, un plus grand nombre de médecins ayant reçu un prix littéraire national que le nombre de médecins y ayant participé. Ceci s'explique par le fait que, comme nous le spécifient les médecins écrivains concernés, « c'est l'éditeur qui tente les prix ».

La participation à des concours littéraires est forte (55,4%) et elle se fait surtout au sein du G.E.M. (62,2%). C'est, en effet, la deuxième raison d'adhésion à l'association.

- Les ateliers d'écriture (Tableaux 23 et 23bis)

La participation des médecins écrivains à des ateliers d'écriture est très faible (soit 11,3 %). Ils y sont, dans deux tiers des cas, participants et, dans un tiers des cas, formateurs.

Pour illustrer la tonalité de la perception de cette pratique, nous citons par l'intermédiaire du livre de Jean Luc Delbat, « ce qu'en pensent les écrivains en France », et nous voyons bien que cette pratique n'est pas du tout développée, comprise, et ni acceptée. Il persiste encore l'idée que l'écriture ne s'apprend pas.

Jean Dutourd : « Des conneries américaines. Ça ne sert à rien. Il faut avoir en soi l'étincelle de génie et ce n'est pas dans une école que l'on apprend cela. »

Madeleine Chapsal : « La seule chose que l'on puisse enseigner, c'est une écriture d'intégration. J'encourage tout le monde à écrire, mais il ne serait pas juste de faire croire que l'on peut transformer les gens en écrivains. »

Michel Tournier : « Cela m'épate que l'on puisse écrire à plusieurs. L'écriture s'apprend en lisant, en écrivant, en s'essayant. L'idée d'apprendre l'inspiration me paraît risible. »

Philippe Sollers : « C'est une illusion complète de penser que l'on peut apprendre à écrire, que tout le monde peut être écrivain. L'écriture ne s'apprend pas, elle est solitaire, sexuelle, personnelle. »

Pierre-Jean Rémy : « Je ne pense pas que cela donne naissance à des écrivains, mais je crois qu'il y a là un moyen extraordinaire de développer l'expression et l'utilisation de la langue. »²

¹ Bernard Lahire, *La condition littéraire, la double vie des écrivains*, op.cit., p.39

² Jean-Luc Delbat, *Le guide LIRE de l'écrivain*, l'Archipel, Paris, 1998, p. 203

Il n'existe pas d'école pour devenir écrivain, mais les anglo-saxons, par exemple, ont bien compris la nécessité de telles expériences. Un peintre qui maîtrise à merveille certaines techniques picturales, sera plus libre de s'exprimer au-delà des contraintes techniques ? Et, s'il existe des écoles de peinture (Les Beaux-arts),...pourquoi ne pas envisager l'apprentissage de la langue française dans ce même contexte ?

Ainsi, au travers du développement de ces cinq derniers thèmes :

Nous voyons donc qu'il existe un fort désir de partage, d'échanges et de reconnaissance de la part des médecins écrivains. Voici ce qu'ils nous en disent :

« Je participe assez régulièrement comme intervenant à des congrès internationaux d'humanisme médical, de psychologie ou de philosophie. »

« Mon activité littéraire a surtout débouché sur une activité de conférencier. »

« Je me fais davantage remplacer pour faire des conférences ou participer à des animations (films, salon du livre etc...) ».

Un médecin participe à des « associations philosophiques, symboliques, philanthropiques, fraternelles, sportives, littéraires, artistiques et politiques. Le médecin écrivain est « un homme parmi les hommes » ... et un membre actif de la société humaine au bien-être de laquelle il consacre une part de sa double activité médicale et littéraire. »

« Mon aventure littéraire (10 romans) a été non seulement une source de satisfaction personnelle, une modeste reconnaissance des médias, mais surtout à l'origine de nombreuses et fructueuses rencontres au cours de salons du livre avec les lecteurs et tous les amis qui partageaient le plaisir d'écrire. »

« Je suis membre du collège de pataphysique où l'on croise peintres, écrivains, érudits... C'est très stimulant. [...] L'activité d'écriture a eu quelques retombées amusantes : je participe désormais parfois à la Gazette dans *Fluide Glacial* – j'ai été sollicité par un éditeur de dictionnaires (Robert) pour y faire des définitions. »

V - Pénétration de l'écriture dans l'acte médical

A –L'Humanisme

Selon Andrea Carlino, il existe une « association ancestrale entre médecine et parole. [...] Se distinguant des autres thérapeutes qui opèrent avec les mains, les médecins se voient attribuer la compétence spécifique de la maîtrise des mots. D'ailleurs, leur métier pendant plusieurs siècles est bâti sur des textes, leur profil intellectuel et leur statut social se veulent comparables à ceux du philosophe, voire de l'érudit et du philologue. »¹

¹Andrea Carlino, *Les fondements humanistes de la médecine*, dans *Littérature et médecine, Approches et perspectives (XVI^e-XIX^e siècles)*, op.cit., p.20

Dans les années 1960, Jules Romains aborde ce qui deviendra, pendant les quarante années suivantes, l'oubli de l'humanisme et des sciences humaines au profit des techniques ; il serait réducteur de mettre en opposition la médecine purement technique et la médecine humaniste seule : les progrès techniques, machinistes, scientifiques doivent être intégrés à la médecine, qui reste un art à part entière.

« [...] le médecin a de la peine à ne pas tenir compte de l'homme total. Tenir compte de l'homme total est la maxime de l'humanisme. [...] Du même coup, de tous les hommes de science, il est celui qui prend le plus de goût à la littérature et à l'art. En un sens, parce qu'il y trouve une évasion et un repos. Mais aussi parce que la littérature et l'art lui parlent un langage complémentaire dont son esprit a besoin. »¹

Dans *Hommes, médecins, machines*, Jules Romains, expliquait, avec une forte conviction que l'humanisme médical était plus que présent chez les médecins férus de littérature. Un demi-siècle plus tard, qu'en est-il de cette réalité un peu oubliée ? N'est-ce pas le même mot pour désigner cette part d'humanité que certains ont en eux, sans pour autant revenir aux anciens textes grecs ? La notion d'humanisme d'il y a cinquante ans est importante à retenir, mais n'est plus transposable aujourd'hui. Les modalités d'exercice de la médecine ont énormément évolué : les progrès techniques, la guérison, le rapport au corps, le déplacement de la mort en marge d'une réalité vivant dans le virtuel, les transformations de la relation médecin-malade imposent au médecin actuel de réinventer une nouvelle forme d'humanisme, que certains appellent « les humanités médicales ».

Le témoignage d'un médecin, lors de la séance de dédicace du G.E.M., est intéressant à ce sujet² : il nous explique que derrière la notion d'humanisme se cache « un peu tout et rien ». Il compare l'apprentissage de la médecine à la construction d'une maison où le PCEM1 serait la cave, et les murs, les planches, les portes etc...seraient les différentes disciplines à connaître, et enfin le toit serait constitué de la culture générale et de l'expression artistique. Il pense que pour développer son humanisme et pour apprendre la réflexion, il faut lire beaucoup. L'écriture amène à être curieux, à faire autre chose et à envisager son métier de médecin avec du recul et de plus haut. En effet, la comparaison avec la construction d'une maison nous semble une image idéale. Le toit de la maison ne peut tenir sans les murs et une maison sans toit n'est pas habitable. Autrement dit, les connaissances médicales pures reposant en partie sur les découvertes récentes faites grâce aux progrès techniques ne sont rien sans l'intégration de ces compétences médicales à la sensibilité et à l'humanité du médecin.

« Faire ses humanités signifiait, au début du XX^{ème} siècle, accéder à ce savoir d'honnête homme qui permet de manifester une aisance intellectuelle dans les domaines les plus variés possibles, et il est vrai que le recentrement des études médicales sur un strict savoir biologique a considérablement diminué les facultés d'ouverture intellectuelle. [...] Proposer un enseignement des humanités médicales, [...] c'est vouloir restaurer aux études médicales leur sens véritable et renvoyer ainsi, dans un mouvement dont la pensée humaniste est un des modèles, l'activité médicale du ciel des mathématiques, de l'objectivité scientifique qui lui sert de métaphysique, vers l'homme, c'est-à-dire vers une reconnaissance de la subjectivité. »³

¹ Jules Romains, *Hommes médecins machines*, Flammarion, Paris, 1959, pp. 43-44

² Rencontre séance de dédicace du G.E.M. le 7 juin 2008 Paris

³ Christiane Vollaire, Pour un enseignement des humanités médicales, BPI en actes Littérature et médecine ou les pouvoirs du récit, actes du colloque 2000, p.281

B - L'écrivain comme statut professionnel

Le statut professionnel de l'écrivain est difficile à définir, comme nous avons pu le voir dans le chapitre sur l'écrivain et la création littéraire.

Si la publication d'un livre donne d'entrée de jeu le statut d'auteur, elle ne donne pas celui d'écrivain. Il n'existe pas de diplôme d'écrivain. La reconnaissance littéraire est très différente de la reconnaissance scientifique, qui peut être autorisée par la publication d'études, de thèses, de recherches etc. Par ailleurs, le fait d'avoir un savoir littéraire d'un point de vue professionnel ne doit pas être confondu avec « la professionnalisation économique des écrivains »¹. Il n'y a pas de corrélation entre l'écrivain dont le talent littéraire est légitimé, et l'écrivain qui gagne plutôt bien sa vie en écrivant et en publiant. Nous ne rentrerons pas dans la discussion qui consiste à savoir ce qui est du ressort de la littérature et ce qui n'en est pas.

« L'écriture littéraire est une activité à la fois valorisée symboliquement dans un monde social et culturel hiérarchisé et pratiquée en grande partie par des individus qui ne tirent pas l'essentiel de leurs revenus de son exercice (essentiellement les droits d'auteur depuis que l'écrivain dépend presque exclusivement d'un marché de lecteurs) et sont ainsi obligés de vivre matériellement d'autres activités que de celle par laquelle ils aiment à se définir. »²

Il importe peu de savoir laquelle des deux activités est considérée comme l'activité principale pour le médecin écrivain. Cela peut varier d'une époque de sa vie à une autre. Elles peuvent se situer sur deux plans totalement distincts. Parfois l'activité médicale est vécue comme source de revenus alimentaires uniquement. Parfois certains médecins ne se revendiquent qu'écrivains, comme le Docteur Franck Senninger³ qui le précise à la fin du questionnaire, mais aussi lors de notre rencontre, où il nous explique qu'il se sent avant tout écrivain. Pour lui, les deux activités sont totalement indépendantes ; il exprime le fait que les deux font partie de lui totalement. Et, même s'il se sent plus écrivain que médecin, il a « toujours voulu être médecin », métier qui se situe « à la frontière entre science et humanisme ».

Très peu de médecins ont envisagé une cessation d'activité médicale au profit de l'écriture et seulement 8,9% l'ont fait (Tableau 29) . La principale raison de cette hésitation est l'aspect financier. Si la médecine assure un revenu confortable dans la plupart des cas, l'écriture est soumise à des rendements très différents et beaucoup plus aléatoires. En effet, pouvoir vivre de sa plume nécessite de s'investir dans la profession d'écrivain, qui ne se limite pas uniquement au simple acte de création littéraire et à l'écriture.

Une femme médecin écrivain, qui a cessé la médecine pour l'écriture, nous raconte le parcours du combattant de l'écrivain : « Trois mois pour construire le roman, six mois plein temps pour l'écrire, trois mois de promotion après sa publication... et ça recommence ! »

A la question sur la compatibilité supposée entre la médecine et l'écriture (question 26), quelques médecins ont réfléchi à la notion de métier. Pour la plupart, l'écriture ne peut être un métier.

¹ Bernard Lahire, *La condition littéraire, la double vie des écrivains*, op. cit 49

² Ibid., p.46

³ Rencontre séance de dédicaces du G.E.M. 7 juin 2008 à Paris

En témoignent ces réactions :

« Il ne manquerait plus que cela ! Quoi que, en relisant votre question, vous parlez de « métier d'écrivain », ce qui sous-entendrait « vivre de sa plume », ce qui doit correspondre à une vingtaine d'individus en France ... Dans ce cas précis, on peut effectivement vivre de sa plume et continuer à exercer la médecine, Louis Ferdinand Céline l'a fait ! (à sa manière) Mais Jean-Christophe Rufin ne l'a pas fait ! Mais pour moi, l'écriture ne s'envisage pas comme un métier ! ».

« Non, d'ailleurs je considère le métier d'écrivain comme un métier en soi, à plein temps, ce qui n'est malheureusement pas mon cas. »

« Métier d'écrivain ? Je n'envisage pas l'écriture comme un métier pour ma part. La médecine est trop exigeante pour laisser assez de place à la promotion, au marketing qu'impose un métier d'écriture véritable. Mais écrire est un contrepois à la charge de soins, d'écoute, de responsabilité du médecin, et la proximité avec les patients est une nourriture pour l'esprit et le cœur qui enrichit l'écriture. »

« Si l'on pense " métier", je dirais non ; Si l'on pense nécessité "vitale", je dirais oui. »

Par ailleurs, les médecins disent ne pouvoir envisager l'arrêt de la médecine, non pas seulement pour des raisons économiques, mais aussi, et c'est tant mieux, parce que soigner, ils « aiment ça ! ».

Devant toutes ces difficultés (plus matérielles que philosophiques) auxquelles se heurtent les médecins, nous sommes surpris par le nombre de médecins qui se définissent alors écrivains (44% - Tableau 30). Même si ce chiffre correspond à ceux d'autres études.¹ Nous notons que les femmes (51,6%) se considèrent plus généralement écrivains que les hommes (42,2 - Tableau 30 ter). Mais le tout petit nombre de femmes dans notre étude ne permet pas de conclure, puisque ce résultat est contredit par les études réalisées à grande échelle, où les femmes se sentent souvent moins écrivains que les hommes.²

A quelques exceptions près, comme cette femme qui explique : « C'est mon métier, j'en vis. J'étais un médecin qui écrivait, je suis devenue un écrivain qui a été médecin » ou bien comme Thierry Serfaty, auteur de polars, qui nous présente sa réflexion de façon humoristique : « Quand j'aurai réussi à répondre à cette épineuse question identitaire, que je me pose régulièrement, je vous le promets, vous le saurez ! ».

Les médecins se reconnaissent écrivains pour une raison qui se place largement devant les autres : la reconnaissance par leurs pairs en tant qu'écrivain (60,8% - Tableau 30 bis). Nous nous posons légitimement la question de savoir comment l'acception « pairs » a été interprétée dans cette question (numéro 17). S'agit-il de leurs confrères médecins ou des écrivains, des journalistes et des médias ? Le nombre de médecins écrivains connus du grand public est largement en dessous du chiffre que nous obtenons (48 personnes). Faut-il voir ici un sursaut de vanité de la part des médecins ou bien un biais dans notre étude ? Il serait intéressant d'analyser par qui les médecins désirent et estiment être reconnus.

¹ Bernard Lahire, *La condition littéraire, la double vie des écrivains*, op.cit., p.161

² Ibid., p.162

La publication des ouvrages et le temps passé à l'élaboration de l'œuvre sont ensuite cités comme étant les critères selon lesquels les médecins se définissent écrivains. Étrangement, la définition de l'écrivain (selon le dictionnaire) n'est citée qu'en quatrième position ! Les autres raisons pour lesquelles les médecins nous disent se considérer écrivains, sont à notre sens beaucoup plus subjectives. Ce sont, dans le désordre, les suivantes : « le goût et l'acceptation des contraintes de ce métier », « le fait que mes pièces soient jouées, d'avoir des commandes d'écriture rémunérées », « un besoin subjectif d'écrire », « le fait de vouloir être lue, de transmettre », « la joie d'écrire » et enfin « l'amour du verbe et la musique des mots ainsi que le dialogue des cultures et la richesse des symboles ».

Les deux raisons pour lesquelles les médecins ne se reconnaissent pas écrivains sont d'une part, le nombre insuffisant de livres publiés et, d'autre part, le fait qu'ils ne s'autorisent pas à reconnaître leurs qualités littéraires, ainsi que l'importance de la littérature comme besoin vital. Comme nous le dit si bien ce médecin : « Un véritable écrivain est celui pour lequel l'écriture est essentielle à sa vie. Celui pour qui la vie dépend de l'écriture ! Ce qui n'est pas mon cas ! » Ou un autre qui nous rappelle : « « [...] Un écrivain, c'est l'échelle au dessus ; ça s'appelle Suarès, Montaigne, Hemingway, Ruffin... »

Une nouvelle fois, les médecins ne se différencient pas de la population globale des écrivains. Ces derniers se pensent, de façon générale, écrivain en fonction du nombre de leurs publications et de la reconnaissance qu'ils en ont.¹ Il y a un décalage entre l'idéal qu'ont les médecins écrivains d'eux-mêmes et ce qu'ils arrivent à faire dans la réalité.

Un médecin se pose la bonne question : « Non, pas encore...après plusieurs livres peut-être, même si ces livres sont déjà écrits. D'où la question fondamentale : dois-je attendre d'être reconnu pour me reconnaître ? »

C - Apport de la littérature dans l'exercice de la médecine

L'apport de la littérature et, plus particulièrement de l'écriture dans l'exercice de la médecine, semble difficile à évaluer par les médecins eux-mêmes. 53,9% d'entre-eux ne nous explicitent pas leurs pensées (rubrique « autre » - Tableau 32). La difficulté de sonder une notion indéfinie a malheureusement engendré ce type de réponses.

1 - Le médecin écrivain face au temps et à la mort

Pour 45,5% d'entre eux (Tableau 32), cela leur a permis une meilleure approche de la mort, en général. Car ils ne nous précisent pas s'il s'agit de la mort de leurs patients ou de leur propre mort. Aucun ne nous a fait de commentaire à ce sujet, sauf peut-être un universitaire qui nous rappelle, en face de cet item, que « non ! Ça, c'est théorique ! »

¹ Bernard Lahire, *La condition littéraire, la double vie des écrivains*, op. cit., p.143

« L'écrivain est alors celui qui écrit pour pouvoir mourir et il est celui qui tient son pouvoir d'écrire d'une relation anticipée à la mort. [...] Mais l'on peut pressentir que le mouvement qui dans l'œuvre est approche, espace et usage de la mort, n'est pas tout à fait ce même mouvement qui conduirait l'écrivain à la *possibilité* de mourir. [...] Écrire pour ne pas mourir, se confier à la survie des œuvres, c'est là ce qui lierait l'artiste à sa tâche. Le génie affronte la mort, l'œuvre est la mort ...»¹

« Quand par un choix ingénu, et ne pouvant jamais être à la mesure de l'appel, on est jour après jour confronté à la détresse extrême et à la mort, il est des moments où toute parole apparaît insupportable et vaine.

Seuls restent alors praticables les gestes d'un faire qui apporte, parfois, un soulagement provisoire.

Puis un jour, sans que se dissipe l'intolérable, soudain, dans les nerfs de cette ascèse, un autre espoir et une autre lucidité plus exigeante encore se révèlent. Comme une sève, une saveur des gestes qui savent et qui tremblent – cette parole qui est visage ou mélodie de notre inguérissable poids. »²

La mort dans les écrits étudiés des médecins écrivains n'est pas gommée. Elle est décrite sous tous ses aspects techniques et sentimentaux. Les médecins écrivains font partie de ceux qui n'ont pu effacer la mort de la réalité de la vie et de la pratique de l'activité médicale. Elle amène donc de nombreuses angoisses, des nuits de doutes et de remises en cause, car elle ne peut être neutralisée par le discours médical. La mort prend corps et âme au sein des écrits de ces médecins à la sensibilité un peu particulière : éternels angoissés, se plaçant homme à côté de l'homme, acceptant d'être un être humain, avant toute chose donc potentiellement malade. Paradoxalement, la confrontation à la mort est recherchée pour son vécu rassurant, puisque les médecins écrivains, eux, sont encore vivants et présents pour nous le raconter. Il y a une forme de jouissance et de plaisir à transcender cette mort par l'écriture.³

Contrairement à la pratique du journal intime qui est datée et s'inscrit dans la temporalité, l'écriture se veut intemporelle ; elle traverse les siècles. L'écriture se place dans une lutte contre le temps et la mort, qui reste toujours naïvement considérée comme un échec pour le médecin. D'autant que, depuis ces dernières décennies, dans les pays dits développés, la mort est reléguée en grande partie au corps médical. Les médecins *ne soignent plus*, ils *guérissent* et la société les exhorte à reculer la finitude de la vie afin de l'annihiler. Comment les médecins peuvent-ils alors maintenir leur position de lutte contre les maladies et ne pas se sentir en échec face à la mort, effacée et niée par la société dans laquelle nous vivons. Certains trouvent refuge dans l'écriture, sans qu'elle soit thérapeutique, ce qui leur permet ensuite « une distanciation épistémologique », comme nous le fait remarquer un médecin.

« S'exercer à la mort par l'écriture suppose un effort d'imagination de l'irreprésentable et de l'innommable afin d'apaiser la peur et l'angoisse de la mort. Cet effort conscient dissimule un désir inconscient d'éternité et d'immortalité. C'est toujours l'autre qui meurt. En outre, le meurtre de papier permet facilement et impunément de transgresser un interdit majeur. »⁴

¹ Maurice Blanchot, *L'espace littéraire*, Gallimard, Folio essais, Paris, 1955, pp.114-115

² Lorand Gaspard, *Approche de la parole suivie Apprentissage*, Gallimard, Paris, p.15

³ Gérard Danou, *Le corps souffrant*, Champ Vallon, Seyssel, 1994, p.185

⁴ *Ibid.*, p.204

2 – De l'écoute active à la mise en mots

Les médecins écrivains disent avoir amélioré leur communication avec les patients pour seulement un tiers d'entre eux (34,6%). La pratique littéraire ne semble donc pas être ce qui permet une meilleure expression orale et une meilleure circulation de la parole entre un médecin et son patient. Elle a, par contre, permis pour environ un tiers des médecins de changer leur regard sur l'être humain (Tableau 32).

Les médecins qui écrivent, se disent par nature attentifs à leurs patients et aux histoires ; pour certains, c'est même ce souci du détail qu'ils recherchent pour écrire. En effet, une femme médecin nous dit : « Ce n'est pas l'écriture qui nous apporte l'empathie, la passion de comprendre et d'aider nos patients. On porte cela en soi quand on choisit d'être médecin. Ce sont les mêmes qualités qui font qu'on écrit, je pense la même sensibilité. » Et un autre éprouve le besoin de préciser qu'il n'y a « aucun changement ; l'écoute était là avant l'écriture ».

La mise en mots sert aux médecins écrivains à « prendre du recul », formule maintes fois reprise. Notons ces quelques remarques : La « mise en mots du quotidien de ce que j'ai pu glaner d'expérience en tant qu'être vivant plus qu'en tant que médecin » semble être là pour canaliser l'angoisse. « Donner à voir pour moi-même et les lecteurs ce que nous ne voyons pas dans la vie mécanique » et « contrebalancer l'excès de positivisme scientifique et la pauvreté de l'usage de la langue en milieu médical » sont nécessaires à la mise en mots des maux. Une femme médecin dit explorer avec ses patients leur « capacité de créativité », et « inventer avec eux les métaphores qui vont faire appui pour le changement, voire la guérison ». Par ailleurs, les mots du médecin servent à obtenir une « réflexion sur la condition humaine en général donc plus de compréhension face aux multiples situations personnelles rencontrées dans la pratique professionnelle ». La prise de recul est vécue comme une « bouffée d'oxygène » et l'écriture « permet de se libérer l'esprit afin d'être plus libre face au patient ».

Un fort désir de s'extraire de la réalité, ressentie comme étant crue et cruelle, à laquelle sont confrontés les médecins, s'exprime par le fait que les médecins écrivains recherchent la notion de beauté dans leur activité artistique. Un psychiatre nous dit : « La poésie est un sourire sur la gravité du monde, de la vie, un rappel que la nature est belle aussi. » Et un médecin généraliste ajoute qu'il désire « échapper à la douleur, la maladie, la mort, d'où le beau avant qu'il ne soit trop tard ».

3 - L'apport inversé

L'apport inversé ne correspond qu'à un tout petit pourcentage, soit 5,5% (Tableau 32). Il s'agit en fait de la notion suivante : les médecins écrivains pensent que c'est la médecine et sa pratique qui ont apporté « quelque chose » à leur activité littéraire. Mais, en fait, le pourcentage élevé de l'item coché « autre » (53,9%) nous semble représentatif de cette notion.

Les commentaires sont très nombreux à ce sujet : « [...] la médecine et la science sont des bases de données prodigieuses pour le roman. », « c'est la condition du malade et la complexité de la relation qui, au contraire, a alimenté la création de mes personnages », « C'est le contraire. La pratique médicale me donne les bases de la connaissance de "l'humaine condition" ».

D - Changement des pratiques médicales

Les médecins ne changent pas ou peu leurs pratiques médicales. Seuls 39,7% pensent avoir modifié leur activité en raison de la pratique de l'écriture. Un petit nombre de médecins n'est pas concerné, puisqu'ils ont enchainé les deux activités, par exemple, un médecin qui a spécifiquement commencé à écrire après l'arrêt de la médecine, à la retraite (Tableau 33).

Le changement des pratiques médicales ne montre aucun lien direct avec le fait qu'ils se définissent ou non écrivains (Tableau 40).

- L'organisation du temps :

Les contraintes temporelles majeures ont conduit certains médecins écrivains à transformer radicalement leur activité médicale et à adopter une position drastique.

Martin Winckler nous explique ceci : « J'ai concentré ma pratique de médecin sur le dialogue et l'information du public sur la contraception et les droits du patient, les abus médicaux et la désinformation délivrée par l'industrie pharmaceutique, l'éthique du soin et de la relation de soin ». De son côté, Thierry Serfaty constate que l'écriture l'a amené à arrêter la médecine. Il nous dit : « [...] mes livres me permettent d'aborder des territoires sur lesquels je ne m'étais pas penché, de fouiller là où personne ne m'avait emmené, bref, de faire la médecine jamais pratiquée auparavant ! ».

- L'écoute et la compréhension:

A part égale, mais importante (61,7% - Tableau 33), grâce à l'écriture, les médecins disent avoir mieux écouté leurs patients et réussi à prendre en compte leur globalité psychosocio-environnementale. Au-delà de la « recherche d'histoires à transposer dans des exercices littéraires », comme le font certains médecins, la plupart s'accorde à dire que « ça rend plus humble, et plus intelligent ». Une femme rapporte : « On écoute différemment les gens, on comprend plus finement, parce qu'on a réfléchi à beaucoup de situations vécues. » Un médecin poète remarque que « l'écoute est plus facile chez le médecin écrivain et les mots sont plus choisis pour communiquer ».

La compréhension des situations cliniques n'est améliorée que pour 40,7% des médecins écrivains, et un seul médecin nous fait la remarque de la difficulté à manier les différentes formes discursives. Cependant, il rappelle que sa pratique de l'écriture lui permet une « meilleure interface entre langage médical et langage des patients ».

1 - La sensibilité des médecins écrivains dans la relation avec les patients

Il faut différencier l'empathie qui s'impose au médecin et la souffrance choisie de l'acte de création littéraire, quand souffrance il y a. Mais les médecins interrogés dans notre enquête parlent plus volontiers de plaisir d'écrire. La spécificité du regard du médecin qui écrit, nous semble être due à une délicate gestion de l'empathie dans la relation médecin-malade, qui va conduire à l'acte d'écrire, afin de transcender la relation. L'écriture va permettre la canalisation des émotions dans une tentative difficile de neutralisation des affects. Le médecin qui écrit, apprend à connaître ses propres angoisses de mort et de perte ; le jeu des mots lui renvoie ce qu'il est, en le fixant dans un texte. L'homme qu'est le médecin ne pourra se défaire en totalité de son rapport à la mort et au corps, le sien comme celui des autres.

Le médecin se replace dans sa condition humaine en devenant écrivain. Son écriture lui fait prendre conscience de sa place d'homme, qui se situe, par-delà sa connaissance de la maladie, du corps et de la thérapeutique, à la même hauteur que les autres ; il perd ainsi sa place de médecin idéalisé, intouchable. Canguilhem le formule ainsi :

« Lorsque le médecin a substitué à la plainte du malade et à sa représentation subjective des causes de son mal, ce que la rationalité contraint de reconnaître comme la vérité de sa maladie, le médecin n'a pas pour autant réduit la subjectivité du malade. Il lui a permis une possession de son mal différente. Et s'il n'a cherché à l'en déposséder, en lui affirmant qu'il n'est atteint d'aucune maladie, il n'a pas toujours réussi à le déposséder de sa croyance en lui-même malade, et parfois même de sa complaisance en lui-même malade. En bref, il est impossible d'annuler dans l'objectivité du savoir médical la subjectivité de l'expérience vécue du malade. Ce n'est donc pas dans cette impuissance qu'il faut chercher la défaillance caractéristique de l'exercice de la médecine. Elle a lieu dans l'oubli, en son sens freudien, du pouvoir de dédoublement propre au médecin qui lui permettrait de se projeter lui-même dans la situation de malade, l'objectivité de son savoir étant non pas répudiée mais mise en réserve. Car il revient au médecin de se représenter qu'il est un malade potentiel et qu'il n'est pas mieux assuré que ne le sont ses malades de réussir, le cas échéant, à substituer ses connaissances à son angoisse. »¹

Ajoutons les commentaires faits à ce sujet par les médecins écrivains:

« L'humain prime sur le patient qui me rappelle que moi aussi je suis un humain avant d'être médecin. »

« C'est parce qu'on a déjà un regard sur le monde qu'on a envie de l'explorer par l'écriture. »

« [...] sauf prescriptions indispensables, je comprends beaucoup mieux la non-observance que j'accepte parfaitement comme je le fais moi-même : la littérature relativise la position de maîtrise du médecin sur les autres ! »

Une femme médecin résume ceci en une équation : « plus grande sensibilité = ouverture aux autres plus aiguës ; meilleure gestion des émotions ; exutoire de la douleur ... déversée par les patients + évasion »

2- La théâtralité dans la relation médecin-malade

L'acte de création de la part du médecin lors du colloque singulier et de sa mise en théâtralité est à rapprocher de l'acte de création littéraire. Le médecin s'implique, « s'énergise » dans la consultation avec son patient dans une forme de représentation théâtrale : c'est un acte de création, quasiment d'improvisation théâtrale, dans un cadre bien défini.²

Dans le même mouvement, le médecin crée de la relation et un espace où le patient va pouvoir se mouvoir, évoluer, prendre la parole, faire confiance. Le médecin doit pouvoir se retirer de ce jeu pour prendre du recul, afin d'analyser sa part d'implication dans le rôle qu'il est en train de jouer. S'auto-prescrire, comme le suggère Balint, demande du temps et de l'énergie, un souffle de création pour s'adapter à chaque patient.

¹ Georges Canguilhem, *Études d'histoire et philosophie des sciences : concernant les vivants et la vie*, J.VRIN, Paris, 1983, p.409

² Jean-Philippe Debroize, *La théâtralité dans la relation médecin-patient : enjeux thérapeutiques et pédagogiques du jeu des représentations*, Thèse de médecine, Rennes 1, 2007, 59 pages.

Afin de réaliser au mieux cet exercice, il faut une part non négligeable de sensibilité à soi, à ses propres limites, et à l'autre ensuite, afin de le percevoir dans toute sa globalité. Comment faire naître la dose de créativité qu'il faut mettre dans chaque colloque singulier ? Comment la travailler ? Par la sensibilité à l'art, à la littérature, à l'écriture ? Dans le cadre du transfert analytique, il existe de la part du médecin une séduction du malade afin de pouvoir le soigner. Mais si le patient peut exprimer son désir, le médecin ne le peut pas et se doit de contrôler ses affects. La séduction du lecteur par l'écrivain revient à enclencher les mêmes processus de création.¹ Le médecin comme l'écrivain utilise les mêmes mécanismes de création, l'un pour créer la relation avec le patient, l'autre pour écrire.

La création de la relation médecin-malade avec une maîtrise correcte de ce jeu est aussi une des créations face auxquelles les médecins écrivains expriment avoir le plus de difficultés, et c'est pourquoi ils l'écrivent.

E - La médecine comme matière à écrire

Lors d'un échange de mails, un médecin nous raconte :
« Pour en avoir côtoyé ou lu quelques-uns, j'ai l'impression qu'il y a autant de motivations à prendre la plume de la part des médecins que de n'importe quelle autre personne. La différence est dans le "matériau de base". Comme ce plasticien dont j'ai oublié le nom qui expose des corps humains écorchés, je mets au défi un médecin-écrivain de ne pas utiliser les humains qu'il a croisés et/ou soignés et/ou palpés et/ou écoutés pour en extraire des parcelles de nature humaine et les coucher sur le papier. De manière plus ou moins visible/lisible. En réaction ou en synergie avec son "si beau métier". Car c'est aussi cela, être écrivain-médecin : décrire la réalité du monde soignant (à la manière brutale et crue de Céline ou à la manière lisse et lyrique de Soubiran, mais, au-delà du style, ils parlent bien de la même chose et arrivent aux mêmes conclusions ; c'est après que divergent leurs itinéraires : l'un se rebelle et l'autre se soumet, question de tempérament sans doute). »

En effet, la médecine est une source de matière pour écrire. Les effets de style créés par l'utilisation du discours médical en poésie en sont un exemple flagrant. La description du corps, de la douleur, de la mort faite par un médecin peut être parfois plus crue, plus juste et semble s'inscrire au cœur du réel pour les néophytes, qui apprécieront le croustillant du milieu médical. Même si ce n'est pas l'objet de notre travail, nous ne pouvons pas ne pas noter les thèmes récurrents mis à jour par la double pratique de l'écriture et de la médecine (mort, souffrance, folie). Il semblerait que l'écriture de beaucoup de médecins écrivains soit reconnaissable par sa forme.

1 - Les sources d'inspiration

Dans le tableau 34, nous observons que l'être humain est la principale source d'inspiration (62,4%), puis l'exercice médical qui prend alors une place importante dans l'écriture pour beaucoup d'entre eux (54,6%). Les lectures et l'art sont, pour environ 40% des médecins écrivains, de fortes sources d'inspiration.

¹ Gérard Danou, *Le corps souffrant*, op.cit. p.147

Il y a ceux qui peuvent nommer explicitement leur inspiration comme ce médecin qui cite une liste très longue (« mes amours, le ciel, la nuit, la connerie humaine, le désenchantement du monde, la mort, l'inanité de l'être, Dieu »), après avoir coché toutes les cases de la question ; nous imaginons très facilement que cette liste n'est pas exhaustive. Elle rejoint en cela les médecins qui nous disent : « Les muses sont imprévisibles et insaisissables. L'invité à écrire est donc aléatoire, impalpable, impénétrable, inconsciente, [...] » ou bien « [...] le livre sort, pousse, vient seul, c'est lui qui vit, il sévit sous mes doigts, je ne suis qu'un lieu de passage, je ne suis qu'un passeur ».

2 - Les objectifs d'écriture :

Les objectifs de l'écriture chez les médecins écrivains sont de trois ordre : en premier, un loisir considéré souvent totalement indépendant de la médecine (38,8%), en second un désir de parler de la profession de médecin (33,3%) et, en dernier lieu, une utilisation thérapeutique de l'écriture (30,3%)(Tableau 31).

En fait, les objectifs des médecins écrivains se situent totalement sur un autre plan. Plus de la moitié des médecins ont coché la case « autre ». Dans le tableau 31 bis qui détaille cette rubrique, nous retrouvons surtout les notions de recherche et de transmission, ainsi que celle du plaisir. Il y a le plaisir de la langue et le goût des mots. Les médecins nous disent qu'ils ont le « plaisir de la mise en œuvre et en ordre des idées et de la musicalité des phrases obtenues », le « plaisir de l'expression qui est l'art de transformer en mots des idées, avec un travail de conceptualisation et de synthèse particulièrement utile dans notre monde de plus en plus virtuel et de moins en moins humain [...] », et le « plaisir de faire plaisir ! » et enfin, le « plaisir des mots, le plaisir de raconter, le besoin de vider le « sac de merde » que j'ai en moi ». Ce qui nous ramène à une certaine forme d'écriture *thérapeutique*, qui permet de faire un travail d'introspection et une recherche philosophique sur soi, d'où cette femme qui nous dit : « Je vis certains événements comme des tableaux pour un peintre. Je ressens le besoin de les fixer ». Un autre médecin nous dit de façon métaphorique que cela lui permet de « respirer ».

Les médecins écrivains français sont donc comme leurs homologues d'Outre-Atlantique. En effet pour les écrivains médecins américains, hommes ou femmes, de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, l'écriture permet d'explorer les difficultés et les échecs de leur profession, mais aussi de leur vie personnelle. « La littérature semble leur offrir l'opportunité des introspections et des remises en cause constructives qui les aideront à mieux accepter les imperfections de leur art médical ainsi qu'à ressourcer leur vocation pour aller de l'avant et soulager d'autres souffrances. »¹

La recherche, en histoire par exemple, ainsi que le désir de transmettre ces découvertes sont cités également de nombreuses fois comme faisant partie des objectifs des médecins écrivains. Certains disent réaliser un « travail de passeur de mémoire et de messages », en relatant « le fruit de recherches historiques à partir d'événements vrais et de personnages romanesques ».

¹ Noailles-Pizzolato C., *Littérature et médecine : des arts comparables ?*, Éthique et Santé, 2005(2) : 117-124

Enfin, ne sont cités qu'un petit nombre fois l'envie et le plaisir de raconter des histoires. Capacité essentielle de l'écrivain, raconter une histoire est ce pourquoi la littérature devrait être enseignée en médecine. En racontant des histoires pour s'évader ou des histoires vécues, le médecin écrivain autorise les allées et venues des émotions, à la fois pour le médecin lui-même, pour le malade qui peut se reconnaître dans l'histoire et pour la relation qu'ils entretiennent. Comme nous le dit encore un médecin, raconter une histoire, « c'est une manière d'élaborer, inventer, créer. C'est une satisfaction, une réjouissance quand on a la sensation d'avoir réussi. »

VI – La compatibilité des métiers

Nous avons réuni les réponses par items communs (Tableau 39). 89,7% des médecins écrivains pensent que les métiers d'écrivain et de médecin sont compatibles. Nous allons voir que ces propos vont être fortement nuancés.

Dans les faits, la réalité est beaucoup plus complexe car si la compatibilité intellectuelle est présente (ce qui n'est pas toujours le cas), la compatibilité pratique est souvent très compliquée, parfois impossible à mettre en œuvre.

A - Réactions d'indignation

La question n° 26 était la suivante : *Selon vous, les métiers d'écrivain et de médecin sont-ils compatibles ?* Les réponses données font preuve d'une franche spontanéité :

« Évidemment ! Encore heureux que les médecins ne soient pas exclus de la liberté d'expression (ce qui serait d'ailleurs totalement illégal) et Freud ! Et Lacan (séminaire sur Hamlet) »

« Réponse, selon vous, le métier de médecin et l'envie de faire pipi sont-ils compatibles ? »

« Absolument, on peut avoir la vérole et un bureau de tabac ! »

Mais il nous semble qu'il y a eu une interprétation de la question comme : médecine et littérature sont-elles complémentaires ?

La notion de métier correspond imparfaitement à la situation de l'écrivain « réel », qui n'est pas telle que les médecins l'idéalisent.

Intellectuellement, quand la disponibilité d'esprit est présente, le médecin et l'écrivain sont compatibles, nécessaires l'un à l'autre. Ils ne sont absolument pas antinomiques, mais se complètent. Dans la réalité temporelle et matérielle, à laquelle l'écrivain ne peut se soustraire, la compatibilité n'est plus possible. Nous reviendrons ultérieurement sur cette conception.

B – La notion de temps

Question cruciale, qui, nous l'avons vu à plusieurs reprises, compromet l'articulation entre la pratique de l'écriture et l'exercice de la médecine. L'organisation du temps pour le médecin écrivain est une compétition de chaque instant. Peu arrivent à concilier les deux sans sacrifier une partie de l'autre, ou bien en négociant sur leur temps de vie personnel et familial. Très peu de médecins nous semblent faire exception à la règle, sauf pour certains, au prix, souvent de quelques adaptations du temps de travail médical (choix de la médecine salariée par exemple). Rappelons que les médecins aménagent très peu le temps d'écriture et que ceux qui le font ne dégagent en moyenne qu'une journée par semaine. Une femme écrivain nous précise pourtant qu'elle a « exercé ces deux métiers en même temps pendant quinze années ». Beaucoup expriment, quand même, que le manque de temps est néfaste à l'activité d'écrivain.

Sur la compatibilité matérielle, peu s'accordent ainsi à dire que cela est possible. Tous précisent qu'il faut pouvoir « aménager des temps d'écriture réguliers, » et que « cela suppose discipline et ascèse ».

Dès lors un choix s'impose à un moment donné ; très souvent, les médecins attendent la retraite pour pouvoir se consacrer plus à l'écriture.

La notion de prise de temps, sacrifiant une partie de chaque activité, inspire les remarques suivantes : « Il faut choisir, ou bien les deux activités sont imparfaites, ou plutôt incomplètes. La retraite permet d'écrire, pour le plaisir et sans but lucratif réel [...] » ou encore cela : « la profession est trop prenante pour réussir à mener de front les deux " carrières ". Je pense qu'il arrive toujours un moment où il faut choisir [...] ».

C – La complémentarité possible

Nous ne parlons plus ici de compatibilité, mais de complémentarité entre la littérature et la médecine, « la littérature s'efforçant de comprendre en décrivant, et la médecine d'expliquer ce que la littérature décrit ».¹ Les deux tentent de clarifier, par les mots et la parole, les désordres que la maladie induit, afin de rétablir l'harmonie et la rigueur. Cette initiative ne peut passer que par la création du récit du patient ou du personnage de roman.

Les médecins écrivains ne tarissent pas d'éloges sur cette complémentarité ; en voici quelques exemples choisis :

« Ils sont compatibles et même complémentaires dans le sens où ils utilisent un peu le même processus, la même démarche intellectuelle de « construction ». Ils nécessitent tous deux une ouverture d'esprit aux autres et à ce qui nous entoure. Ils sont réunis par « l'humain »

« Pour moi, ils sont extrêmement liés. Comment être attentive à l'histoire de chacun ? Comment aider chacun, moi et mes patients, à écrire sa propre histoire ? Comment retrouver un sens, inventer un sens ? »

¹ Noailles-Pizzolato C., *Littérature et médecine : des arts comparables ?*, *Éthique et Santé*, 2005(2) : 117-124

« L'écriture oblige à mettre des mots sur des impressions, des ressentis et de ce fait à jeter à la corbeille pas mal d'idées reçues, ce qui est très bénéfique pour la relation médecins-patients car le médecin a une ouverture d'esprit plus grande. »

« Non seulement ces « métiers » seraient compatibles mais je les vois aussi complémentaires. Les frontières sont toutefois délicates et mouvantes, surtout pour les médecins exerçant la psychothérapie. Je précise également que pour le médecin exerçant son métier, l'écriture n'est pas un autre métier mais une autre face du même métier. »

Martin Winckler nous dit à ce sujet : « Non seulement compatibles mais complémentaires. Un médecin, si son souci est celui d'accompagner le patient, est en position d'auditeur, de récepteur. Un écrivain, dans la position de celui qui reformule les histoires ou les récits qui lui ont été confiés. Un médecin est narrateur quand il transmet son expérience à travers des récits (de patients ou non...). Le concept de *Narrative Medicine* est valable aussi bien pour les patients (raconter sa propre histoire lui donne du sens, et c'est pédagogique pour les soignants) que pour les médecins (raconter sa pratique lui donne du sens et c'est pédagogique pour les patients et pour les soignants en formation) ».

Un médecin rappelle de façon très pertinente que médecins et écrivains « se nourrissent certainement l'un de l'autre, mais [...] ils doivent être bien distincts sinon il n'y a pas d'œuvre et il n'y a pas de médecine. »

D - L'écrivain « fantasmé » et l'écrivain « réel »

Les métiers d'écrivain et de médecin ne sont pas compatibles, pour une raison matérielle souvent, avant d'être intellectuelle : le facteur temps ! Très peu de médecins conjuguent les deux activités, sans que l'une ou l'autre en souffre.

Mais, oui, les deux activités se complètent.

Être écrivain et en vivre nécessite en premier lieu le temps du travail d'écriture, puis celui de la promotion, des salons du livre, des émissions radio ou télévisuelles, pendant qu'un autre projet a déjà été commandé et signé par l'éditeur et que le projet intermédiaire est sous presse ... Est-il besoin d'expliquer le temps de travail du médecin, quel que soit sa spécialité et son organisation ? Chaque acteur de santé est à même de pouvoir l'imaginer.

Très peu de médecins écrivains reconnus à l'heure actuelle en France mènent cette double vie, et les deux activités de front. Soit la médecine a été arrêtée, soit les écrits restent silencieux. La plupart attendent la retraite pour écrire. Dans la pratique, le temps consacré à la médecine se heurte à celui consacré à l'écriture. Comment osciller de l'un à l'autre ? Ceci est très variable pour chaque médecin et selon les périodes de la vie.

Les deux écrivains - fantasmé et réel - existent et cohabitent. La réalité matérielle, à laquelle se confronte l'homme qui écrit, ne peut être gommée (la vie sociale, le respect des règles, des horaires, les interruptions auxquelles sont soumis les écrivains par autrui, le téléphone, conditions financières, vie de famille, subvenir aux besoins primaires, manger, boire, dormir, se vêtir etc.) ; elle interfère dans l'acte et le travail de création. Le processus de

création est interrompu régulièrement. L'homme ne peut effacer la réalité et l'incidence qu'elle peut avoir sur son œuvre. D'autant plus s'il est médecin. Alors comment fait-il ?

Nombreux sont les écrivains qui s'isolent au fond d'une maison de campagne ou, plus souvent, dans leur bureau. Le créateur doit s'abstraire de son milieu pour écrire.

Le médecin écrivain porte d'autant plus cette contradiction en lui qu'il est un homme fortement soumis à la réalité et à une réalité de la maladie et de la mort, qui n'est pas celle du quotidien de tout à chacun ; il n'est pas de loisir ou d'échappatoire face à la maladie et aux patients qui souffrent. Le médecin les affronte. Alors comme nous le dit un médecin : « [...] De l'écoute attentive et prolongée, il doit bien y avoir une issue pour drainer le trop plein ! »

Même si l'écart intellectuel entre les deux activités est diminué par cette recherche commune de vérité et d'histoire, il nous semble que la capacité d'abstraction dont doit faire preuve le médecin qui écrit, ne peut avoir lieu qu'en alternance avec la pratique médicale. Certains médecins nous décrivent une sorte de perméabilité à ce qui les entoure, probablement acquise pendant les études, où le don d'observation écloit. A l'image de ce médecin, que nous avons déjà cité et qui nous dit écrire pendant les consultations. En fait, l'indisponibilité mentale est peu décrite par les médecins écrivains comme un frein à l'écriture. La sensibilité du médecin écrivain, que nous nommerons *perméable* et son écoute naturelle du monde lui permettent de passer de l'une à l'autre des activités sur le plan intellectuel sans trop de problème. Il apparaît que le contact si cru à la réalité exacerbe sa créativité artistique. S'autoriser à l'exprimer pendant la consultation en notant quelques mots permet « la régulation du contre-transfert »¹. Réaliser ceci en consultation nécessite une grande plasticité de l'esprit pour passer de l'autre à soi, puis à l'autre. En acceptant l'ouverture de son Moi profond, le médecin laisse sa sensibilité ne filtrer aucune émotion. La gestion immédiate de celles-ci évite alors probablement de nombreuses tensions, dénote une grande capacité d'empathie et son utilisation à bon escient, et permet, enfin, de conserver toute l'ampleur de ses compétences techniques. Le médecin *perméable* est celui qui a complètement intégré à sa pratique médicale le fait qu'il est lui aussi un homme, *libre de ne rien cacher de lui*. Ainsi, le médecin écrivain nous semble être plus sensible, de par son rapport à la parole et aux mots, à ce type de fonctionnement. L'usage de la littérature et de l'écriture lui permet alors de s'exprimer, dans son intégralité, en laissant parler l'homme qui est dans le médecin.

Finalement, cette situation est plutôt rare, et l'écrivain « fantasmé » ne reste que celui que le médecin écrivain voudrait être. Les médecins écrivains évoquent le plus souvent un sentiment de dissociation et de frustration face à l'articulation de leurs deux activités.

E -La théorie du dualisme

Parmi les médecins écrivains, Gottfried Benn, médecin allemand et poète du courant expressionniste du début du XX^{ème} siècle, explique qu'il accepte de jouer son rôle de médecin en société, mais, dans l'intimité, il est tout autre. Il ne peut lier les deux activités dans la pratique et sa vie quotidienne sur le plan matériel. Il nomme ceci « comme une division systématique et consciente de sa personnalité »². Cette dissociation quasi-schizophrénique est

¹ Gérard Danou, *Le corps souffrant*, op.cit., p.223

² Gottfried Benn, *Double vie* cité dans Bernard Lahire, *La condition littéraire, La double vie des écrivains*, op.cit., p.511

nécessaire à l'exercice correct de son métier de médecin, avec toute l'éthique que cela sous-tend, et à la pratique de l'écriture, lieu possible de l'expression de tous ses fantasmes.

« Une vie double, au sens où je l'entends théoriquement et où je la pratique en fait, est une division consciente de la personnalité, une division systématique et tendancieuse. »¹ Il lie la littérature à la médecine dans ses poèmes, où la médecine devient source d'inspiration et un sujet de fond.

La plupart des médecins écrivains se retrouvent dans cette problématique : accepter le rôle du médecin et vivre pour eux-mêmes dans l'intimité. C'est ce dont ils parlent, quand ils nous expriment le fait qu'ils considèrent les deux activités indépendantes. Ils ont scindé leur vie d'un point de vue pratique, afin d'être à la fois médecin et écrivain.

F - Le concept de suspicion

La parole dans le colloque singulier est souvent mise à mal et décriée. Il arrive fréquemment qu'on entende ce type de propos : « Ce docteur, il parle pas ! », « J'ai rien compris à ce qu'il a expliqué, mais je n'ai pas osé lui dire », « De toute façon, ce n'est pas la peine de lui demander, il n'a pas le temps et il dit rien » etc. etc.

La parole usurpée, la parole maudite, la parole absente, la parole technique sont présentes régulièrement dans le discours des patients et des médias, et des médecins ; il n'est pas facile de la quantifier et de l'objectiver dans les relations médecins-patients, mais il est sûr qu'elle y trouve malheureusement place.

Alors, en effet, quand ce mauvais usage de la parole de la part du médecin est sur toutes les lèvres et dans tous les esprits, comment ce même médecin ose-t-il prendre la parole pour écrire ? Saurait-il donc manier la littérature et les mots, alors qu'il ne prend pas le temps de le faire en consultation ? La question se pose et interroge. Le médecin ne sait pas parler, mais il sait écrire ? Ne serait-ce pas la même chose ?

La parole devient suspecte, critiquée. Elle est attendue, mais doit être parfaite. Du médecin qui explique trop et de façon technique au médecin qui ne parle pas, il existe d'innombrables variantes de la parole. Il n'est pas dit, de plus, qu'un médecin qui a réussi à communiquer avec un patient particulier, puisse le faire à nouveau avec le patient suivant. Rien n'est plus fluctuant que la parole. Et quand ces mêmes médecins osent écrire, dire, parler, être publiés, ils en deviennent tout à coup extrêmement étranges, suspects, bizarres et iconoclastes, comme le constate Jean-Christophe Rufin : « Lorsqu'un médecin écrivait au début du XX^e siècle, il le faisait avec, sous les yeux, de grands modèles. De Céline à Henri Mondor, de Tchekhov à Georges Duhamel, la présence des médecins dans toutes les formes de littérature les rendait légitimes. La rupture avec la culture n'était pas encore consommée. Aujourd'hui la médecine, on l'a vu, est devenue science et technique ; elle a chassé de sa formation toute référence aux humanistes. Aussi le médecin qui prend la plume a le sentiment d'être un aventurier qui s'avance hors de son domaine, mal équipé, sans boussole et destiné à rencontrer des tribus hostiles. »²

¹ Gottfried Benn, *Double vie* cité dans Bernard Lahire, *La condition littéraire, La double vie des écrivains*, op.cit., p.511

² Jean-Christophe Rufin, *Un léopard sur le garrot*, Gallimard NRF, Paris, 2008, p.211

En cinquante années, nous avons perdu l'usage de la parole. Le médecin écrivain est la preuve vivante que les médecins savent écrire. Et s'il n'écrit pas comme porte-« parole », malgré lui, il devient responsable de tout ce que les autres médecins disent ou ne disent pas. Dans une lettre que le Professeur Pascal Hammel nous envoie, nous réfléchissons donc sur la remarque suivante : « En effet, le professionnel de santé, exposé à ses patients et vécu comme un érudit rassurant, peut-il se lâcher à parler des sentiments humains – amour, haine, orgueil... dans des registres hors champ médical ? » L'homme médecin est aussi soumis à la représentation collective. Alors, comment fait-il pour être aussi un écrivain ? La solution serait-elle de se dédoubler comme Gottfried Benn, ou bien de prendre un pseudonyme ?

Parce qu'en un demi siècle, la technicité et les progrès scientifiques ont fait de telles avancées qu'ils ont pris et plié la médecine dans leur poche en la réduisant au silence, les médecins sont à quia. « De ce que le médecin devrait faire et être aux yeux du public, on induit la différence de ce qu'il fait et de ce qu'il est dans la réalité de sa personne privée. Et cette bipolarité, positive en surface et négative en profondeur, révèle la cassure entre l'image idéalisée du personnage public et la réalité plus sordide de la personne privée. »¹

Un médecin écrivain nous explique que, pour lui, écrire, c'est « compenser le manque de communication de plus en plus évident entre médecin-patient lors de la consultation (place prise par l'administratif, ordinateur, traçabilité...) ».

Il ne faut pas oublier qu'en premier lieu, le malade raconte avec des mots et toute sa subjectivité, son histoire. Le médecin l'écoute, puis il se formule en mots les différents signes cliniques, afin de réfléchir au problème posé par son patient ; enfin il ouvre la bouche pour donner une parole adaptée au discours et à la compréhension du patient. Les mots sont le support de cette parole, qui doit reposer sur un langage commun. Deux discours (et deux sémiologies, selon Barthes²) cohabitent et se complètent, mais aucunement ne s'annulent : celui médical et scientifique du médecin et celui littéraire du patient, qui narre son histoire. Il appartient au médecin de manœuvrer avec habileté entre ces deux formes discursives lors de l'exercice délicat de l'anamnèse, puis de l'annonce du diagnostic, de la thérapeutique à suivre et enfin du pronostic. La même maladie est donc envisagée selon deux points de vue différents, mais non opposés. Ce qui fait dire ailleurs à Paul Ricoeur : « La souffrance de l'être malade appelle le récit ». ³

Devant cette situation, la parole se doit d'être enseignée, transmise aux étudiants avec les supports pour y réfléchir, afin qu'ils puissent trouver eux-mêmes la manière d'exercer leurs propres « humanités » médicales.

¹ Noailles-Pizzolato C., *Littérature et médecine : des arts comparables?*, op.cit., p.120

² Roland Barthes, *L'aventure sémiologique*, Seuil/Points, Paris, 1985, p.275-276

³ Paul Ricoeur cité dans Danou G., Olivier A., Bagros P., *Littérature et médecine*, Ellipses, 1998, p.5

VII - Enseignement artistique et littéraire en médecine

Ailleurs, les facultés de médecine amènent d'autres points de vue et d'autres objectifs : « A Kansas City (Missouri), les étudiants admis en médecine après quatre années d'université reçoivent, en cadeau de bienvenue, un fort volume intitulé *On Doctoring* (« Sur le soin »). Anthologie de textes littéraires consacrés à la maladie, au soin, à la vie et à la mort, elle contient des textes de la Bible, mais aussi de Jorge Luis Borges, Franz Kafka, William Carlos Williams, Anton Tchekhov, Margaret Atwood, Kurt Vonnegut Jr, Pablo Neruda, Conan Doyle et de médecins écrivains contemporains connus et respectés hors de France, tels Abraham Verghese et Jack Coulehan. On offre ce livre aux étudiants, explique le médecin responsable de l'enseignement, « *parce qu'ils en apprendront plus sur le soin dans la littérature que dans les livres de pathologie où l'on n'apprend que la médecine* »¹. Dans cet article, Martin Winckler nous explique également qu'en Allemagne, les étudiants participent à des groupes Balint pendant leurs études. Au Pays Bas, tous les trimestres, les étudiants sont invités en réunion à faire le point des difficultés qu'ils ont rencontrées et à discuter de leurs conditions d'apprentissage.

Rappelons l'injonction de lecture suivante :

« Étudiant, mon ami, comment peux-tu apprendre ton art sans cet art, comment équilibrer ta tête à statistiques si tu n'amènes pas l'autre à entrer dans les humanités ? Les grands écrivains travaillèrent pour toi. Depuis l'aurore de la parole, ils traitent, comme toi, du problème du mal, dans le même cadre que toi, la singularité blessée, si pathétique qu'elle oublie même qu'elle va mourir.[...] La culture t'apprendra donc la médecine, mieux que l'amphithéâtre, car ces auteurs explorent et décrivent des expériences individuelles telles que tu les rencontreras inmanquablement et *qu'assurément tu les manqueras si, limité à la raison brute, tu restes un instruit inculte*. Le bon médecin tient ses deux têtes pleines et bien faites. »²

Il n'est évidemment pas certain que l'enseignement artistique ait sa place dans les études de médecine, mais il est sûr que cela pourrait aider une majorité d'étudiants à réfléchir sur eux-mêmes et les relations avec leurs patients. Les plus chanceux d'entre nous ont bénéficié d'enseignements de sciences humaines obligatoires, depuis quelques années, lors de la première année des études, et après ? Selon les facultés, il existe des enseignements plus ou moins optionnels de communication, d'éthique, de philosophie, d'histoire de la médecine, d'anthropologie, voire de sociologie. Par exemple, en première année, le module de sciences humaines est « bachoté » avec les autres matières plus scientifiques et fondamentales. Même si les enseignants insistent sur le fait de vouloir « donner les clefs du métier de médecin aux étudiants afin de leur faire savoir où ils s'engagent [...] » et qu'ils insistent sur le fait que « la pratique de l'argumentation et du débat permet aux étudiants de prendre un recul rare dans leur formation. »³, il semble que ce module soit beaucoup plus apprécié à partir de la deuxième année. Mais ce type d'enseignement disparaîtrait plus ou moins pendant le reste de

¹ Martin Winckler, *Médecins sous influence*, Le monde diplomatique janvier 2004, document électronique

² Michel Serres, *L'éducation médicale vue par un philosophe*, Pédagogie médicale, 2006, volume 7, p135-141, p.141

³ Céline Lefève et Françoise Blanchet-Benqué, *Les sciences humaines et sociales en faculté de médecine*, Revue Pratiques 2007 (26), p.13

l'externat et de l'internat. Il ne se retrouverait qu'assez ponctuellement dans les cours transverses ou sous forme de certificat comme le certificat optionnel d'histoire et de philosophie à la faculté de Bichat-Lariboisière. « L'inscription et l'importance des sciences humaines dans le concours d'entrée sont fondamentales, mais c'est à présent dans le 2^{ème} cycle qu'un développement est souhaitable. »¹ Un médecin nous écrit ceci : « L'histoire de la médecine aide à mieux comprendre les pratiques médicales et l'image de la médecine dans la société. »

N'est-ce pas aux études de médecine de nous enseigner l'homme dans sa globalité et sa réalité psycho-socio-environnementale ? Nous faudrait-il forcément aller chercher ces informations dans les autres facultés ? D'autres disciplines sont nécessaires à la compréhension de l'être humain, de ses rouages et mécanismes, de ses ressorts autres que définis comme physiologiques, anatomiques ou psychologiques. Mais les étudiants ont-ils vraiment le temps, la curiosité, l'espace intellectuel pour s'interroger sur autre chose que sur une médecine qui réclame de plus en plus de techniques scientifiques et nécessite d'ingurgiter une somme de connaissances farineuses pour comprendre les fonctionnements de l'organisme humain ?

Citons ce médecin écrivain psychiatre : « A 18 ans, je ne savais pas trop que faire dans la vie, si ce n'est écrire... j'ai donc choisi les études de médecine avant tout car elles étaient longues, et que cela reportait à plus tard mon entrée dans la vie active ! Je fus en cela induit en erreur lors d'une visite aux portes ouvertes de la fac' où une étudiante de deuxième année m'avait dit que durant les études on avait malgré tout encore « du temps libre »... Ah ! l'arnaque !! »

Les étudiants apprennent un savoir morcelé et ne font le lien qu'à la fin. Comment pourraient-ils facilement réussir à faire la synthèse de l'homme sans mettre de chaque côté, chaque organe, et sans considérer toutes les autres facettes de l'homme autrement que comme des facettes ? Certains étudiants sauront être autodidactes, d'autres non.

Si certains savent trouver des chemins de traverse pour s'échapper et développer leur humanité, d'autres ont besoin d'une aide sur une autre ouverture. Il est nécessaire d'apprendre à avoir une réflexion éthique, philosophique face à ses patients, afin de penser le patient.

« Penser la médecine peut et doit se faire sous plusieurs angles.[...] Privilégier la philosophie a peut-être un sens vis-à-vis de la nécessité de penser à la fois les discours et les pratiques, de scruter la conceptualité, d'interroger les représentations. »²

« On le voit, ce qui est requis d'un enseignement des sciences humaines en médecine n'a rien à voir avec un vernis culturel qui permettrait de compléter la formation universitaire du bon docteur humaniste. C'est bien plutôt un combat contre les formes d'obscurantisme médical qui prétendent réduire le sujet à la mesure quantitative des paramètres biométriques. »³

Les sciences humaines doivent pouvoir apporter un éclairage sur l'utilisation que nous faisons des sciences en médecine. Une conception totalement réductrice serait de positionner toutes les facettes en opposition, en particulier, en plaçant l'une contre l'autre les compétences techniques requises en médecine et l'apprentissage des compétences humaines.

¹ Jean Marc Mouillie, *La philosophie ou l'apprentissage de la critique*, Revue Pratiques, 2007 (26), p.17

² Ibid., p.15

³ Christiane Vollaire, *Pour un usage authentique de la raison*, Revue Pratiques, 2007 (26), p.22

Par ailleurs, appliquer le principe de l'"evidence based medicine" aux sciences humaines réduirait considérablement le champ de réflexion dans ce domaine.

« Il faut que la formation ne soit pas un effort supplémentaire, mais une aide, une reconnaissance, et les sciences humaines non seulement une nécessité, mais aussi une chance. »¹

VIII – Une certaine éthique de l'*histoire*

A – Le récit du point de vue du patient

Environ 70% des patients sont au courant de l'activité littéraire de leur médecin. Le médecin ne semble pas en mesure d'évaluer le retour que lui font ses patients sur leur relation mutuelle. Certains médecins nous spécifient que cela attise un peu la curiosité des malades. Un médecin s'interroge sur « peut-être une certaine aura vis-à-vis des patients : "Alors, docteur, quand allez-vous publier un autre livre ?" ». Il y a une gratification de la relation par le prestige échu au médecin (Tableaux 35 et 35 bis).

La plupart du temps, le médecin ne demande pas à ses patients d'écrire sur eux ou leur histoire (Tableau 36) ; il prend le parti de ne pas parler de ses patients, ou de les évoquer en transformant la réalité. Un femme généraliste s'explique : « De toute façon, je m'oblige à être très elliptique dans ma façon d'évoquer mes patients. Je ne cite qu'un instant de l'interaction avec moi – ou alors c'est quelques lignes. La revue est dans la salle d'attente.[...] Je me débrouille pour parler de la situation, mais pas de la personne...un patient immigré qui me regarde dans les yeux en consultation, mais qui baisse pudiquement les yeux pour me dire au revoir... »

Quand le médecin demande l'accord du patient pour pouvoir écrire sur lui, la relation ne s'en trouve pas modifiée d'après ce que peuvent en évaluer les médecins qui ont répondu à cette question (Tableau 36bis).

Nous pensons, malgré tout, que la relation change forcément un peu ; ne serait-ce que parce qu'aux yeux du médecin le patient a pris une nouvelle dimension. Le patient se trouve flatté d'une telle reconnaissance. Y a-t-il une modification de la relation de confiance ? C'est au médecin de rétablir alors l'équilibre au sein de la relation, et de faire en sorte que ce nouveau rapport ne soit pas délétère pour le patient et son projet de soin.

Par ailleurs, nous voyons que 21,9 % des patients se sont déjà reconnus dans une œuvre écrite par leur médecin et 78,1% ont eu une réaction positive en découvrant leur histoire (Tableau 37 bis). Mais il nous est impossible de conclure à un quelconque bénéfice de cet échange pour le patient et la relation de soin ; il est évident que chaque situation est unique.

Une femme médecin nous dit à ce sujet : « La relation est certainement enrichie, les patients se disaient apaisés quand ils écoutaient mes chansons. »

¹ Éric Gallam , *L'injonction de la perfection*, Revue Pratiques, 2007 (26), p.49

Aux États-Unis, où le fait de publier les histoires de ses patients est une entreprise courante, il faut rappeler des cas de poursuite judiciaire du médecin par le patient s'étant reconnu dans un article ou un livre. Quelques règles d'éthique, de confidentialité, d'honnêteté vis-à-vis du patient sont toujours à observer. En particulier, le patient à qui l'accord a été demandé, doit pouvoir avoir accès à la relecture du manuscrit et y opposer son droit de veto, s'il le désire.

Bien des histoires qui sont confiées aux oreilles du médecin, pourraient facilement faire l'objet de romans, sans aucun ajout ayant déjà les ressorts nécessaires d'un récit, mais dans ce cas, très réels ...cela appartient-il uniquement au colloque singulier ? Faut-il le raconter, le mettre en mots au risque de s'y perdre, d'agrémenter ou enlaidir la réalité selon les besoins, au risque de faire souffrir encore plus les malades et leur entourage parfois, si malgré l'anonymat, ils s'y reconnaissent ou croient s'y reconnaître ?

Il est évident dans cette situation que les exigences du médecin se heurtent aux envies de l'écrivain, mais le secret médical doit être préservé.¹

Par ailleurs, la communication écrite entre médecin et patient est très usitée par environ un tiers des médecins écrivains (Tableau 38). Il semble qu'elle améliore la communication. Les praticiens nous expliquent que cette correspondance commence à se faire avec internet, en particulier avec des patients invalides ou en fin de vie.

Faut-il pour autant faire de la littérature, du récit, avec pour matériau des histoires vraies ? Pour certains médecins, « on n'emprisonne pas un malade dans un récit, dans un art ». Les histoires n'appartiennent qu'à ceux qui les ont vécues ; de ce fait, certains médecins n'envisagent pas l'écriture d'un livre de témoignages ou de mémoire. « Le médecin voit beaucoup d'individus et vit des situations émouvantes. Mais la littérature, pour moi, est un art, la création d'un univers. Elle n'est pas un compte rendu opératoire. »

B - Le concept de *Narrative Medicine*

Le concept de *Narrative medicine* n'est absolument pas connu des médecins écrivains français (Tableau 24) ; nous pouvons extrapoler qu'il n'est peu connu en France, de façon générale. Et quand il est connu, il n'est quasiment pas utilisé (seulement 1,8% des personnes interrogées l'utilisent).

L'éthique narrative est un courant de pensée qui se développe en France dans les années 1990. Il est issu d'un autre courant nord-américain, la *Narrative medicine*, née dans les années 70. Son principe est de considérer que la littérature, en général, et sa pratique évitent d'enserrer une maladie ou un patient (mais parfois par abus de langage, il s'agit bien de la même idée) dans un corpus uniquement médical, mais permettent de le transgresser en exprimant ce que le discours scientifique ne dit pas.

« Accéder au récit de l'autre, ce n'est pas s'intéresser à l'énumération des événements qu'il relate : plus essentielle que cette dimension épisodique du récit, la dimension narrative réside dans la façon dont ces expériences sont réorganisées dans la temporalité du sujet : ce n'est pas l'ordre chronologique qui importe, mais l'inscription de l'histoire dans une existence

¹ Coulehan J., Hunsaker A., *Keeping Faith : Ethics and the Physician-Writer*, American college of Physicians, 2003, 139(4) : 307-311

chargée d'un passé et tendue vers l'avenir; en l'occurrence, pour le malade, vers la perspective d'un projet de soin. »¹

De nombreux travaux sont proposés aux étudiants des facultés américaines, afin de développer la littérature au sein des études médicales. Voici les cinq raisons qui conduisent à enseigner la littérature et le principe de *Narrative medicine*² :

- aider les médecins à comprendre ce qui se passe dans la vie des patients, car le texte littéraire mobilise le savoir narratif,
- permettre aux médecins et aux étudiants d'augmenter leurs aptitudes narratives,
- développer la capacité à interpréter avec précision les textes médicaux,
- aider à développer l'empathie,
- aider les médecins à mieux se connaître et à développer leur capacité de réflexion.

La pratique d'une activité artistique ne peut qu'aiguiser les sens, éveiller la sensibilité, donner de l'acuité à l'observation et à l'empathie.

La littérature est un moyen simple et accessible pour comprendre les mécanismes de l'homme malade au travers des nombreuses facettes de ce prisme. Les histoires, lues ou racontées, permettent de prendre en compte les détails importants de l'homme malade, souvent non perçus dans la réalité ou considérés comme mineurs, par notre œil de médecin exercé à trier les informations objectivant uniquement notre pratique médicale.

Conclusion sur une pratique de l'imaginaire :

« Il arrive ainsi que des personnes que je soigne incarnent, à travers leurs propos, davantage que leur propre histoire et deviennent des personnages. Personnages d'un conte, d'un mythe, d'un roman. De la même façon, il arrive que les personnages des romans que je lis et les émotions qui les habitent me restituent en un éclair des personnes familières reçues dans la salle d'attente, qu'ils viennent nourrir de façon souterraine les échanges que j'ai avec mes patients. En partant de la fiction pour traverser ma salle d'attente, puis en retournant à la fiction, je n'ai fait que suivre le mouvement de mon esprit où se font et se défont, dans la confusion, les mélanges qui produisent les sens. Les écrivains ont souvent nommés les instants que je traverse à tâtons, dans l'ignorance de ce que j'explore.[...]

Sans la littérature, je serais simplement un médecin plus pauvre. Un médecin plus démuné pour penser ce qu'il fait. Plus pauvre de mots, de rêves, de capacité à recevoir et à transmettre, à pénétrer des univers qui me sont étrangers, à voyager de la réalité du corps physique à ce corps remodelé par la parole qui est tout autant l'objet de la médecine que le corps des organes. »³

¹ J.M.Mouillie, *Médecine et sciences humaines, manuel pour les études médicales*, op.cit., p.185

² Rita Charon, *Reading, Writing, and doctoring : Literature and medicine*, The American Journal of the Medical Sciences, 2000, 319(5) : 285-291

³ Noelle Lasne, *Une pratique de l'imaginaire*, Revues Pratiques, 2007, 26, p.40

Conclusion

Au travers de l'éthique et de son humanisme médical, le médecin écrivain s'interroge sur la réalité des individus dans leur relation à la santé et à la maladie. Il oscille en permanence de lui-même à son patient et de son patient à lui-même. Le médecin s'engage à répondre aux exigences médicales de ses patients, sans gommer leurs désirs complexes, inavoués, variables d'un instant à l'autre. Le corps n'est plus envisagé uniquement comme mécanique pure, littérature et écriture trouvent leur place, afin de l'aider à absorber en globalité l'histoire et le vécu de ses patients. Les médecins écrivains se heurtent plus que tout autre à la matérialité de cette cruelle réalité, qui se fond en *crualité*. Chaque médecin écrivain pense son expérience singulière ; cependant leurs similitudes nuancent fortement leur conception individualiste. Si l'écriture devient un métier pour certains, elle se doit de rester pour tous les autres un témoignage de leur absolue richesse et de leur profonde humanité. Ce qui relie le médecin à l'écrivain, et l'écrivain au médecin, est l'homme lui-même dans son équation originelle.

Dès lors, c'est cette même sensibilité aux mots et aux maux qui va pousser le médecin écrivain dans une double voie. Par un étrange pouvoir libérateur de l'angoisse, les mots inscrits sur la page blanche vont lui rappeler qu'il est un *homme parmi les hommes*.

La littérature lui fait appréhender toutes les faces du prisme humain, le convie à sa propre finitude au travers de celle des autres, réels ou issus de son imagination. Elle emplit les lacunes du discours médical, dans une logique de complémentarité.

Enfin, le recours à la littérature (avec la *Narrative Medicine* ou, plus simplement, avec la lecture), et plus généralement aux arts, peut permettre aux étudiants en médecine de ne plus être une tête « bicéphale », mais d'inclure en profondeur l'empathie et l'expression de leur sensibilité au sein de leurs futures pratiques médicales, afin de devenir des médecins *perméables* aux autres. Il s'agit d'incorporer à soi la « science du vivre » dont nous parle Gérard Danou.

Laissons parler notre plume,

Crisser les sons,

Sonder l'écrit...

Parce que carpe et tarse

ne font que des méta-diems

et des tas de dilemmes

D'épée je reste carpe,

Muette, la bouche en O.

Bibliographie

Nosographies :

ANZIEU Didier,
Le corps de l'œuvre,
Gallimard NRF, Paris, 1981. 377 p.

AYER Ariane, CLEMENT Thierry, HÄNNI Christian,
Revue de la relation patient-médecin, état des lieux
RAPPORT IDS, UNIVERSITÉ DE NEUCHÂTEL
Genève, 2003. 134p.

BAGROS Philippe, OLIVIER Annie et DANOU Gérard,
Littérature et médecine,
Paris, Ellipses, 1998. 157 p. (collection sciences humaines en médecine)

BALINT Mickaël,
Le médecin, le malade et la maladie,
Petite bibliothèque Payot, Paris, 1972. 422 p.

BARTHES Roland,
Roland Barthes par Roland Barthes,
Le Seuil, Paris, 1995. 169 p. (2^e éd.)

BARTHES Roland,
L'aventure sémiologique
Éditions du Seuil, Paris, 1985. 360 p.

BLANCHOT Maurice,
L'espace littéraire,
Gallimard, Folio essais, Paris, 1955. 376 p.

CANGUILHEM Georges,
Études d'histoire et de philosophie des sciences : concernant les vivants et la vie
J.VRIN, Paris, 1983, 430 p.

CARLINO Andrea, WENGER Alexandre
Littérature et médecine Approches et perspectives (XVI^e – XIX^e siècles)
Genève : Publications de l'université de lettres de Genève, 2007.- 288 p. (Recherches et
Rencontres, vol. 24)

CHASSANG Arsène, SENNINGER Charles,
La dissertation littéraire générale Littérature et création (tome 1),
Hachette Supérieur, Paris, 1992. 606 p.

CHÉREAU Achille,
Le Parnasse Médical ou dictionnaire des médecins poètes de la France,
Delahaye Éditions, Paris, 1874. 552 p.

CHERTOK Léon,
La relation médecin patient,
Institut d'édition sanofi-syntelabo, Paris, 2000. 424 p. (collections les empêcheurs de penser en rond)

CLAUDON Francis,
Les grands mouvements littéraires européens,
Nathan Université, Paris, 2004. 127 p.

COLLOQUE DE CERISY (1994 : Cerisy la salle)
Lorand Gaspar Transhumance et connaissance, biographie, bibliographie.
Paris : Éditions Jean Michel Place, 1995. - 356 p.

COLLOQUE ORGANISÉ PAR LA BIBLIOTHÈQUE PUBLIQUE D'INFORMATION
(2000 : Paris)
Littérature et médecine, ou les pouvoirs du récit / publication par Gérard Danou
Paris : BPI : 2001.- 302 p.

COMBE Dominique,
Les genres littéraires,
Hachette, Paris, 1992. 175 p.

D'ALL AVA SANTUCCI Josette,
Des sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins
Éditions Calmann-Levy, Paris, 1989. 266p.

DACHEZ Roger,
Histoire de la médecine de l'antiquité au XX^{ème} siècle,
Tallandier, Paris, 2004. 635 p.

DANOU Gérard,
Le corps souffrant, littérature et médecine, L'Or d'Atalante,
Champ Vallon, Seyssel, 1994. 288 p.

DARMON Pierre,
Le médecin parisien en 1900, La vie quotidienne,
Hachette Littératures, Paris, 2003. 330 p.

DELBAT Jean-Luc,
Le guide LIRE de l'écrivain,
l'Archipel, Paris, 1998. 285 p

DELUSSEAU Louis,
APHP ou Le voyage de l'été,
ENS Éditions, Paris, 1996. 136 p.

FISHER Louis-Paul,
Le bistouri et la plume, Les médecins écrivains,
l'Harmattan, Paris, 2003. 449 p.

HALOUÏA Bruno,
Histoire de la médecine,
Masson Abrégé, Paris, 2^e éd., 2004. 272 p.

HAMON Hervé,
Nos médecins
Éditions du Seuil-Points, Paris, 1994. 394 p.

LAHIRE Bernard,
La condition littéraire, la double vie des écrivains,
La Découverte, Paris, 2006. 620 p.

LANDOLO Constantino,
Guide pratique de la communication avec le patient. Techniques, arts et erreurs de la
communication,
Masson, Paris, 2006. 192 p.

LORAND Gaspar,
Approche de la parole suivi de Apprentissage avec deux inédits,
Gallimard, Paris, 2004. 316 p.

MONTANDON Alain,
De soi à soi, l'écriture comme auto-hospitalité,
Presses universitaires Blaise Pascal, Clermont Ferrand, 2004. 284 p.

MOUILLIE Jean Marc , LEFEVE Céline , VISIER Laurent,
Manuel pour les études médicales, médecine et sciences humaines,
Les Belles Lettres, Paris, 2007. 667 p.

NARVAEZ Michèle,
A la découverte des genres littéraires,
Ellipses, Paris, 2000. 192 p.

RABELAIS François,
Pantagruel,
Gallimard NRF, 1994. 1801 p. (collection La Pléiade)

RABELAIS François,
Pantagruel,
Folio Classique, Saint Armand sur Cher, 2006. 448 p.

RABELAIS François,
Gargantua,
Folio Classique, Barcelone, 2005. 444 p.

ROMAINS Jules,
Hommes médecins machines,
Flammarion, Paris, 1959. 250 p.

RUFIN Jean-Christophe,
Globalia,
Edition Roman Gallimard, Paris, 2004. 495 p. (collection blanche)

RUFIN Jean-Christophe,
Un léopard sur le garrot, chroniques d'un médecin nomade,
Gallimard NRF, Paris, 2008. 284 p.

SOURNIA Jean Charles,
Histoire de la médecine,
La découverte/poche, Paris, 1997. 358 p.

TATE Peter,
Soigner sa communication : la relation médecin- malade,
éditions de Boeck, Paris, 2005. 225 p.

VANNOTTI Marco,
Le métier de médecin. Entre utopie et désenchantement,
Médecine et hygiène, Chêne-Bourg, 2006. 251 p.

VIALA Alain,
Naissance de l'écrivain, Sociologie de la littérature à l'âge classique,
Minuit, Paris, 1985. 319 p. (collection Le sens commun)

Dictionnaires et encyclopédies :

Dictionnaire de Citations de la langue française, Jean Pruvost,
Édition bordas, Paris, 2007.

Dictionnaire Le Petit Robert,
Le Robert édition, Paris, 2003.

Dictionnaire Le Nouveau Petit Robert,
Le Robert édition, Paris, 2000.

Dictionnaire Culture de la langue française,
Le Robert édition, Paris, 2006. (3^{ème} éd.)

Encyclopaedia Universalis, DVD- ROM, version 9

Thèses :

AGA, Daniel

Les médecins-écrivains, l'apport de la médecine à la littérature.-42 p.

Th : Méd. : Paris : 1942 ; 220

DEBROIZE, Jean-Philippe

La théâtralité dans la relation médecin-patient : enjeux thérapeutiques et pédagogiques du jeu des représentations.-59 p.

Th: Méd. : Rennes1 : 2007 ; 48

MALAREWICZ, Julien

La place du courrier électronique dans la communication entre le médecin généraliste et la patient.-71 p.

Th : Méd : Paris 5 Descartes : 2008 ; 67

Articles :

BOUCAND M.H.

Le corps mal-entendu,

Revue vie chrétienne, 2007, 502, 64-69

CHARON Rita,

Reading, Writing, and doctoring : Literature and medicine,

The American Journal of the Medical Sciences, 2000, 319(5) : 285-291

COULEHAN j.,HUNSAKER A. ,

Keeping Faith : Ethics and the Physician-Writer,

American college of Physicians, 2003, 139(4) : 307-311

DRÈZE C.,

Anton Tchekhov, médecin humaniste et écrivain universel,

Louvain Med., 2001, 120, 224-232

FRAGU P.

La relation médecin-patient : histoire d'une transformation.

Ethique et santé, 2004, 1, 26-31

LARSON E. B., YAO X.,
Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship,
JAMA, 2005, 293(9), 1100-1106

NOAILLES-PIZZOLATO C.
Littérature et médecine : des arts comparables ?
Ethique et santé, 2005, 2, 117-124

Place des sciences humaines dans le soin
Cahiers de la médecine utopique, Revue Pratiques, 2007, 26, 96 p.

POTTER, MAC KINLAY,
From a relationship to encounter : an examination
Social science and medicine, 2005, 61(2), 465-479

SERINI D.
Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire : une charte pour les praticiens.
Pédagogie Médicale, 2004, 5, 43-45

SERRES M.
L'éducation médicale vue par un philosophe
Pédagogie médicale, 2006, 7, 135-141

STEPJEN K.A., BAERNSTEIN A.
Educating for empathy, a review,
JGIM, 2006, 21(5), 524-530

WILDMER D.,
Petite histoire de la subjectivité médicale,
Primarycare, 2001, 1, 138-143

Sites internet :

www.ecrivains-medecins.com

www.conseil-national.medecins.fr

www.aphp.fr

www.doctoralia.fr

www.edition-harmattan.fr

www.odilejacob.fr

Liens URL :(consultés entre janvier et novembre 2008)

Anton Tchekhov, médecin humanitaire et écrivain universel :
<http://www.md.ucl.ac.be/loumed/CD/DATA/120/224-232.PDF>

Démographie médicale, spécialités en crise, situation au 1^{er} janvier 2005,
www.conseil-national.medecin.fr,

Jean Hamburger médecin écrivain de la révolte :
<http://www.md.ucl.ac.be/loumed/CD/DATA/118/89-100.PDF>

La Création littéraire et le rêve éveillé - Freud :
http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/essais_psychanalyse_appliquee/04_creation_litteraire/creation_litteraire.pdf

Le groupe Balint en quatre points
<http://www.balint-smb-france.org/present/index.htm>

Le groupe de pairs de la formation continue à l'évaluation des pratiques, un outil au service de la qualité, Société Française de Médecine Générale
http://www.sfmge.org/Publication/documents_recherche/59%20-%20GdPairs/GdeP%20un%20outil%20au%20service%20de%20la%20qualite9.pdf

Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire : une charte pour les praticiens
<http://www.pedagogie-medecale.org/index.php?option=article&access=standard&Itemid=129&url=/articles/pmed/pdf/2004/01/pmed20045p43.pdf>

Médecins sous influence - Martin Winckler, le monde diplomatique janvier 2004
<http://www.monde-diplomatique.fr/2004/01/WINCKLER/10693>

Règles du jeu, effets et enjeux des groupes de pairs comme procédure dans le soin, la formation et la recherche,
http://www.sfmge.org/Publication/documents_recherche/59%20-%20GdPairs/R%e8gles%20du%20jeu,%20effets%20et%20enjeux%20GdeP.pdf

ANNEXES

Laure Berthelot-Cabaret
9, rue de l'ensoleillée
17320 MARENNES
06 07 89 30 74
Résidente de médecine générale
Faculté de médecine de Nancy
laureberthelot@wanadoo.fr

Marennes, le 8 avril 2008

Cher confrère,

Je réalise mon travail de thèse de docteur en médecine sur les médecins-écrivains actuels en France. Le titre de ma thèse est : « le médecin écrivain poète en France de nos jours : caractéristiques et apport de l'écriture du médecin à la relation médecin-patient. »

Le Professeur Alain Aubrège me fait l'honneur de diriger mes recherches sur le sujet.

Le goût des lettres pour les médecins est de notoriété publique, malheureusement jusqu'à ce jour il existe très peu de données sur l'activité d'écriture des médecins d'aujourd'hui. Nous espérons par cette étude mettre en lumière la double expérience de la littérature et de la médecine ainsi que le lien qui les unit.

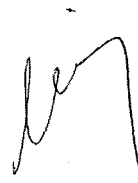
Afin de dresser un profil des médecins-écrivains, nous vous remercions par avance de répondre à ce questionnaire anonyme en le retournant à l'adresse suivante avec l'enveloppe ci-jointe avant le 30 avril 2008.

Tous les commentaires seront les bienvenus !

Cordialement.

Laure Berthelot-Cabaret

Professeur Alain Aubrège



Questionnaire

LE MEDECIN POETE ECRIVAIN EN FRANCE DE NOS JOURS : Caractéristiques et apport de l'écriture du médecin à la relation médecin-patient

Pour chaque question, plusieurs réponses peuvent être cochées.

1. Profession exercée :

- médecine générale
- spécialité. Laquelle ?:

2. Conditions d'exercice de la médecine :

- libéral(e) :
 - Si oui : - date d'installation :
 - type de cabinet : Seul
 - Groupe
- remplaçant(e)
- hospitalier
- médecine du travail
- clinique
- humanitaire
- dispensaire
- retraité
- sans
- autre :

3. Dans quel département exercez-vous votre activité médicale ?

4. Faites-vous actuellement partie d'un groupe de pairs ? Oui Non
d'un groupe Balint ? Oui Non

5. Connaissiez-vous le Groupement des Ecrivains Médecins (G.E.M.) ? Oui Non

Si oui,

• **Comment l'avez-vous connu ?**

- dans la presse médicale
- par une personne de votre entourage
- par votre éditeur
- par internet
- autre :

- En êtes-vous membre ? Oui Non

Si oui :

- Depuis quand ?
- Pour quelles raisons êtes-vous devenu membre ?
 - publication personnelle,
 - pour promouvoir votre littérature ou celle des autres,
 - pour échanger avec vos pairs,
 - pour participer aux prix littéraires,
 - autre :

6. Quel genre littéraire pratiquez-vous (à l'exclusion d'écrits scientifiques)?

- roman
- étude historique
- science-fiction
- nouvelles, contes
- autobiographie
- essai philosophique
- articles de journaux
- littérature enfantine
- pièce de théâtre
- scénario pour le cinéma
- poésie
- autre :

7. Avez-vous déjà cherché à être publié ? Oui Non

Si oui

- L'avez-vous été ? Oui Non
- Pour quel(s) ouvrage(s) ? (*facultatif*)

Si non, pour quelles raisons ? :

8. Avez-vous déjà participé à un concours littéraire ? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

9. Avez-vous déjà reçu un prix littéraire ? Oui Non

- Si oui, le(s)quel(s) ?
- En quelle(s) année(s) ?
- Pour quelle(s) œuvre(s) ? (*facultatif*)

10. Avez-vous déjà participé à un atelier d'écriture ? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) :

- en tant que participant
- en tant que formateur

Dans quel pays ? :

11. Connaissez-vous le concept de “ narrative medicine ” développé depuis plusieurs décennies aux U.S.A. ? Oui Non

Si oui, l'utilisez-vous : Oui Non

Si oui, cela vous aide t-il dans votre pratique quotidienne Oui Non

12. Conditions d'écriture

- **Où ?**

- n'importe où
- domicile
- lieu de travail
- lieux publics
- autre :

- **Quand ?**

- n'importe quand
- vacances
- jour
- nuit
- en période d'activité professionnelle
- autre :

- **Comment ?**

- papier / stylo
- ordinateur
- machine à écrire
- n'importe quel support
- autre :

- **Environnement :**

- seul
- entouré (famille, amis, confrères)
- ambiance musicale
- au calme
- autre :

13. Réservez-vous des jours ou des plages horaires en particulier dans votre semaine de travail pour votre activité d'écrivain ? Oui Non

Si oui, combien de temps ?

14. Depuis combien de temps écrivez-vous ?

15. Pensez-vous qu'une rencontre ou qu'un événement ait été à l'origine de votre activité littéraire ?

Oui Non

Si oui, laquelle ou lequel (*facultatif*) :

16. Avez-vous cessé votre activité médicale pour vous consacrer à l'écriture ?

Oui Non

Si oui, en quelle année :

Si non, dans quelles mesures envisagez-vous cette possibilité ?

17. Vous définissez-vous comme écrivain ? Oui Non

Si oui, selon quel(s) critère(s) :

- le simple fait d'écrire,
- le temps que vous consacrez à écrire,
- l'élaboration d'une œuvre littéraire,
- la publication de vos ouvrages,
- la reconnaissance par vos pairs,
- l'obtention d'un prix littéraire,
- la reconnaissance du public,
- autre :

18. Quels sont vos objectifs lorsque vous écrivez ?

- désir de parler de votre profession de médecin,
- vertu thérapeutique de l'écriture pour vous,
- activité de loisir indépendante de votre activité médicale,
- désir d'améliorer la relation médecin-patient en permettant la mise en mots de situations complexes,
- moyen d'expression plus facile que l'oral,
- autre :

19. Selon vous quel est l'apport de votre activité littéraire dans votre exercice médical ?

- changement de regard sur l'être humain en général,
- développement de l'empathie face à vos patients,
- meilleure communication avec vos patients,
- meilleure approche de la douleur,
- meilleure approche de la maladie,
- meilleure approche de la mort,
- autre :

20. Votre activité littéraire a-t-elle changé quelque chose dans vos pratiques médicales ?

- Oui Non

Si oui, de quelles façons ?

- compréhension facilitée de situations cliniques complexes ou difficiles,
- prise en compte de la globalité psycho-socio-environnementale des patients
- augmentation du temps dédié à vos patients,
- diminution du temps dédié à vos patients (celui-ci étant réservé à votre activité d'écrivain),
- meilleure écoute de vos patients,
- amélioration de l'adhésion au traitement et de l'observance de vos patients,
- augmentation de vos prescriptions médicales,
- diminution de vos prescriptions médicales,
- autre :

21. Quelles sont vos sources d'inspiration principales ?

- votre exercice médical,
- votre entourage proche,
- des événements publics, extérieurs,
- l'être humain en général,
- vos patients,
- vos confrères,
- vos lectures,
- vos connaissances médicales,
- vos études,
- vos rencontres (en dehors de l'exercice professionnel),
- les rencontres avec vos maîtres et patrons,
- l'art,
- autre :

22. Vos patients sont-ils au courant de vos activités littéraires ? Oui Non

Si oui, Trouvent-ils cela bénéfique :

- pour eux,
- pour vous,
- pour la relation que vous avez avec eux
- ne sais pas
- autre :

23. Vous est-il déjà arrivé de demander l'autorisation à vos patients d'écrire sur eux et leur histoire médicale ?

Oui Non

Si oui, leur approbation ou leur refus a-t-il modifié votre relation ? Oui Non
De quelle manière ?

24. Un patient à qui vous n'aviez pas fait part de votre travail a cru se reconnaître, ou s'est reconnu dans un de vos écrits :

- Quelle a été sa réaction ?

- Quelle a été la vôtre ?

- Cela a-t-il changé vos relations ?

25. Vous arrive t-il de communiquer par écrit avec vos patients (en dehors de transmission de résultats médicaux) ?

Oui Non

Si oui, cela facilite t-il vos relations ? Oui Non

26. Selon vous, les métiers d'écrivain et de médecin sont-ils compatibles ?

27. Au cours de vos études médicales, avez-vous reçu un enseignement :

- de culture générale
- d'histoire de la médecine
- de sciences humaines
- de littérature médicale
- de littérature générale.

• Si non, auriez-vous aimé recevoir ce type d'enseignement ? Oui Non

• Si oui, diriez-vous que cela vous a apporté quelque chose

- 1 dans l'exercice de votre profession médicale,
- 2 dans votre relationnel avec vos patients,
- 3 dans votre vie personnelle.

Pour chaque enseignement, entourez le ou les numéro(s) correspondant à l'apport procuré

- Culture générale 1 – 2 – 3
- Histoire de la médecine 1 – 2 – 3
- Sciences humaines 1 – 2 – 3
- Littérature médicale 1 – 2 – 3
- Littérature générale. 1 – 2 – 3

28. Nom-Prénom: (*facultatif*)

29. Date de naissance :

30. Sexe : Masculin Féminin

31. Situation familiale

- célibataire
- marié(e)
- divorcé(e)
- veuf (ve)
- pacsé(e)
- autre :
- enfants : nombre et âge (*facultatif*)

32. Loisirs :

- sport : si oui, le(s)quel(s) :
- voyages
- cinéma
- lecture, quel genre ? :
- musique
- peinture-dessin
- théâtre
- sculpture
- autre :

33. Diplômes :

➤ **Baccalauréat :**

- scientifique
- littéraire
- économique
- autre :

Année d'obtention :

➤ **Faculté de Médecine :**

- Lieu :
- Date de début des études médicales :
- Date de fin des études médicales :
- Année d'obtention de votre thèse :
- Votre thèse avait-elle trait à la littérature ? Oui Non

Si oui, titre de la thèse (*facultatif*) :

➤ **Autres diplômes ou titres universitaires, hospitaliers ou médicaux obtenus en parallèle :**

-
-
-

34. Etes-vous enseignant à la faculté de médecine ? Oui Non

Si oui pour quels thèmes de cours ?

35. Commentaires :

Je vous remercie du temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire.

Entretien avec Monsieur le Docteur Christian Lehmann Poissy - 2008

L: Vos études de médecine ont-elles constitué, à un moment donné, un frein à votre activité littéraire ?

C.L. : Pas du tout. J'étais un brillant étudiant en lettres et je n'étais pas très bon en matières scientifiques. Mes professeurs me disaient : « Tu devrais faire une carrière littéraire, tu finiras soit professeur, soit agrégé, soit diplomate et tu pourras écrire ... » Ils me faisaient une voie toute tracée. Les écrivains que j'aime, sont des gens qui ont fait autre chose, qui ont été dans la vie. J'ai eu mon bac, j'avais 16 ans, et j'avais une conscience très nette de ne rien savoir du monde. A quoi ça sert d'écrire, si c'est juste une sale manie, si on n'a rien à dire ?

Au départ, je savais à quel point c'était difficile de se faire éditer. Je ne pensais pas du tout que c'était réalisable. C'est une certaine forme de réalisme par rapport aux chances de réussir dans ce métier et puis, une certaine attention au fait qu'écrire, ce n'est pas juste écrire. C'est éventuellement dire quelque chose de ce qu'on a compris du monde. Moi, je n'avais rien compris du tout. J'ai donc considéré qu'il n'y avait pas d'activité littéraire en moi. J'aimais beaucoup lire, j'avais écrit quelques petits trucs de deux ou trois pages, j'aimais bien faire des rédactions et j'étais content que la maîtresse les lise, mais cela ne sortait pas de là.

J'ai fait médecine et pendant mes études de médecine, petit à petit, je suis devenu écrivain. Ce sont mes études de médecine qui m'ont fait écrire puisqu'elles m'ont forcé, très tôt, à avoir une vision du monde. Je pense qu'il est donné aux écrivains - pardon, c'est un lapsus- aux médecins de voir et de comprendre quelque chose du monde des humains, qui n'est pas donné aux autres hommes ou imparfaitement par bribes.

Nous, nous sommes obligés, hommes et femmes de plonger dedans. Certains d'entre nous se durcissent en s'en différenciant en disant : « Ça ne me touche pas, ce sont juste des patients » D'autres s'y enfoncent, font des dépressions, se suicident. D'autres, enfin, y trouvent matière à modifier quelque chose dans leur vie, à créer un art de vivre, à faire de la musique, à trouver une forme de réflexion et certains écrivent.

Et ce qu'ils écrivent a, à mon sens, une saveur particulière. Je ne dis pas que je peux discerner de loin le livre d'un écrivain médecin, mais si tu me dis qu'il est médecin, je vais voir des choses.

Ce sont des gens très divers, que cela soit Martin Winckler, Marie Didier, Céline, que cela soit dans l'œuvre d'autres artistes qui sont médecins comme David Cronenberg qui est réalisateur de cinéma ou d'autres, il y a un rapport au corps qui est très particulier.

Souvent on m'a dit : « On voit que vous êtes médecin », par l'utilisation de certains mots, d'une certaine façon de décrire comment le corps souffre, la façon dont on meurt etc. ... Qui utilise « torpide » de nos jours ? A part moi. Mais nous, nous savons très bien ce que ça veut dire torpide, tu peux l'utiliser pour autre chose qu'une plaie. Il y a un mode d'utilisation des mots, du langage et une description de certaines choses organiques qui n'existent, en gros, que chez nous.

L : C'est votre sensibilité à l'humain, dans votre profession de médecin, qui a développé votre écriture ?

C.L. : Oui, tout à fait. Pendant les études, on t'apprend à différencier une embolie pulmonaire d'une dissection aortique. C'est vachement intéressant, mais ce qui est intéressant c'est de savoir que cette embolie pulmonaire et cette dissection aortique arrivent chez quelqu'un qui existait là avant, et si tu te débrouilles bien quand même, aimerait bien exister après.

J'ai su très vite que j'étais incapable de faire l'internat. Je n'étais pas capable de me concentrer suffisamment par rapport à mes collègues qui étaient des vrais bourreaux de travail.

Moi, je m'intéressais au monde, je lisais des livres etc... J'ai fait des conférences pendant trois ou quatre mois puis j'étais submergé. Par contre, à la différence d'eux, au lieu de prendre le stage d'ophtalmologie ou le stage d'ORL où l'on vient deux fois pendant les six mois et où l'on fait semblant d'être là, j'ai fait des stages de réanimation, de cardiologie, des tas de trucs. Je me suis réellement impliqué.

Je suis devenu médecin malgré mes études et je suis devenu écrivain grâce l'hôpital.

L : Pensez-vous que la littérature puisse amener quelque chose aux étudiants dans la formation qu'ils pourront avoir de la relation soigné-soignant ?

C. L. : Je pense, mais encore une fois, je ne suis pas un intellectuel, je ne théorise pas, je suis un artiste. Bukowski disait : « Les intellectuels disent des choses simples avec des mots compliqués, les artistes essaient de dire des choses compliquées avec des mots simples. »

Quand on est étudiant, on nous demande à l'hôpital d'être un scribe, d'écrire une histoire : fiches administratives, antécédents, histoire naturelle de la maladie etc... C'est un roman, c'est une nouvelle. Si l'on voit le patient comme un être humain, on va écrire un beau dossier. Le but n'est pas d'avoir un beau dossier pour avoir un beau dossier. Mais on va être celui qui va expliquer au reste du staff ce qui s'est passé pour le patient, d'une manière si possible synthétique, vivante, qui donne envie aux autres, qui ont ce qu'on n'a pas : les connaissances théoriques, l'expérience, le sens clinique... A partir de là, ils vont pouvoir travailler, et ils vont nous savoir gré d'avoir fait notre part du boulot. [...] Les dossiers qu'on nous demande de faire, sont des œuvres littéraires, seulement la plupart des gens ne le savent pas. Maintenant qu'on les fait sur ordinateur, il y a encore moins de gens qui le savent, mais ce sont des œuvres littéraires.

Le reste du travail, ensuite quand on sera éventuellement médecin généraliste, c'est comment on entend ce que nous dit le patient. Fait-on attention à cette narration ? Or je crois qu'en France, on n'y réfléchit pas. En Amérique, il y a des cours de réflexion de *Narrative Medicine*, d'après ce que m'a expliqué Martin Winckler, alors que je ne l'avais jamais théorisé.

L : Aimerez-vous le théoriser ?

CL : Je le fais naturellement. Mon boulot, c'est la fiction et c'est la narration. Ça peut m'amuser énormément, par contre, de lire sur la dramaturgie ou la narration - parce que ça va nourrir ma capacité à écrire. Mais je n'ai pas eu le temps de le théoriser. Le temps que je passerais à le théoriser, je ne le passerais pas à écrire.

L : Et si vous aviez fait un autre métier que celui de médecin ?

CL : Je ne pense pas que j'aurais été écrivain, parce qu'il n'y a pas d'autres métiers où l'on puisse toucher les gens nus. Souvent, quand je vais dans les collèges, (parce que *No pasaran*¹ est un best seller, il est étudié partout,) je leur dis : « Quand j'avais votre âge, je voulais absolument toucher les gens nus ». Et évidemment, c'est à prendre au propre et au figuré.

Au figuré parce que je voulais toucher l'homme nu, c'est-à-dire face à la difficulté de certain choix, à la souffrance, au doute, à la maladie, non par voyeurisme. Je pensais que là, l'homme ou la femme se révélait. Je voulais toucher les gens nus parce qu'avant 1968, il est difficile d'imaginer le carcan de plomb dans lequel on vivait, en particulier sur le plan sexuel. Il faut comprendre que (je l'ai écrit dans un livre *Une éducation anglaise*² qui est un roman autobiographique) je suis arrivé à l'âge de 18 ans sans avoir jamais vu une femme nue, ni dans la maison, ni au cinéma, ni sur une affiche. On vivait dans un monde où Yvonne De Gaulle pouvait faire interdire un film ou un livre parce qu'il ne lui plaisait pas. [...]

On vivait dans ce monde là, Mai 68 nous a complètement libérés... avec des errances et des erreurs et tout, mais ça a modifié les choses.

Toucher les gens nus, quand j'étais adolescent, était super important. Je raconte dans *Une éducation anglaise* que ma tante m'achetait les bandes dessinées de Tarzan. Et en regardant Tarzan, je ressentais un émoi que je ne comprenais pas, qui était un émoi sexuel.

En fait, je n'étais pas attiré par les hommes. Est-ce que tu peux t'imaginer que Tarzan, c'était le seul corps humain que je voyais qui n'était pas vêtu. Aberrant ! Il y avait là pour moi un mystère. Je considère toujours aujourd'hui à 50 ans que c'est là un mystère de l'existence, la sexualité, l'acte charnel...ce que ça représente, ce que ça crée comme dissensions et comme liens entre les êtres humains. Je me disais, même s'il n'y a pas de sensualité ou de sexualité là dedans, je veux voir les gens nus. Je pense que c'est très important.

Céline dit dans la préface de sa thèse sur Semmelweis, que si souvent on dit du mal des médecins, c'est que les gens leur en veulent de connaître les secrets qu'ils ont.

Je pense qu'il a parfaitement raison. Les gens nous en veulent. C'est normal, je ne leur en veux pas. Ils savent qu'un médecin sait des choses ; et plus, nous les savons de manière sexuée. Les prêtres payent un prix pour ce qu'ils savent : la chasteté, le célibat, la souffrance que cela représente, le fait de cacher le sexe quand ils ont des relations sexuelles. Nous, on n'a pas besoin de ça, et de manière inconsciente, la société, nous en a longtemps voulu.

L : Selon quels critères vous définissez-vous comme écrivain ?

CL : Est écrivain, celui qui a eu le courage d'arriver au bout d'une œuvre. J'ai un vrai respect pour un confrère ou une consœur qui, en dehors de son travail, pendant des mois, peut-être des années, aura écrit un roman, sera allé jusqu'au bout, aura proposé à des éditeurs un manuscrit, qui aura été non retenu, renvoyé, et dont il ou elle garde dans un carton, dans un tiroir du bureau, six ou sept exemplaires avec les lettres de refus. Pour moi, ces gens sont écrivains, parce qu'ils sont allés au bout d'un travail sur eux-mêmes.

Après évidemment, il y a le critère de l'édition. J'ai une vraie défiance vis-à-vis de l'auto édition à compte d'auteur. Les anglais appellent ça : « Vanity Publication », et c'est de la vanité, c'est-à-dire que n'importe qui peut publier n'importe quoi. Ensuite la valeur littéraire, on ne va pas rentrer dedans ...mais est écrivain, celui qui est allé jusqu'au bout.

¹ Christian Lehmann, *No pasaran, le jeu*, L'École des loisirs, Paris, 1996, 233 p.

² Christian Lehmann, *Une éducation anglaise*, L'Olivier, Paris, 2000, 318 p.

Et je me serais considéré écrivain si *La Folie Kennaway*¹ était restée sous forme d'un manuscrit non corrigé de 320 feuillets qui s'appelait, à l'époque, *Le murmure des ténèbres*. Le jour où je l'ai terminé, j'étais écrivain. Ensuite est-ce qu'un arbre qui tombe dans la forêt sans que personne ne l'entende, fait un bruit ? Est-ce que tu étais écrivain parce que tu l'as écrit, même si personne ne l'a lu ? Oui, je pense que oui.

L : L'écriture est-elle une souffrance, un plaisir, une nécessité ou totalement autre chose ?

CL : Les trois, plus une quatrième chose : un travail ... avant tout, c'est un travail. C'est un boulot ! L'écriture, c'est un travail.

Et comme tout travail, c'est une nécessité pour se construire en tant qu'être humain, c'est une souffrance (tripalium). Si on a de la chance, c'est une joie. Quand on a vraiment de la chance, sur certains livres, c'est une joie de tous les instants ; ce qui était le cas sur *Une éducation anglaise*, qui est le seul livre que j'ai écrit comme une jubilation du début à la fin. Pour les autres, j'ai souffert plus ou moins. Certains des livres qui sont le plus chers à mon cœur, qui n'ont pas marché comme *L'évangile selon Caïn*², je dis souvent, qu'ils m'ont fait passer deux ans et demi dans une fosse septique. J'ai traversé quasiment une période de dépression noire et de véritable souffrance en affrontant les démons qu'il y avait dans *L'évangile selon Caïn*, et s'il s'est vendu à dix mille exemplaires, c'est déjà énorme. C'est un des romans les plus aboutis que j'ai écrit.

Tu posais la question : qu'est-ce qui fait un écrivain ? Il y a aussi la question : qu'est-ce qui fait que le livre a une valeur ? Ce n'est pas forcément le fait que le livre soit publié.

Une chose que l'écriture n'est pas, c'est : ce n'est pas un passe-temps ! C'est une souffrance, c'est un plaisir, c'est une nécessité, c'est un travail. Ça a un rapport avec la pulsion de vie, ça a un rapport avec la sexualité, je ne peux définir plus, mais la seule chose que ce n'est pas, c'est un passe-temps.

L : Est-ce que vous faite une différence dans l'écriture entre vos romans ou les essais dits « grand public » ?

CL : Je suis tributaire de ma muse. C'est-à-dire qu'au bout du bout, ce n'est pas moi qui décide. Je suis tributaire des personnages, du thème, de ce qui va être écrit à travers moi. Ça vient, ça se met dans la file d'attente. Il y a des romans ou des livres qui traînent depuis un moment qui ne seront pas écrits ou qui viendront un jour. Ça vient dans la file d'attente et ça vient l'un après l'autre. Parfois il y en a qui passent avant le premier. J'en suis tributaire. Il n'y a pas de différence dans l'investissement sur l'un ou sur l'autre.

L : Rapprochez-vous la souffrance du soignant, quasiment inévitable, avec celle parfois nécessaire de l'acte de création littéraire ?

CL : Non. Parce que la souffrance du soignant est le partage de la souffrance du patient. La souffrance de l'écrivain est plus entretenue, masturbatoire. Tu es seul avec toi-même. Ce n'est pas du tout la même chose. Souffrir parce que tu décides de souffrir pour créer quelque chose, c'est une chose. Souffrir, parce que tu ne peux pas t'empêcher de partager, en partie (le but, ce

¹ Christian Lehmann, *La Folie Kennaway*, Rivages- noir, Paris, 2001, 257 p.

² Christian Lehmann, *L'évangile selon Caïn*, Seuil / Point, Paris, 2000, 306 p.

n'est pas de se détruire), d'avoir une certaine empathie avec la souffrance de l'autre, cela n'a rien à voir. On est dans le monde réel, dans le monde concret.

L : Avez-vous conscience d'avoir un certain talent littéraire, un certain style ?

CL : Je vais te répondre en toute immodestie : évidemment. *La Folie Kennaway* aura été publié, il y a 20 ans, cette année. Je me souviens encore que je rentre de vacances, il n'y a pas de portable à l'époque, on est le 24 août, je sais que mon roman sort, je suis très fébrile, c'est comme un rêve. (En juillet, j'ai touché le livre, je suis allé chez mon éditeur, j'ai signé, j'ai vu mon livre pour la première fois, j'ai ramené un carton). Je m'arrête dans une station essence, ma femme fait le plein, ma fille est à l'arrière, elle a un an, je téléphone à la maison d'édition, et l'attachée de presse me dit : « Christian, est-ce que tu as vu Marie Claire ? », « Non », « ... Achète Marie-Claire » Je rentre dans la station, je trouve Marie-Claire, et je lis la première critique dithyrambique que quelqu'un fait de *La Folie Kennaway* en disant que c'est un « ovni de la littérature - d'où sort-il ? »

Tu as demandé ce qui fait un écrivain, j'ai oublié de dire ça aussi : tu es écrivain possible, le jour où tes pairs, les autres écrivains et les journalistes, disent : « Mais d'où est-ce qu'il sort ? »

Je ne m'arrête pas à ça. Je ne me regarde pas le nombril en me disant : « Oh ! tu as du talent ! » La plupart du temps, j'oublie complètement que je suis écrivain et connu. Je suis un type qui le matin est mal rasé, a les cheveux en bataille en sortant du lit, comme n'importe qui. Je ne vis pas l'image que les autres ont de moi. Si je regarde mes livres, ils forment une œuvre qui est beaucoup plus grande que moi. Ce qu'on appellera le talent ou le style, c'est cette chose qui parle à travers moi et dont je ne suis qu'en petite partie responsable. Je suis un des canaux par lesquels l'art passe.

L : Est-ce que votre écriture a modifié votre exercice médical ?

CL : Je ne pense pas que l'écriture romanesque ait modifié mon exercice médical.

Je pense que c'est l'inverse, donc l'art médical qui a modifié mon écriture. Je dirais plutôt qu'il y a eu une maturation du médecin que j'étais, entre le médecin qui arrive en 1984 dans le cabinet, (qui commence, qui sait bien que la ville ce n'est pas l'hôpital), et le médecin d'aujourd'hui. Il y a une maturation de 25 ans. Il y a une compréhension intime de ce qu'est la médecine générale telle qu'elle est définie dans la WONCA¹, qui explique ce qu'est la médecine générale et la prise en charge de chaque être humain dans sa globalité psycho-socio-environnementale.

Je l'ai acquis sans le théoriser pendant des années. Dans *Patients si vous saviez*², j'ai utilisé le quotidien d'une journée, en simplifiant un petit peu, pour expliquer ce qu'est la médecine générale. Ce jour-là, j'ai fait la jonction entre les deux.

L. : Avez-vous l'impression d'avoir une meilleure écoute, une meilleure communication grâce à votre écriture ?

CL : Pas parce que je suis écrivain. C'est parce qu'en général, j'aime les gens et parce que, sinon je n'aurais pas été médecin et sinon je n'aurais pas été écrivain. Je sais que les gens sont irremplaçables. Une femme de 85 ans qui meurt chez elle au milieu de sa famille, est une

¹ World organisation of National Colleges, Academies and Academics Associations of General Practitioners

² Christian Lehmann, *Patients si vous saviez*, Points, Paris, 2007, 345 p.

perte irremplaçable pour les gens qui sont autour d'elle. Or nous aurions tendance de par la dureté du métier, de notre formation, à dire : « Bon... elle avait 85 ans, c'était déjà une belle vie ». Je sais que les gens sont irremplaçables. Je ne peux pas ne pas le voir. Les gens que j'ai soignés et qui sont morts, *sont* irremplaçables. En tant que médecin généraliste depuis 25 ans dans cette ville, même si je fais moins de visites à domicile, j'ai une cartographie, une topographie de la ville que personne d'autre n'a. Il y a des familles qui sont parties et pourtant les meubles sont là, la maison est là. Je sais que les gens sont morts, je sais comment et quand ils sont morts. Les gens sont partis et je suis gardien de ça. Quelqu'un avait dit, je crois que c'est Léopold Sédar Senghor : « Quand un vieillard meurt, c'est une bibliothèque qui brûle ». Quand un généraliste meurt, c'est une ville entière, l'historique d'une ville qui s'éteint.

L. : Vous sentez-vous un devoir de transmission par rapport à ça ?

CL : Non. Ce n'est pas transmissible.

L. : J'imagine que certains de vos patients, peut-être pas tous, sont au courant de votre activité littéraire...

CL : Je pense tous maintenant.

L. : Comment l'appréhendent-ils ? Est-ce que cela peut s'avérer utile pour eux, pour vous, pour la relation ? Est-ce qu'ils vous en parlent ?

CL : Je ne sais pas, il y a des gens qui m'en parlent. Il y a un monsieur que j'aime beaucoup, qui m'avait dit de manière très naturelle qu'il avait lu *La Folie Kennaway* pour Noël. J'étais un jeune médecin de la famille, et il m'avait dit « Écoutez, j'ai lu ça, c'était une telle torture, c'était tellement douloureux, je me suis dit, mais comment fait-il pour vivre avec ça ? »

Je rapproche ça de ce que m'avait dit Jacqueline de Romilly qui est à l'Académie Française, qui avait lu *L'évangile selon Caïn*. Elle m'avait envoyé un mot en disant que c'était un des rares livres qui l'avaient vraiment profondément ébranlée et elle m'avait dit : « Je suis heureuse de ne pas être dans votre tête ». J'avais considéré que c'était un vrai hommage littéraire d'une très grande dame de l'Académie Française ; et j'avais presque envie de lui dire : « Mais moi j'aimerais bien aussi, mais le problème c'est que je n'ai pas le choix. »

Il y a des gens qu'un livre ou un autre a le plus intéressé. Mais on n'en parle pas vraiment.

J'ai publié un livre sur Sarkozy qui s'appelle *Sarkolangue*¹, qui est le décryptage du mensonge Sarkoziste. Il y a des gens qui m'en parlent parce qu'ils savent que ça a eu une portée mais je leur explique que ce n'est pas un livre anti-Sarkozy, c'est un livre sur le mensonge, sur les mots, sur quel est le sens des mots, et ce qu'on en fait.

C'est sûrement plaisant pour eux de dire de temps en temps à un copain : « Mon médecin, c'est Christian Lehmann » ; j'ai envie de leur dire : « Moi, mon ami, c'est Martin Winckler ». Mais quand ils sont dans le cabinet et qu'ils ont une angine, avec un TDR positif ou négatif, qu'ils ont des hémorroïdes qui saignent, ou qu'ils ont l'impression qu'il y a une tache qui a grossi au niveau de leur sein gauche, cela ne change rien.

¹ Christian Lehmann, *Sarkolangue*, Ramsay, Paris, 2008, 172 p.

L. : Est-ce que pour vous cela change vos pratiques médicales ?

CL. : Franchement non, cela ne change rien.

Je ne suis pas dans la création du personnage du Docteur Christian Lehmann. Les gens viennent chez moi et quand ils rentrent dans mon cabinet, ils savent qu'ils sont dans mon cabinet ; [...] ils ne viennent pas chez leur médecin généraliste standard, *je suis* un médecin généraliste standard qui ne fait pas semblant de jouer au docteur. Ils viennent chez moi, et il y a le foutoir que tu aurais si tu étais allée chez Flaubert, chez Céline... C'est comme ça, je ne fais pas semblant de tout chambouler. De temps en temps, j'ai un peu plus de temps, je nettoie. Ils me disent : « vous avez nettoyé le bureau, mais c'est tout ».

De la même manière au niveau politique, je ne cache pas du tout ce que je pense. Il y a beaucoup de gens qui disent : oui mais déontologiquement, on ne peut pas. Il faut arrêter avec ça, la déontologie est au service des patients. Quand je me bats contre la franchise médicale, quand je dénonce le mensonge sarkoziste, je ne le fais pas pour ma gloire personnelle. Je le fais parce que le mensonge est une aberration. Cela fait partie de mon rôle de soignant. [...] Je pense qu'il y a un lien entre tout ça et moi je ne me cache pas du tout. C'est la raison pour laquelle d'ailleurs, à la différence de Martin, je n'ai jamais décidé de prendre un pseudonyme, je suis Christian Lehmann et Christian Lehmann, c'est ce qu'il y a marqué sur les ordonnances que je signe, c'est mon nom. Mais le pseudonyme est un truc qui m'hallucine complètement. [...] Tu ne peux pas dire : « Je vais toucher des gens nus et moi, je vais me protéger parce que je suis écrivain ».

L. : Avez-vous déjà demandé à un patient son accord pour écrire sur lui, sur son histoire ?

CL : Jamais, car je n'écris jamais sur un patient. Tu ne peux pas écrire quelque chose qui ait une cohérence à partir de quelqu'un qui existe. Je connais mieux mes personnages, que mes patients, ma femme, mes enfants. Je ne connais de mes patients, de ma femme et mes enfants que ce qu'ils peuvent me dire. Mes personnages, je les connais intimement. Si les gens que je côtoie, m'ont parfois aidé à créer mes personnages, cela n'a rien à voir, je n'ai rien à leur demander, car je ne leur prends rien.

L. : Est-ce que vous considérez que le métier d'écrivain et le métier de médecin sont compatibles, aussi bien intellectuellement que matériellement ?

CL : Ils sont compatibles intellectuellement.

Le soin, c'est une recherche de vérité. Vous venez me voir par ce que vous avez une douleur abdominale récurrente dans telle situation etc. Est-ce que c'est organique ou fonctionnel ? Si c'est fonctionnel, est-ce que c'est une somatisation, qu'est-ce qu'on en fait ? Si c'est organique, c'est inflammatoire, c'est infectieux, c'est cancéreux, c'est autre chose ? L'écriture, c'est une recherche de vérité. Intellectuellement c'est parfaitement compatible.

Matériellement, c'est beaucoup plus compliqué. Comme a dit Philippe Djian : « Il ne faut jamais réveiller un écrivain allongé au soleil sur une chaise longue en train de dormir parce que c'est un homme qui travaille ». Donc un écrivain, est écrivain même quand il n'est pas en train d'écrire.

Je pense que la situation des médecins, en particulier les médecins généralistes, est catastrophique. La situation du médecin généraliste en province est au-delà de ce qu'il est admissible de demander à un être humain. Je tire mon chapeau aux confrères qui vont être

médecins dans un bled rural. En fait, on attend tout de lui tout le temps et souvent les médecins ne peuvent pas suivre. [...] Au fil du temps, j'ai appris que je n'avais pas envie de mourir à 55 ans sur la route en m'endormant pendant les visites. La société n'ayant pas compris qu'en pressurant à ce point ses généralistes, elle se perd. C'est le problème de la société, ce n'est pas le nôtre, moi je vais essayer de faire autrement.

L. : Avez-vous déjà pensé à cesser votre activité de médecin pour vous consacrer uniquement à la littérature ?

CL : Non, parce que je suis pris dans un flux qui est celui des patients. Je connais des gens depuis 25 ans, et je ne m'imagine pas arrêter de les accompagner. Sauf cas de force majeure. Si je n'étais que médecin, je serais totalement dans la vie de la cité. Mais je n'arriverais pas à m'exprimer personnellement. Si je n'étais qu'écrivain, je m'exprimerais personnellement mais je pense que je ne serais plus dans la vie de la cité. C'est une forme de compromis entre les deux, l'utilité sociale et publique et, la création artistique personnelle.

L. : Est-ce que vous pourriez vivre uniquement de votre plume ?

CL : Financièrement, je pourrais vivre de ma plume. Les signes extérieurs de richesse m'importent peu ; je peux vivre avec très peu. Si j'étais seul, sans femme et enfants, je pourrais vivre de ma plume.

L. : Sans avoir besoin de faire ce qu'on appelle la littérature grise ?

CL : Non, j'ai écrit un best-seller. Je ne veux pas faire vivre cette incertitude à ma famille.

L. : Est-ce que, pour vous, faire des conférences, des débats, des lectures publiques, des interventions en milieu scolaire, des interventions dans les bibliothèques, fait partie de quelque chose d'essentiel, de secondaire ou de complètement extérieur à votre activité littéraire ?

CL : C'est totalement extérieur à mon activité littéraire. Je le fais avec un certain plaisir. Les conditions financières sont difficiles, parce qu'elles ne permettent pas de couvrir la perte de temps par rapport au cabinet médical.[...] Nous mettre médecin traitant sans les moyens de suivre réellement la coordination du parcours des patients a simplement ouvert le robinet à enchaîner les consultations n'importe comment. Ils ont détruit une certaine idée de la médecine. C'est tout à fait rentable, ce n'est pas un problème et quand je passe comme ce matin une matinée dans un collège parce qu'on nous demande de venir intervenir devant des élèves, même en demandant à être payé correctement, par rapport au temps que je passe au cabinet, je perds de l'argent. C'est aussi un véritable problème, il y a pas d'argent pour payer la littérature, la culture. L'on considère que ces trucs, à la limite, devraient être faits gratuitement : « Vous êtes écrivain, pour l'amour de l'art vous interviendrez bien ! » « Oui, sauf que le temps c'est de l'argent ». Donc je le fais, c'est extérieur à mon petit boulot littéraire. Je trouve ça très plaisant ; par contre, il y a un problème matériel qui se pose. Nous, en tant que médecin, il faut au moins que ça compense ce que tu perds.

L. : Quelles relations vous entretenez avec la communauté littéraire en général ?

CL : Je ne connaissais quasiment que des écrivains anglo-saxons avant de publier *La Folie Kennaway*. Quand j'ai publié *La Folie Kennaway*, j'ai fait le tour des salons littéraires, etc... J'ai rencontré Éric Orsenna qui publiait à ce moment là *L'exposition Coloniale*¹, et d'autres écrivains. Je les ai lus, j'ai presque découvert la littérature contemporaine française à 30 ans. Aujourd'hui avec le recul, je m'en suis détaché, je vais à très peu de salons. J'ai quelques rares amis dans le milieu littéraire. Il m'arrive d'aimer beaucoup les gens en tant qu'humains et de pas apprécier ce qu'ils écrivent ou, l'inverse d'aimer beaucoup ce qu'écrivent des gens, de les rencontrer et de ne pas pouvoir les souffrir en peinture. Voilà, je n'ai pas de relation privilégiée avec le milieu littéraire ou éditorial. Il y a des gens que j'aime beaucoup, que parfois je ne vois pas pendant des années et pour qui j'ai une vraie estime, une vraie affection. Je ne fais pas partie du petit milieu Parisien Germanopratin. Je dirai qu'être pote avec Frédéric Beigbeder, ce n'est pas mon but dans la vie.

L. : Quelles sont vos relations avec les éditeurs ?

CL : Elles sont excellentes. J'ai la chance d'avoir trois éditeurs qui sont de grands éditeurs : Geneviève Brisac à l'École des loisirs, Olivier Cohen au Seuil, François Guérif chez Rivage. Je vais être très immodeste, quand j'écris un livre, mon problème, c'est de le présenter à un des trois et de gérer la susceptibilité des deux autres.

L. : Est-ce qu'on vous a déjà refusé une œuvre ?

CL : Jamais. Je mesure ce que ça a de dur. Le problème c'est la pléthore, c'est à qui je propose le prochain. En fait ce sont des éditeurs qui publient des choses différentes, donc il y a une certaine logique. Quand *La nature du mal*² est publiée à l'école des loisirs, elle aurait pu être publiée sans changer une ligne chez Rivage noir, à côté des romans de James Ellroy, tellement c'est noir.

L. : Est-ce qu'il y a des genres littéraires que vous pratiquez pour vous (poésie, journal intime) et que vous ne publiez pas ?

CL : Non. Très crûment, je dirai que c'est de l'écriture masturbatoire. L'écriture a pour but d'être lue. Ce n'est pas moi regardant mon nombril en ma bulle.

L. : Il n'y a pas de vertu thérapeutique pour vous dans l'écriture ?

CL : Très étrange, bien sûr la question est souvent posée. Si j'avais besoin d'un thérapeute j'irais voir un psy... avec bonheur. Mais la littérature ce n'est pas une fibroscopie gastrique, ce n'est pas un lavement rectal, ce n'est pas une intervention pour l'appendicite, ce n'est pas une cardioversion. La littérature, c'est nous qui la servons ; ce n'est pas elle qui nous sert. Je me méfierai de l'œuvre d'un confrère qui me dit que l'écrit est thérapeutique.

¹ Éric Orsenna, *L'exposition coloniale*, Seuil/Points, Paris, 2006, 618 p.

² Christian Lehmann, *La nature du mal*, École des loisirs, Paris, 1998, 140 p.

L. : Combien de temps par semaine consacrez-vous à écrire ?

CL : Je ne me pose pas du tout la question. Je t'ai parlé de la phrase de Philippe Djian, je suis en train d'écrire en ce moment alors que je n'écris pas une ligne depuis que j'ai écrit *Sarkolangue*. Je l'ai fini fin février. En mars, avril, mai, je n'ai quasiment pas écrit une ligne et pourtant je suis en train d'écrire le prochain roman sans le savoir. Je ne peux pas répondre à cette question. Quand je suis en phase d'écriture, j'essaie d'écrire à peu près une heure et demie par jour. Mais comme quand j'écris, je passe dans un autre mode d'existence, je ne suis absolument pas conscient que j'écris.

L : Comment votre famille, votre entourage perçoit-il votre activité d'écriture ?

CL : Probablement comme chronophage, étrange, pas forcément facile à vivre.

L : Pourquoi vous ne vouliez pas répondre à mon questionnaire ?

CL : Plein de raisons. La première c'est le respect que je me dois à moi-même. Tu sais des questionnaires, on nous en demande tout le temps, sur ceci, sur cela, pour une thèse etc. Un questionnaire, c'est du temps. [...] Prendre le temps de ces réponses ne m'aurait rien apporté. Le faire en « live », c'est de la vie. Je ne gagne pas un centime ni rien, mais c'est un échange, ça nourrit quelque chose. Je ne peux pas me permettre de passer mon temps à des choses qui ne me nourrissent pas. Par la force des choses, si j'avais du l'écrire, par fatigue, par manque de temps, par manque d'intérêt quand tu n'as pas un interlocuteur en face, cela aurait été extrêmement réduit ou restreint ce que j'aurais dit. Il me semblait que c'était un projet riche, super intéressant, autant essayer d'en faire quelque chose de correct. Je n'ai pas besoin de ça pour exister. Tu travailles là-dessus : faisons-en quelque chose.

L : Est-ce qu'il y a une question que l'on ne vous a jamais posée que vous aimeriez que l'on vous pose ?

CL : Vis-à-vis de ça, j'ai aucun orgueil, j'adore qu'on me pose des questions auxquelles je ne m'attends pas. Ce matin j'étais dans un collège à St Germain, les gamins m'ont posé des questions vraiment intéressantes, percutantes, je suis ravi de répondre à des questions auxquelles je n'avais pas pensé.

Tu sais c'est à rapprocher de: « Quel message vous avez voulu passer dans vos livres ? ». Moi je réponds : « Mais il n'y a pas marqué La Poste. Ce n'est pas un message publicitaire du type: « Votez pour ça et ça ira mieux. Votez pour moi et vous aurez « *La France d'après*¹ », et on voit la gueule qu'elle a ».

J'écris parce que je me pose une question. J'essaie au moins de comprendre ma question et d'y répondre en partie. La question que tu poses là : est-ce qu'il y aurait une question X ? Ça veut dire : j'ai un message super important à délivrer, j'attends juste qu'on me le donne pour que, d'un seul coup, j'illumine la plaine sur des kilomètres à la ronde comme un orage dans un ciel d'été. Non, j'illumine ceux qui veulent venir avec moi éventuellement voir ce qui se passe. S'il y a des choses que j'ai envie de dire, je les dis dans mon roman.

Etant donné qu'un écrivain est totalement libre de ce qu'il écrit, il n'a pas besoin que quelqu'un lui pose une question pour délivrer son message, si message il y avait.

¹ Christian Lehmann, Serge Quadruppani, François Thomazeau, Romain Slocombe, *La France d'après*, Éditions Privé, Collection les clandestins, Paris, 2007, 285 p.

Entretien avec Monsieur le Professeur Patrice Queneau

Le 3 juillet 2008 – Paris

(repris par P. Queneau : le 1-12-08)

L : Est-ce que vos études de médecine ont constitué un frein à votre activité littéraire ?

PQ : Considérablement. J'étais passionné par le théâtre. Je le suis toujours et j'ai joué la comédie. Un ami australien, décédé, à qui je faisais part de certains regrets, me disait : « Mais, si tu avais été comédien, tu n'aurais joué que de 20h30 à 22h30 alors que là, tu joues la comédie toute la journée ». Les médecins ne me gênent pas, eux, car ils sont au contact de l'humain précisément, même s'il existe aujourd'hui certaines dérives vers une médecine « technocratique » à l'excès. Quand on est enseignant, il faut être comédien. En première année, quand vous avez 1000 étudiants répartis en 3 salles, si vous faites un cours ennuyeux, ça se sait rapidement. Pour répondre de façon plus précise à votre question, on est forcément toujours un peu étouffé par les études de médecine, qui sont contraignantes, peut-être encore plus aujourd'hui. Malgré tout, ayant choisi surtout d'écrire à partir de la médecine et sur la médecine, j'ai « noté » toute ma vie des histoires vécues, des témoignages, qui ont été la base de mes « essais littéraires ». Et puis, tout au long de ma vie, il y a eu aussi cette passion d'écrire des petits poèmes ou des contes... Et je suis très fier de publier actuellement sous mon nom un premier recueil de poèmes sur la lune, le vent, la mer... (*S'il te plaît, décroche-moi la lune !*¹ avec un dessin et une préface de Piem et des encres de Tziganov). Mais le carcan, ce n'est pas seulement les études de médecine, c'est toute la suite. Une fois qu'on est interne puis médecin et médecin universitaire, on a des contraintes considérables. Et c'est ensuite la vie de médecin qui, dans ma génération, représentait 70 heures par semaine. Malgré tout, j'ai écrit à peu près, à toutes périodes de ma vie.

L : Avez-vous attendu le temps de la retraite pour écrire réellement ?

PQ : Non, mais ça dépend de ce que vous appelez « écrire ». Ça fait très longtemps que j'écris des choses. J'ai une passion d'écrire. J'écris presque tous les jours et, entre autres, dans les « endroits transitionnels », dans les gares, et même parfois dans certaines réunions où je m'ennuie, ce qui me permet de prendre patience !

L : Est-ce que vous vous sentez obligé d'écrire ce qu'on attend de vous, du fait de votre statut de médecin, par exemple, dans un livre comme *Le malade n'est pas un numéro !*² ? Le statut de médecin censure-t-il l'écriture ?

PQ : Écrire ce qu'on attend de moi qui ne serait pas ma pensée, ma perception exacte, jamais ! Mais on doit tenir compte du public concerné et aussi de l'éditeur. J'ai été amené à modifier, à la demande de l'éditeur, certaines tournures de phrases. On m'a demandé de faire des choix pour que le livre ne soit pas trop long, qu'il reste centré sur le thème choisi, ce qui est tout à fait normal. Mais, encore une fois, je n'ai jamais été censuré sur le fond. Je ne l'aurais pas accepté d'ailleurs.

¹ Patrice Queneau, dessin et préface de Piem, Encres de Serge Tziganov, *S'il te plaît, décroche-moi la lune !*, Éditions Patrice Queneau, 2008, 78 p.

² Patrice. Queneau, Damien Mascret, *Le malade n'est pas un numéro !*, Éditions Odile Jacob, Paris, 2004, 352 p.

L : Qu'en est-il des patients ou anciens patients ? La perception de la relation serait peut-être modifiée ? Auriez-vous pu publier votre recueil de poèmes sous un pseudonyme ?

PQ : Non, je ne crois pas car j'ai toujours respecté les malades dans mes écrits autant que dans mon exercice professionnel. Le seul élément freinateur aurait pu être, lorsque j'ai été Doyen de Faculté en exercice : je considérais alors que j'étais tenu à un certain devoir de réserve.

Il est cependant possible que je publie d'autres textes dans d'autres conditions sous un pseudonyme. D'ailleurs, j'ai exposé sous un pseudonyme des photographies, qui n'avaient rien qui puisse choquer, à l'époque où j'étais jeune Professeur de Médecine à St Étienne et jeune doyen. Et je n'ai pas exposé à St Étienne volontairement. Mais, c'était il y a plus de 30 ans et il faut toujours voir les choses dans leur contexte historique. Ainsi, j'ai récemment été invité à un congrès pour faire une intervention sur *l'humour médecin*, que je n'aurais sûrement pas pu faire 10 ans auparavant car il faut du recul pour faire quelque chose sur l'humour médecin. Je précise que, dans ce Congrès, de haut niveau d'exigence éthique, ce n'était pas le malade dont on se moquait mais de la mauvaise médecine !

Vous parliez du carcan médical, mais il n'y a pas que ça. Je suis très fier d'être publié sous mon nom pour des poèmes sur la lune, sur le vent, sur la mer, etc.... Mais le problème n'est pas là, il est dans une certaine méfiance sociétale vis-à-vis de tout ce qui concerne l'humain, l'émotionnel, l'imaginaire, le rêve... Comment peut-on écrire sur la lune et être un bon médecin ? Je crois, tout au contraire, que c'est non seulement compatible, mais souhaitable pour ne pas rester enfermé dans le carcan d'une perception étriquée des malades ! La culture générale bien comprise est essentielle à une approche humaniste des malades. C'est certain.

L : Pensez-vous que toute littérature soit faite pour être lue ? J'extrapole ensuite quelque peu la question, pensez-vous que tout est publiable ?

PQ : Alors ça, c'est différent, il y a la lecture intime. J'écris beaucoup et je pense qu'on écrit pour quelqu'un, en pensant à quelqu'un. Le niveau de la publication peut être différent. Pourquoi et, surtout, pour qui publie t-on ? Surtout en poésie ? J'ai pris finalement l'initiative d'être mon propre éditeur. Maintenant, tout n'est pas destiné à être publié et il faut bien faire des choix. J'espère que cet ouvrage aura quelques succès, même si la diffusion est toujours, en pareil cas (comme dans d'autres), difficile. Il y a des choses que j'aime beaucoup et que je n'imagine pas très facilement publier. Mais j'ai envie de communiquer. On écrit à la fois à des personnes qu'on ne situe pas et on écrit également pour ses amis. J'ai écrit des textes plus intimes notamment pendant mes hospitalisations, car j'ai été opéré il y a 3 ans, 4 fois en 6 semaines, avec des douleurs atroces. Par ailleurs, j'écris souvent le soir et, parfois, la nuit. J'utilise souvent les mots d'un auteur hindou qui dit : « Je meurs de l'impression des choses non dites. » L'écriture permet aussi de dire à quelqu'un : c'est possible ; lutter contre telle maladie grave, c'est possible, d'autres l'ont fait et ont... gagné contre la mort annoncée. Par exemple, mes livres sur la douleur (*Soulager la douleur*¹, et *La douleur à bras-le-corps*²) sont à mon sens des ballons d'oxygène pour les malades. Nombreux sont ceux qui, les ayant lu, me l'ont dit ! Et puis, je le redis, j'ai souvent eu et j'ai toujours envie de dire des choses fortes, que la société délaisse ou dénie : l'importance de la personne humaine, surtout lorsqu'elle est malade, qu'elle souffre, qu'elle est angoissée, qu'elle va peut-être bientôt mourir. Je répète ces mots de Tagore : « Je meurs de l'impression des choses non dites. » On peut, d'ailleurs,

¹ Patrice Queneau, Gérard Ostermann, *Soulager la douleur*, Éditions Odile Jacob, Paris, 1998, 316 p.

² Patrice Queneau, Gérard Ostermann, Pierre Grandmottet, dessin de Piem, *La douleur à bras-le-corps*, Éditions Médicis, Paris, 2007, 175 p.

appliquer à la médecine comme à la vie, ou à certaines situations dramatiques, psychologiques ou autres. *PARLER ou ECRIRE à un ami, à un médecin, c'est essentiel, ce peut être vital, une question de vie ou de mort !*

L : D'après vous, qu'est-ce que la littérature peut apporter à la médecine ? Et pensez-vous que la littérature puisse aider les étudiants à se former à la relation de soin ?

PQ : C'est une très belle question. Merci de me la poser. Je fais partie des trois premiers doyens qui ont mis en place en première année un enseignement qui s'appelait « initiation à la culture générale », qui, maintenant, s'appelle « initiation aux sciences humaines et sociales », avant la loi Bayrou. Certains disent que ça ne sert à rien, surtout si on fait l'examen en QCM ! Par ailleurs, quand on corrige 2000 copies, ce n'est pas très facile. Mais ça reste un symbole et ça intéresse beaucoup les étudiants. Vous voyez qu'on n'est pas loin de votre question sur la littérature. La dimension humaniste doit être à l'évidence renforcée. Ce n'est pas du tout pour moi une compétition par rapport aux modules scientifiques. Mais la sensibilisation à la relation au malade, au non-dit des peurs souterraines et inavouées, à la douleur, à la souffrance, à la fatigue, à tout ce qui est du domaine d'une expression, ne peut pas être que « scientifique », c'est absolument évident. Vous lisez les poètes ou les romanciers et vous comprenez plus facilement l'humain. Percevoir, par exemple, que la thérapeutique a progressé évidemment depuis Molière invite à réfléchir sur les valeurs universelles des grandes vérités thérapeutiques, sans oublier Knock, par exemple, de Jules Romains¹. Enfin, tout ce qui est du domaine de l'humain ne peut pas être véhiculé que par des équations. Les grands savants le disent. Si vous lisez certaines maximes ou réflexions d'Einstein, il passe son temps à parler d'imaginaire en disant en substance qu'en matière de créativité scientifique, l'imaginaire est roi. Et pas uniquement dans la littérature, il y a aussi la peinture, le théâtre, la musique, etc... Moi, je ne pouvais préparer l'internat sans jouer de la flûte ou sans écrire. Il me fallait au moins une demi-heure par jour et ça m'a permis de réussir mes concours. C'était ma « douche psychologique » ! Dans ces périodes très dures, telles que la préparation au concours de l'internat, l'avantage de la plume, c'est qu'on peut écrire n'importe où.

L : En tant que professeur, dans la pratique, comment verriez-vous l'enseignement de la littérature en médecine ? Du début à la fin, uniquement en première année, juste dans la dernière année... ? Sous quelle forme ?

PQ : Je ne sais pas s'il faut qu'il y ait un cours de littérature mais, dans l'espace « sciences humaines et sociales », on peut faire des choses. Je ne sais pas si c'est de la « littérature », mais, dans mes cours, je fais souvent référence à des auteurs. Ainsi dans mon cours sur la circulation sanguine, je fais référence, bien sûr à Molière mais aussi à Boileau, à Descartes. Et dans d'autres cours, il m'est arrivé de faire référence à Dickens (« the fat boy Joe »)². Ce sont là des références littéraires formatrices ! Mais est-ce qu'on peut appeler ça un cours de littérature ? Les Professeurs de Lettres le contesteraient probablement !

L : Pas forcément un cours de littérature, mais je me souviens d'un professeur qui m'avait dit : « Lis *La pitié dangereuse* de Stefan Zweig³, ça te fera réfléchir »...

¹ Jules Romains, *Knock, ou, le triomphe de la médecine*, Gallimard/Folio, Paris, 1972, 152 p.

² Charles Dickens, *The Pickwick Papers*, Oxford University Press, USA, 2008, 786 p.

³ Stefan Zweig, *La pitié dangereuse*, Les cahiers rouges Grasset, Paris, 2002, 384 p.

PQ : Je suis d'accord, et je conseillerais de lire Molière en priorité. Dans mon cours de première année, quand je parle de Thomas Diafoirus¹ et de la thèse contre les circulateurs, je demande : « Qui connaît Thomas Diafoirus ? ». Beaucoup d'étudiants ne savent pas qui il est. Vous me direz qu'on peut très bien vivre sans. Mais il est évident qu'on doit pouvoir percevoir plus de choses en ayant lu *La Peste* (de Camus)², Marguerite Duras ou Stefan Zweig... et tant d'autres... que beaucoup d'étudiants ne connaissent pas. C'est une emprise directe, non seulement sur la souffrance et la maladie, mais aussi sur les patients, le psychisme, les névroses etc...

Il est vrai que l'on apprend beaucoup de choses sur l'homme malade et la souffrance humaine physique et psychologique dans la littérature. Je suis convaincu qu'un médecin doit être « sensibilisé » au malade, à sa souffrance et à ses peurs, à ses angoisses, à l'enseignement clinique au contact des malades, essentiel avec toute sa dimension relationnelle et éthique. Il y a aussi la réflexion sur les grands problèmes de la vie (problèmes posés par le fœtus et l'euthanasie...). La dimension éthique de ces questions peut susciter la lecture de nombreux auteurs.

C'est pourquoi dans mes cours d'« initiation aux sciences humaines et sociales », je fais largement référence à la littérature, mais aussi à la peinture ou au théâtre ou à d'autres formes d'art.

Par contre, pour avoir été doyen pendant presque 20 ans, je me méfie sur certains excès de la théorisation. Ainsi, lors des débats sur l'éthique, on dit qu'il faut enseigner l'éthique. Oui, bien sûr, mais il faut surtout « sensibiliser » à l'éthique. Le comportement à la consultation ou lors de la visite, ainsi que dans certaines situations d'annonce d'une maladie grave, vont permettre de faire preuve d'un comportement souhaitable, ou non souhaitable qui serait, de fait, le contre exemple. Alors je ne dis pas qu'il ne faut pas enseigner l'éthique à la faculté. Mais ce qui m'intéresse dans l'éthique, ce n'est pas seulement les « principes de bienfaisance et de non malfaisance », c'est l'éthique en présence du malade et des grands enjeux de société, en médecine comme pour tout domaine (le pouvoir, l'argent, la guerre...).

L : Que pensez-vous du principe de la *Narrative medicine*? C'est à dire le fait de prendre un groupe d'étudiants et de leur faire écrire sur le récit d'un patient avec leur propre vécu ? C'est d'ailleurs, un peu, le principe des groupes Balint ou des groupes de pairs ?

PQ : Je suis personnellement très attaché à ce type de sensibilisation pour les étudiants, mais également pour tous médecins. En 1973, alors que j'étais encore chef de clinique, j'avais sollicité et obtenu une bourse du Conseil de l'Europe pour aller travailler en Grande-Bretagne sur les lombalgies chroniques avec Mickaël Balint lui-même à la Tavistock Clinic de Londres. Hélas, Mickaël Balint venait de mourir quand je suis arrivé, mais j'ai eu la joie de rencontrer son épouse et collaboratrice Edith Balint, une femme extraordinaire avec laquelle j'ai travaillé pendant plusieurs mois.

Dès mon retour en France, j'ai participé activement à des groupes Balint, notamment avec le Pr. Jean Guyotat, ainsi qu'avec le Dr. Michel Sapir, un psychanalyste parisien, qui a beaucoup écrit sur la formation psychologique des médecins. Je pense que parler du ressenti réciproque, qui permet d'exprimer l'émotionnel, c'est essentiel. Mais je l'imagine plus en groupe de parole qu'en groupe d'écriture. Je pense que la parole est plus libre, plus directe. Mais... les deux démarches peuvent être complémentaires. Écrire est un exercice exigeant, salutaire, pour exprimer le ressenti émotionnel. Mais il faut une certaine capacité à transposer par écrit pour,

¹ Molière, *Le malade imaginaire*, Gallimard/Folio, Paris, 1999, 305 p.

² Albert Camus, *La peste*, Gallimard/Folio, Paris, 1972, 278 p.

peut-être, bien dire la réalité du « ressenti ». Pour autant, j'aimais bien les groupes Balint où l'échange est libre, où l'on peut se couper la parole ; on est plus près du théâtre que de l'écriture. Mais toutes ces modalités peuvent être formidablement complémentaires les unes des autres.

L : Est-ce que vous pensez qu'on peut faire du récit avec l'histoire d'un patient ?

PQ : Oui, tout à fait. Moi je l'ai fait, mais avec le respect d'une éthique stricte. J'ai raconté des histoires *anonymisées et délocalisées*, en ce sens un peu romancées mais pour autant tout à fait véridiques notamment dans mon livre *Le malade n'est pas un numéro !¹* qui comporte 23 histoires de malades vécues, authentiques et parfois très douloureuses.

Dans les discussions, lors de conférences ou autour de mes bouquins, j'ai reçu des témoignages, écrits ou oraux, de malades ou d'anciens malades qui m'ont spontanément demandé de faire état de leur histoire. Et qui me disaient, n'hésitez pas à dire que moi, une femme ou un homme de 57 ans, j'ai « vécu » ce calvaire, cette incompréhension, ces peurs... etc... , ces douleurs, cette angoisse. Donc je pense que oui, mais à la condition de respecter l'intimité du patient, dans l'anonymat, c'est impératif. Ce qui impose certaines limites. Ainsi, je pense à des « histoires cliniques » très « éducatives » que je n'ai jamais écrites. En outre, il ne faut jamais entrer dans le registre de l'ironie. Toute la question est de *ne jamais quitter le « camp » du malade*. J'ai ironisé parfois sur les médecins, l'hôpital, la médecine, mais jamais sur les malades.

L : Selon quels critères vous définissez vous comme écrivain ?

PQ : Mes livres édités chez Odile Jacob peuvent être considérés comme des essais littéraires, de même que mon dernier livre avec Piem *La douleur à bras-le-corps²* (Ce sont des témoignages, quelques fois des « coups de gueule »). Et quand j'écris un recueil de poèmes, ce sont aussi des perceptions que j'ai envie de transcrire et de transmettre, comme un passeur de mots et de vibrations. Mais, je vous retourne la question, d'après vous, quand j'écris des poèmes, qu'est-ce que je suis ?

L : Dans ma thèse, j'ai pris comme paradigme la définition du dictionnaire, qui dit qu'un écrivain est une « personne qui compose ou qui rédige un ouvrage littéraire. » Ça s'arrête là. Il n'y a pas de notion de reconnaissance, de style, de publication, etc...

PQ : J'admets que je suis probablement un écrivain, ce dont je suis fier. Quant à savoir à quels registres appartiennent mes livres, c'est tout autre chose : comment classer mon livre avec Piem ? D'ailleurs il est très difficile de publier un livre co-écrit avec un humoriste. L'objectif était pour moi et mes amis co-signataires d'essayer de faire un peu mieux comprendre aux malades, à leurs proches, aux « décideurs » et *in fine* à tous les citoyens les difficultés de la médecine, cette médecine qui se *déshumanise* au moment même où elle triomphe par des avancées scientifiques, techniques et thérapeutiques parfois extraordinaires.

J'ai envie d'expliquer un peu la médecine, de me mettre du côté du malade et de parler à l'intention des étudiants, des médecins, des autres professionnels de santé. C'est ce que j'avais déjà écrit dans *Soulager la douleur³*, dont le titre d'ailleurs m'avait d'ailleurs été

¹ Patrice Queneau, Damien Mascret, *Le Malade n'est pas un numéro !*, Éditions Odile Jacob, Paris, 2004, 352 p.

² Patrice Queneau, Pierre Grandmottet, Gérard Ostermann, dessins de Piem, *La douleur à bras-le-corps*, Éditions Médicis, Paris, 2007, 175 p.

³ Patrice Queneau, Gérard Ostermann, *Soulager la douleur*, Éditions Odile Jacob, Paris, 1998, 316 p.

imposé. Il faut savoir que les éditeurs imposent souvent le titre ! Pour répondre précisément à votre question, j'ai eu envie de conter du vécu sur un mode essayiste, au sens où Montaigne confiait « je n'enseigne pas, je raconte ».

L : Est-ce que c'est rapprocher la souffrance du soignant, c'est à dire votre sensibilité de médecin avec celle nécessaire de l'acte de création littéraire ?

PQ : Oui, j'ai écrit avec ma sensibilité et ma souffrance de soignant. Excusez-moi, mais j'ai envie de dire des choses héroïques, tragiques, vécues avec mes tripes. Un exemple ? J'examine un gamin de 18 ans, beau, étudiant, très bon sportif et qui vient d'être terrassé par un « malaise » au cours d'un match de football. Le drame est qu'il vient de faire une hémiplégie, qui s'avèrera liée à une tumeur cérébrale cancéreuse. Il bouillonnait de vie, 30 secondes avant son hémiplégie, il avait peut-être marqué un but pour son équipe après avoir passé une soirée délicieuse avec sa petite « copine ». Quelles chances de le guérir ? On va se battre : le gamin est formidable, sa petite amie a tout compris et l'aide un *max* avec sa famille, ses copains, les médecins, les infirmières, tous les soignants. C'est poignant, c'est une incroyable leçon de courage, de volonté, de solidarité, d'amour et... d'espoir. J'ai souvent écrit sur « ce coin de ciel bleu » que j'affirme qu'il faut laisser au malade, y compris et notamment dans les pires situations. Voilà un exemple de ce que j'ai écrit avec ma passion et ma sensibilité de médecin-écrivain. Dans une vie de médecin, il y a heureusement des succès et des joies, mais ce qui marque plus encore, ce qu'on ramène chez soi le soir, c'est le ressenti des tragédies et des drames que nous côtoyons quotidiennement. Et cette tragédie-là, j'ai eu envie de la décrire, comme d'autres, mais avec un double souci essentiel : parler vrai, avec mes tripes, dire ma colère et ma rage face à certains destins tellement injustes ; et montrer le courage des malades, des familles, des médecins, des infirmières, tous formidables !

Je pourrais dire encore bien des choses sur mon besoin d'écrire certains drames, certaines guérisons aussi et puis des choses du domaine de l'intime (toujours anonymement !). J'ai aussi écrit sur le lit de mort de ma mère des choses que je ne publierai jamais. L'écriture m'a permis de dire des choses que je n'aurais pas pu dire autrement.

L : Est-ce que l'écriture a développé votre sensibilité à l'humain en tant que médecin ou bien est-ce l'inverse ? C'est-à-dire que votre profession de médecin a-t-elle développé votre sensibilité et donc a modifié votre écriture ou les deux à la fois selon les périodes ?

PQ : Probablement les deux. J'ai publié de nombreux travaux scientifiques, chez l'homme et même chez l'animal. Mais la « science » ne doit jamais être un écran à l'humanisme et à une médecine que je ne conçoit que comme une *religion de la sensibilité* ! Je ne suis pas un scientifique désincarné. Une des raisons qui m'a poussé à écrire et qui me pousse encore à le faire est précisément ma colère face à certaines incompréhensions à l'égard de la médecine. Vous voulez mon credo ? Il faut écrire, parler, communiquer, certes, mais il faudra aussi *revaloriser l'acte médical clinique*, sinon on n'arrivera pas dissiper les malentendus. Je ne dis pas que le scanner, l'IRM, la biologie... ne soient pas importants, ni essentiels même bien sûr dans leurs bonnes indications. Mais, sur le plan humain comme sous l'angle économique, je prétends qu'une consultation de qualité, qu'elle soit libérale ou hospitalière, vaut de *l'or*. La médecine a énormément progressé grâce à la science, mais elle est aussi parfois « malade de sa science ». *En médecine, ce qui compte le plus est souvent ne se compte pas.*

Je ne suis pas le seul à le dire mais il me semble que la balance est dans une certaine incompréhension de l'humain en médecine. Et pas dans le sens romantique du terme mais,

bien dans le quotidien, au sens éthique et économique. Je suis persuadé que c'est *surtout la non-qualité qui coûte cher*. Permettez-moi d'évoquer l'exemple d'un médecin de banlieue « difficile », installé en médecine générale à Villiers-le-Bel, avec lequel j'avais commencé à écrire un livre sur ses malades et qui, hélas, nous a quitté. Il m'avait demandé de finir d'écrire son livre. Mais pour ça il faut trouver un éditeur, ce qui n'est pas facile. Les éditeurs viennent quand on ne s'y attend pas et sont difficiles à trouver quand on en a besoin. Bref, je peux vous dire que ce qu'a fait le Dr. B. pour ses malades pendant 30 ans de carrière, ça vaut tous les médiateurs envoyés par les gouvernements que vous pouvez imaginer. Bien sûr, il n'y a personne pour le remplacer. Et c'est ça que j'ai envie de dire : « Remplacer l'unique médecin généraliste de Villiers le Bel, c'est très important ! »

L : Quelles sont les relations que vous entretenez avec la communauté littéraire en général, avec vos éditeurs ?

PQ : Avec les éditeurs dits « grand public », c'est compliqué !

Après le premier *Soulager la douleur*¹, pourquoi j'ai fait des livres chez Odile Jacob, je n'en sais strictement rien. Là-dessus, je continuais à écrire ce qui a donné *Le malade n'est pas un numéro*². Un jour, je rencontre Odile Jacob par hasard dans un restaurant où je déjeunais avec des amis, elle me dit : « Je suis sûr que vous avez un manuscrit, envoyez-le moi ». Ce que je fais le lendemain. Et 10 jours plus tard, je reçois une réponse qui dit « Je prends votre livre, mais il doit être écrit dans les 2 mois. » Et finalement, ça a donné ce livre. Par contre, le bouquin que j'ai fait avec Piem, *La douleur à bras-le-corps*³, je l'avais fait publier une première fois par un petit éditeur proche des étudiants, et j'avais envie de le publier pour le grand public, et là ça a été un petit peu plus dur.

L : Est-ce que vous pensez que votre titre de professeur vous a aidé à être publié plus facilement ?

PQ : Ce n'est pas certain. Et je reconnais à Odile Jacob le mérite de publier des ouvrages comportant des messages originaux.

L : Que pensez-vous de l'auto-édition, de l'édition à compte d'auteur ? Pour le recueil de poésie, vous l'auriez fait ?

PQ : On m'avait dit que pour la poésie, je ne trouverais jamais d'éditeur et que je devrais publier à compte d'auteur. C'est le cas. Mes poèmes sont donc publiés aux « Editions Patrice Queneau » ! Formidable, non ? Et Finalement j'ai trouvé un éditeur pour m'aider dans la finition de ce livre et aussi pour m'aider peut-être à le diffuser... Mais, j'y tiens, mon livre est publié aux « Editions Patrice Queneau » ! Que voulez-vous, je ne suis pas ministre, ancien ou futur ministre ! La question cruciale est celle de la diffusion. J'aimerais faire connaître mon petit recueil de poèmes, absolument pas pour gagner de l'argent, mais pour penser, espérer que quelques personnes écouteront un tout petit peu ce que j'ai voulu dire. Est-ce prétention de ma part ? Par contre, je n'aurais pas envie de faire un livre sur la médecine à compte d'auteur.

¹ Patrice Queneau, Gérard Ostermann, *Soulager la douleur*, Éditions Odile Jacob, Paris, 1998, 316 p.

² Patrice Queneau, Damien Mascret, *Le Malade n'est pas un numéro !*, Éditions Odile Jacob, Paris, 2004, 352 p.

³ Patrice Queneau, Pierre Grandmottet, Gérard Ostermann, dessins de Piem, *La douleur à bras-le-corps*, Éditions Médicis, Paris, 2007, 175 p.

L : Considérez-vous le fait de faire des conférences, des lectures publiques, des interventions, d'animer des débats, soit en milieu scolaire ou universitaire, dans les bibliothèques... comme quelque chose d'essentiel, de secondaire ou de complètement extérieur à votre activité littéraire ?

PQ : J'aime beaucoup faire des conférences-débats et, en ces occasions, de parler un peu de mes livres. Je crois que c'est très important le débat avec tous les publics, que ce soit à partir d'un livre ou non.

L : Y a-t-il une question qu'on ne vous a jamais posée au sujet de votre activité littéraire et que vous aimeriez qu'on vous pose ?

PQ : Une question qui se pose en filigrane, c'est en quoi la relation avec la littérature est positive dans un métier qu'on veut décrire comme scientifique et technique et qui l'est d'ailleurs de plus en plus.

Il y a des gens qui m'ont déjà posé cette question, ce n'est donc pas tout à fait une première. Disons en tout cas que c'est une question essentielle ! La question qui peut se poser est la suivante : mon recueil de poésies sur la lune et le vent sera publié à temps pour le salon du livre de St Étienne et il serait intéressant de savoir si les gens vont être enclins à lire ce recueil parmi tous les essais que j'ai écrits par ailleurs.

[NB : Cela a été le cas...]

L : Pensez-vous que le genre littéraire de la poésie dégage une sensibilité particulière par rapport à l'essai, au roman... ?

PQ : Oui, probablement.

L : Les gens qui écrivent la poésie ont-ils selon vous un regard différent, une sensibilité différente du fait qu'ils savent manier la langue de façon imagée ?

PQ : La poésie est très éloignée de l'essai. Mes poèmes sont courts et... se veulent denses. Une étape suivante serait d'écrire une pièce de théâtre sur la médecine. Ça me plairait beaucoup car je pourrais y déverser des torrents d'humour et d'ironie. Actuellement j'écris d'autres poèmes, des petites histoires, des flashes. J'aime beaucoup la forme des contes, dont l'inspiration me vient principalement des personnes et des situations du quotidien, notamment de la bêtise prétentieuse de nombre de nos contemporains ! Vive l'humour, dont mon illustre homonyme, Raymond Queneau, disait qu'il est « une tentative pour décaper les grands sentiments de leur connerie ! »

Pas mal, non ?

Merci pour cet entretien, qui me fait prendre conscience de certaines choses, dans ma démarche de médecin-écrivain !

Entretien avec Monsieur le Docteur André LEDU Le 30 Octobre 2008 – Clermont Ferrand

L : Dans quelle faculté de médecine avez-vous effectué vos études et en quelle année ?

AL : A Clermont Ferrand de 1958 à 1966, année de mon installation.

L : Pourquoi avez-vous choisi la médecine générale et ensuite la médecine du travail ?

AL : La médecine générale : je dirais par défaut, car j'aurais préféré faire une carrière littéraire, mais j'en avais été dégoûté par un professeur. J'ai rencontré un médecin pour lequel j'ai eu beaucoup d'admiration, et cela m'a décidé à faire médecine. Quant à la médecine du travail, c'est pour revenir au tout début. Je me suis payé mes études moi-même en étant ouvrier d'usine. Je voulais connaître le monde du travail. Je l'avais connu en tant qu'ouvrier. Je voulais donc le connaître en tant que médecin. J'ai eu la chance de faire mes études à une époque où on n'allait en faculté que 7 mois par an. On avait 5 mois pour travailler. Je suis ainsi revenu à la case départ, mais de l'autre côté de la barrière.

L : Avez-vous reçu un enseignement autre que médical pendant vos études ? (littérature, philosophie, sociologie, sciences humaines, etc....)

AL : Non, pas du tout. Rien en ce qui concerne l'homme. J'ai fait en même temps une licence de physique, mais rien en ce qui concerne la philosophie ou la littérature.

L : Pensez-vous que cet enseignement ait sa place dans les études de médecine ?

AL : Il y a de la place sûrement, mais je crois qu'il faut que les étudiants soient libres de leur recherche. Qu'on leur donne des thèmes, des lignes, mais que ce soit eux-mêmes qui recherchent. Pas un enseignement ex cathedra. Dans la mesure où ce sont des sciences humaines et un choix de l'étudiant, je pense que c'est une recherche personnelle, de lui-même et de la réflexion du rapport qu'il aura à l'autre. C'est une bonne idée, car je trouve que les études de médecine sont maintenant trop techniques. L'homme est considéré de plus en plus comme une machine, dont on peut remplacer des pièces. Je vois que, chez mes jeunes confrères, je ne retrouve pas cette qualité essentielle qui était le rapport à l'homme. Peut-être faudrait-il l'enseigner ? Je crois que cela tient au fait que les facultés sont devenues le domaine des scientifiques, alors qu'avant, elles étaient le domaine des humanistes. J'ai eu des professeurs qui étaient des humanistes. Maintenant les jeunes professeurs sont des scientifiques. Peut-être faudrait-il faire en parallèle des études de philosophie ?

L : Pensez-vous que la littérature, sous quelque forme que ce soit, puisse aider l'étudiant dans sa relation de soin ?

AL : Oui, si vous faites référence à *La maladie de Sachs*¹, cela peut aider. Mais je fais référence aux deux médecines que j'ai vécues : j'ai vécu une médecine humaniste, où la

¹ Martin Winckler, *La maladie de Sachs*, P.O.L., Paris, 1998, 474 p.

littérature n'était peut-être pas une obligation, mais dans cette médecine il y avait une part de rêve, une part de... comment dirais-je... de non- scientifique. Maintenant, dans la mesure où la médecine est devenue plus cartésienne, peut-être que la littérature peut aider les jeunes médecins à s'évader.

J'ai toujours dit qu'en médecine 2 et 2, ça ne fait pas 4. 2 et 2 ça a fait 3,90 puis à partir de 1950, ça a fait 3,95 puis 3,97, puis 3,98. Quand j'ai fait mes études de médecine, ça faisait 3,97. Maintenant, ça fait 3,98 ou 3,99 et c'est ce petit pourcentage là qui devrait rentrer dans un cadre littéraire.

L : Est-ce que le fait de lire une histoire permet d'avoir un autre point de vue que le point de vue justement scientifique sur l'homme ?

AL : Bien sûr. Je pense encore une fois, sans enfoncer des portes ouvertes, que la littérature (romanesque) permet de vous échapper du monde et du quotidien. C'est une littérature qui n'est pas celle du mystérieux comme celle qu'on fait lire actuellement aux enfants. (Harry Potter ou autre.) Oui je pense que la littérature romanesque permet de s'évader et cela doit - cela peut - ouvrir l'esprit sur le médical, j'en suis sûr.

L : Est-ce que vous connaissez le concept de Narrative Medicine ?

AL : Pas du tout.

L : Le concept de Narrative Medicine a été créé par les anglo-saxons il y a une trentaine d'années. Il consiste dans le fait de considérer le patient dans sa globalité avec toute son histoire, son récit. [...] C'est le fait de prendre en compte tous les événements extérieurs ou intérieurs de la personne et de ne pas la réduire à un seul diagnostic ou signe clinique. Aux États-Unis, les professeurs demandent aux étudiants de raconter l'*histoire* de leur patient. C'est donc utilisé comme une méthode d'apprentissage dans certaines facultés pour prendre conscience que la personne n'est pas uniquement, par exemple, une jambe cassée.

AL : Je crois que les médecins américains le tirent de la littérature...Prenez par exemple, *Les raisins de la colère*¹, à un moment, le camionneur s'arrête et fait monter un gars qui est sur le bord de la route, puis il passe la première, puis la seconde qu'il fait craquer, puis la troisième, puis la quatrième. Steinbeck décrit la façon de changer les vitesses du camion. Un romancier français écrirait : « Il a fait monter l'auto-stoppeur dans son camion et il a démarré. » On s'en tient au démarrage du camion. Depuis toujours, dans la littérature américaine, comme dans la littérature russe d'ailleurs, le moindre détail compte. [...] Je crois que les médecins et les professeurs américains qui décrivent cela, l'ont découvert à travers la littérature américaine, et c'est très intelligent. Encore une fois, dans la mesure où nous devenons trop scientifiques, nous perdons complètement cette notion de l'environnement du malade. Quand je passais avec mes patrons au lit du malade, il y a 50 ans, le pauvre homme s'était cassé la jambe en entrant dans son écurie parce qu'il avait mal nettoyé ses sabots. Il y avait toute une histoire qu'il avait racontée, qui nous faisait un peu rire, et il était replacé dans son cadre. On le voyait presque dans son écurie. Maintenant on oublie que l'agriculteur a glissé dans son étable. Il a une fracture multifocale, on lui a mit un clou. Point et ça s'arrête à ça ! Alors, je comprends la *Narrative Medicine*, que je ne connaissais pas du tout, à travers la littérature américaine. [...] Et je pense que le petit détail, en médecine, est quelque chose de très important. Il est très

¹ John Steinbeck, *Les raisins de la colère*, Gallimard/Folio, 1972, 640 p.

important pour une raison : quand vous avez interrogé le patient, si vous avez noté le petit détail ou que vous l'avez entendu, vous devenez tout de suite beaucoup plus humain. Vous vous intéressez à lui, à sa vie, à sa vie de tous les jours. Je suis tout à fait d'accord avec ce concept que je ne connaissais pas. Mais, dans ma tête, c'était quelque chose de naturel.

L : Est-ce que c'est votre sensibilité qui vous a fait écrire ? Ou est-ce l'inverse : est-ce que le fait d'écrire a développé votre sensibilité à l'humain au travers de votre métier de médecin ?

AL : Oui, le fait d'être médecin développe votre sensibilité. Alors, vous l'avez ou vous ne l'avez pas au départ, mais ça développe votre sensibilité. Est-ce que la littérature va aider à développer cette sensibilité ? Je l'ignore. Je ne sais pas parce que les deux sont profondément ancrés en moi. De toute façon, ce dont je suis sûr, c'est que ce n'est pas la médecine qui m'a poussé à écrire, bien que, dans mes livres, je sens très bien qu'il y a beaucoup de médecine. On ne parle bien que de ce qu'on connaît bien. Mais ce n'est pas la médecine qui m'a poussé à la littérature. Je dirais plutôt que c'est la médecine qui influence les histoires que je raconte. C'est l'inverse.

L : Si vous n'aviez pas été médecin, quel métier auriez-vous pu faire et auriez-vous écrit ?

AL : Oui, si je n'avais pas été médecin, j'aurais été menuisier. J'aime beaucoup le bois, car le bois, c'est la nature, c'est la vie. D'autre part, un atelier de menuisier, ça sent bon. Je connais énormément les essences d'arbres, et ça m'intéresse. Je suis beaucoup intéressé par le bois et la menuiserie. Si j'avais une autre vie, je serais donc menuisier et j'écrirais.

L : Écriviez-vous pendant vos études de médecine ?

AL : Pendant mon adolescence, j'ai écrit beaucoup d'histoires pour les journaux des lycées, des colonies de vacances, etc.... Pendant toute ma vie de médecin, j'ai écrit des centaines et des centaines de chansons sur des airs connus, pour des amis, des fêtes etc....et je regrette d'ailleurs beaucoup qu'elles se soient dispersées car il y avait des choses marrantes. Je n'ai pas écrit que des romans, de nouvelles.

L : Avez-vous l'impression quand vous écrivez, de « vider votre sac » ?

AL: Non pas du tout. L'écriture, c'est une évasion complète, mais ce n'est pas une thérapie. Pas du tout. Je n'en veux à personne, ce n'est pas une thérapie. Disons plutôt que c'est la matérialisation d'un rêve.

L : J'avais déjà posé cette question dans le questionnaire mais je vous la repose car l'entretien permet d'y répondre plus librement : vous définissez-vous comme écrivain ? Et si oui selon quels critères ?

AL : Je ne me décris pas comme écrivain. D'une part je n'ai pas la formation d'un écrivain. Je n'ai pas fait d'atelier d'écriture. Je n'écris pas tout à fait comme je parle car j'ai eu la chance d'avoir au lycée des professeurs de français tout à fait exceptionnels. Non, je me définirais plutôt comme un conteur qui écrit, avec tout ce que cela suppose de fautes. Par exemple, il m'est arrivé de corriger les livres d'amis qui écrivaient comme ils parlaient. Ils avaient confondu parler et écrire. Mais je ne me définis pas comme écrivain, mais comme un conteur qui écrit des histoires.

L : L'écriture est-elle pour vous une souffrance, une nécessité, un plaisir, un travail, les quatre à la fois ?

AL : Une souffrance, absolument jamais ; Une nécessité vitale, par moment. Parce que une histoire m'a tellement pénétré et je vis tellement avec mes personnages que je suis obligé d'écrire l'histoire, sinon cela m'empêche de vivre. Je vis avec un héros ou une héroïne en permanence...et je le vois fonctionner. Cela devient pénible. Parfois, d'ailleurs, j'ai envie de le tuer parce qu'il m'envahit. Un plaisir, toujours parce que tout ce qui a attiré à l'art vous procure du plaisir... – je ne me considère pas comme un artiste. Je pense qu'un peintre lorsqu'il prend du recul et regarde son tableau, y prend du plaisir. Je reviens de l'exposition sur les peintres et sculpteurs à Baden Baden, et je pense que lorsque Miró voyait sortir de chez le sculpteur une de ses œuvres, il devait y prendre du plaisir, en reculant, en la voyant sur un beau parterre de gazon. Je ne dis pas qu'il n'y a pas de la souffrance derrière. Il y a du travail et toute activité humaine nécessite un travail. Mais c'est un travail enrichissant parce que, quand vous écrivez, vous êtes constamment confronté à des problèmes de syntaxe, de grammaire, et puis vous allez chercher dans plusieurs dictionnaires qui vous emmènent sur un mot, puis vous dérapez sur un autre mot, puis vous trouvez un homonyme, etc.... C'est un travail de recherche intéressant. C'est toujours un plaisir.

L : Vous sentez-vous obligé parfois d'écrire ce qu'on attend de vous parce que vous êtes médecin ?

AL : Non pas du tout. C'est totalement libre. Par contre, j'ai écrit un petit recueil qui commence par mon credo de la médecine. Cela a donc été évacué une fois pour toutes. Mais ça ne transparait pas du tout dans un roman, car en ce qui me concerne, ça n'a aucun intérêt. De même qu'il ne me serait jamais venu à l'idée d'écrire mes mémoires de médecin, car c'est quelque chose qui m'est personnel. Ça ne m'aurait même pas effleuré. Dans *Ma pharmacie familiale*¹, il y a juste quelques anecdotes amusantes pour égayer un petit peu. Mais, non, écrire est une évasion pure.

L : Rapprochez-vous la souffrance du soignant, (touché par l'empathie) de celle parfois nécessaire de l'acte de création ?

AL : En ce qui me concerne, pas du tout. Je crois même que ce serait l'inverse : la souffrance du soignant m'inciterait à me replier sur moi-même et non pas à écrire. Mais il y a probablement des médecins qui éprouvent ce besoin. Je dirais que la souffrance du soignant me rendrait totalement inactif et improductif.

L : Est-ce que vous éprouvez une satisfaction dans votre travail d'écriture ou est-ce une perpétuelle remise en cause, un sentiment d'inachevé, un doute perpétuel... Vous parliez du doute chez le médecin, est-ce la même chose pour l'écriture ?

AL : Exactement, vous ne pouvez jamais être satisfait de ce que vous avez fait. Si on doute, la satisfaction n'existe jamais ou rarement. Mais, encore une fois, c'est personnel. Quoique parfois, en relisant des passages que j'ai écrits, il m'arrive de me dire : « Tiens, ce n'est pas si mal que ça en définitive ! », mais ça s'arrête là. La plupart du temps, quand je relis, je me dis

¹ André Ledu, *Ma Pharmacie familiale*, Dômes éditeurs, 2005, 161 p.

que j'aurais pu mieux faire, tourner une phrase autrement... Je suis mon autocritique. J'ai la satisfaction de m'être débarrassé d'une histoire qui m'envahit. Mais je n'ai pas la satisfaction d'avoir créé une œuvre. Du coup, on en revient peut-être à quelque chose de thérapeutique.

L : Avez-vous des temps fixes pour écrire ?

AL : Pas du tout.

L : Alors, par exemple, vous êtes en consultation et une idée vous traverse. Est-ce que vous allez noter trois lignes ? Autrement dit, est-ce que vous arrivez à basculer de l'un à l'autre facilement ou est-ce que ce sont deux personnages bien séparés ?

AL : Je ne suis pas capable d'écrire en pleine consultation. Ce sont des moments bien différenciés. Lorsque je suis médecin, je ne peux pas m'en échapper, je suis tout à mon diagnostic, à ma relation avec mon patient. Par ailleurs, je n'écris pas tous les jours. Je vais parfois rester quatre ou six mois sans écrire. Il faut le temps que l'œuvre se construise, que les personnages deviennent crédibles, que je voyage pour trouver des lieux et des situations qui soient elles-mêmes crédibles et que le lecteur puisse retrouver au cours de ses balades. Par contre, quand tout est amassé et rassemblé, il faut écrire. C'est comme une recette de cuisine. Après, je peux y passer des nuits et des week-ends complets. En ce moment, j'ai une histoire qui est en train de murir tout doucement, et je la laisse murir. Elle est commencée, je sais où elle va, je connais le début et la fin, mais je manque encore de beaucoup de documents pour qu'elle soit crédible, donc j'attends, et rien ne presse. C'est la médecine qui me fait vivre, ce n'est pas l'écriture.

L : Avez-vous envisagé, indépendamment de la contrainte financière, d'arrêter la médecine pour ne vous consacrer qu'à l'écriture ?

AL : Oui, je regrette même de ne pas l'avoir fait. Il y a 25 ans environ, j'ai laissé la médecine générale pure pour faire de la médecine générale orientée sur la mésothérapie et l'ostéopathie. Maintenant j'en ai le regret, j'avais la possibilité de laisser la médecine pour devenir écrivain. Je n'avais aucune obligation financière qui m'obligeait à faire de la médecine. Mais je crois qu'en définitive, la médecine me colle à la peau plus que l'écriture.

L : Quelles relations entretenez-vous avec la communauté littéraire ?

AL : J'ai peu de relations. J'ai des relations avec une habitante de ma commune qui écrit des poèmes, donc nous nous rencontrons de temps en temps. Et il y a, à Clermont-Ferrand, un café littéraire où, tous les mardis soir, les auteurs viennent présenter leurs œuvres. Je m'y rends de temps en temps. Par ailleurs, je vais à quelques foires aux livres, mais rarement. J'ai donc peu de relations avec la communauté littéraire.

L : Comment avez-vous commencé à construire votre maison d'édition ?

AL : par nécessité...

L : Ne trouvant pas d'éditeur ?

AL : Dans l'urgence je dirais. Il fallait absolument que je sorte un livre¹ très rapidement pour réunir des fonds pour la Ligue contre le cancer. Ce livre s'est très bien vendu, et ça avait rapporté une somme conséquente à la Ligue. Et puis, partant du principe qu'on n'est jamais si bien servi que par soi-même, j'ai continué. J'avais sollicité des grandes maisons d'édition. Mais c'est toujours un peu pénible d'attendre le refus, qui est, il faut le dire, un peu vexant – votre petit égo en prend un coup. Puis l'erreur que j'ai faite, c'est de vouloir continuer à m'éditer moi-même, alors que je n'avais pas de diffuseur. J'ai appris plus tard [...] que le diffuseur est celui qui prend le plus gros bénéfice. Il prend plus que le libraire, que l'éditeur ou l'imprimeur. Ce qui coûte le plus cher en définitive, c'est la diffusion. Je ne pouvais pas me permettre de sortir des milliers d'exemplaires de mes romans, car cela nécessitait un investissement trop important, et ensuite de les confier à un diffuseur qui les mettait en dépôt dans une librairie. C'est une mise de fonds relativement importante.

L : Vous m'avez dit que vous avez fait quelques lectures, quelques interventions dans des collèges. Considérez-vous que cela fait partie intégrante de votre activité littéraire ou pas du tout ?

AL : Non, je le fais, en plus, à la demande. Je considère cela plus comme un loisir que comme une activité.

L : Comment votre entourage perçoit-il votre activité d'écrivain ?

AL : Première chose, ils en tirent une certaine fierté parce qu'à chaque fois que papa sort un livre, il a sa photo dans le journal. Deuxièmement, ils deviennent, tout de suite, critiques littéraires alors qu'ils ne le sont pas d'habitude, sauf ma fille écrivain bien sûr. Et puis, ils me donnent des conseils : « Celui-ci tu devrais essayer d'en faire un film, celui-là tu devrais.... » Ils en tirent donc une certaine fierté.

Mais il y a une question que vous n'avez pas évoquée et qui est, je pense, intéressante : Est-ce que la littérature pour les médecins, comme toute "œuvre artistique", n'est pas une façon de marquer son passage vis à vis de sa postérité ? Je crois que c'est ça aussi d'une certaine façon. Inconsciemment. Mais j'en ai pris conscience récemment en poussant un de mes amis à faire des livres de cuisine parce qu'on cuisinait ensemble, et il ne voulait pas faire de livres. Je lui ai dit : « Je te les édite ces livres de cuisine. Tu ne t'occupes de rien, tu fais les recettes. Ça marquera un passage auprès de tes enfants, de tes petits enfants, etc. » Je suis sûr qu'il y a peut-être de ça aussi, inconsciemment.

L : Y a-t-il une question qu'on ne vous a jamais posé sur votre activité d'écrivain et que vous aimeriez qu'on vous pose ?

AL : C'était celle là en définitive. Il n'y en a pas d'autre.

¹ André Ledu, *L'illusionniste*, Dômes Éditeur, Clermont-Ferrand, 2003, 445 p.

Entretien avec Monsieur le Docteur Julien Cohen-Solal Paris – le 4 Novembre 2008

L : Dans quelle faculté de médecine avez-vous fait vos études ?

JCS : J'ai commencé à la faculté d'Alger en 1944 où j'ai fait les 2 premières années de médecine après le PCB. J'ai été très fier d'avoir été reçu premier au PCB. Puis je suis venu à Paris en 1946 où j'étais stagiaire à Necker-Enfants malades. Les études de médecine étaient très faciles en tant qu'études, seul l'internat était difficile. J'ai été reçu au quatrième concours [...] où j'ai été vingt-septième à l'écrit. A l'oral, cela n'a pas été très facile parce qu'un patron voulait me descendre. A l'époque, il valait mieux être un fils de patron qu'un externe prometteur. J'ai, enfin, été reçu, après avoir été deux ans interne provisoire. (J'ai fait le compte, un jour, que j'avais pris 550 gardes pour lesquelles vous commencez à 8 heure le matin et vous finissez le lendemain à 2 heure de l'après midi, c'est « duraille » !). J'ai donc fait 6 ans d'internat, plus un an de gardes comme médecin militaire, lors de mon service. Mais j'ai appris beaucoup de choses. A l'époque, j'étais interne alors qu'on ne soignait pas les méningites tuberculeuses ni les leucémies. Et on disait : « Il y a deux diagnostics qu'on fait le plus tard possible - alors que le diagnostic doit être fait le plus tôt possible - car c'est un arrêt de mort, les méningites tuberculeuses et les leucémies ». Puis j'ai vu arriver les traitements de la tuberculose et, en particulier celui des méningites tuberculeuses par injection de streptomycine *intra-thécale*. Et cela m'a toujours frappé, j'ai vu des enfants guérir après 200 ponctions lombaires ... C'est pour cela que je suis toujours étonné des progrès de la médecine. [...] Les progrès de la médecine sont colossaux. Je suis frappé du fait que l'homme est à l'origine de ces progrès, mais ils sont tels, que je me demande jusqu'à quand il sera capable de les gérer. (Moi-même, actuellement, j'ai une bonne culture médicale, je ne sais pas lire un résultat d'examen génétique. Je lis les conclusions, mais je suis inapte à lire l'ensemble du résultat, vous vous rendez compte de ce que ça veut dire ? Bon je ne suis plus la médecine comme je la suivais il y a 15 ans, mais tout de même...)

L : Avez-vous reçu pendant vos études un enseignement de sciences humaines, ou d'histoire de la médecine, ou de philosophie ?

JCS : Pas du tout...

L : Auriez-vous aimé recevoir un tel enseignement ?

JCS : Je n'en sais rien. Actuellement il y a des comités d'éthique, etc..... L'éthique joue un grand rôle dans la médecine et est nécessaire. Mais à l'époque, ce n'était pas le cas, on ne faisait pas des embryons congelés... Vous vous rendez compte que, dans quelque temps, on pourra mettre- peut-être - n'importe quel œuf embryonnaire dans n'importe quel utérus, y compris peut-être animal. Et on cherche toujours son papa, sa maman ... Alors, vous

imaginez le fœtus qui aura été mis dans un utérus de vache, quand il sera grand, il dira : « Où est ma maman ? » et on lui répondra : « Elle broute. »

L : Pensez-vous que la littérature, la lecture d'ouvrages autres que médicaux puisse enseigner une part de l'homme aux étudiants en médecine ?

JCS : J'ai toujours pensé qu'il faut lire. Les enfants qui ont 7 ou 8 ans, qui travaillent bien, qui sont un peu en avance, sont des enfants qui lisent. Il faut donc lire. C'est extrêmement important. Par exemple, pour écrire mon livre sur *Les deux premières années de la vie*¹, j'ai lu Pierre Teilhard de Chardin, passage obligé pour prendre conscience du développement de l'être humain. Je dis qu'on est le fruit de son histoire. Réfléchissez sur vous même, demandez autour de vous aux gens de réfléchir. Chaque enfant est le fruit de son histoire et comme le dit Maurice Atlan : « Le véritable vouloir est inconscient. » Les enfants ne sont pas fabriqués par le conscient parental. C'est pour ça que je n'utilise jamais le terme éducation, ni le terme de volonté. On dit, depuis longtemps, que les bébés sont en relation avec l'inconscient maternel. Lorsqu'on voit un enfant de 7 ou 8 ans à problème, on tombe - et il faut le débrouiller - sur l'histoire de sa mère, de son père et même de sa grand-mère ou son grand-père. C'est très important.

L : A partir de quel moment avez-vous commencé à écrire ?

JCS : À partir du moment où j'ai su que je serais collé à l'agrégation de pédiatrie, j'ai eu très envie d'écrire. J'étais, surtout très ami avec René Goscinny, qui écrivait beaucoup. Quand il écrivait un album, il y réfléchissait pendant des mois, et après il l'écrivait en trois ou quatre jours. Et pendant qu'il rédigeait, chaque jour il me téléphonait en me disant : « Je n'ai plus d'idée, je me flingue, cette fois c'est sûr. » Il ne s'est jamais tué, Dieu merci, et il était génial. Et c'est donc là que j'ai – un peu sous son influence, mais j'en avais envie déjà avant – sorti mon premier livre en 1975.²

L : Vous définissez-vous comme écrivain ?

JCS : Pas du tout. Je ne suis pas un écrivain, je suis un écrivain de raccroc. D'ailleurs, je dois dire que je n'ai aucune imagination. La médecine est faite de la relation au réel. Et le plus important en médecine est de faire un diagnostic et de connaître la clinique. Quand on connaît la clinique, on est attaché au réel. Je n'ai aucune imagination et je serais totalement inapte à être écrivain, totalement misérable. J'ai essayé d'y réfléchir, je m'endors.

L : Du coup, est-ce qu'en tant que médecin, vous vous sentez obligé d'écrire ce qu'on attend de vous ?

JCS : Pas du tout. Je me suis senti, un certain temps, obligé d'écrire parce que j'ai estimé que la pédiatrie ne jouait pas bien son rôle. J'ai donc eu envie de montrer quel était ce rôle global.

¹ Julien Cohen-Solal, *Les deux premières années de la vie*, Robert Laffont, Paris, 1982, 343 p.

² Julien Cohen-Solal, *Comprendre et soigner son enfant*, nouvelle édition revue et entièrement corrigée, Robert Laffont, Paris, 2004, 619 p.

L : Les histoires de vos patients ont-elles été, ou pourraient-elles être, sources d'inspiration ?

JCS : Elles sont sources d'inspiration. D'ailleurs il n'y a qu'à lire *Les deux premières années de la vie*¹, je raconte des histoires de patients. Je ne les cite pas. Tout mon parcours d'écriture est fait de la réminiscence d'histoires. Je raconte dans le livre qu'une mère s'est fâchée une fois parce que je lui disais : « Vous n'allez pas bien donc votre enfant ne peut pas aller bien. » Elle m'a crié : « C'est un délire de pédiatre. » et elle est partie, puis elle est revenue deux ans plus tard avec son deuxième enfant en me disant : « Vous aviez raison, si je suis bien, il est bien, si je suis mal, il est mal ». Je pense que mon subconscient est nourri de mes histoires, que j'ai oubliées même, mais qui l'alimentent.

L : C'est votre sensibilité de médecin qui vous a poussé à écrire ?

JCS : Je crois, et en outre, le fait que mon frère aîné, qui est mort à 54 ans, écrivait très bien. Ensuite, c'est ma sensibilité de médecin, et la rencontre avec Goscinnny.

L : Rapprochez-vous la souffrance du soignant – inévitable car on a de l'empathie – et celle parfois nécessaire de l'acte de création littéraire ?

JCS : Je ne sais pas. Honnêtement, je ne peux pas répondre à cette question, car je ne suis pas un créateur littéraire.

L : Quels rapports entretenez-vous avec la communauté littéraire, le monde de l'édition ?

JCS : Actuellement aucun, sauf par l'intermédiaire de mon fils, directeur d'une maison d'édition. Mais comme je le raconte dans *Cinq sous de glace*², lorsque j'ai sorti mon premier livre, j'ai été très frappé par la différence entre le monde de l'édition et le monde de la médecine. Dans le monde de la médecine, tout le monde était contre tout le monde... Dans le monde de l'édition, on vous aide. Enfin je ne sais plus comment est actuellement le monde des concours. Je pense que cela doit être différent de ce que c'était il y a 45 ans.

L : Comment avez-vous trouvé le temps d'écrire au milieu de votre vie de médecin ?

JCS : Je n'ai trouvé le temps d'écrire que sur mon temps de vacances. Le soir, il est très difficile d'écrire car il faut être clair dans sa tête. Donc j'ai toujours écrit en vacances le matin, entre 8 heures et 11 heures, et en début d'après midi entre 15 heures et 17 heures. Chaque livre m'a pris environ trois années.

L : Comment votre entourage perçoit votre activité d'écriture ? Vos livres ?

JCS : À l'époque, ils le percevaient très bien. Maintenant, je ne sais pas comment ils le percevraient. Mais je vous rappelle l'histoire de ma fille : Lorsque j'ai reçu mon premier livre en 1975, elle avait 13 ans et elle l'a parcouru. Le lendemain, elle nous a dit – à sa mère et à

¹ Julien Cohen-Solal, *Les deux premières années de la vie*, Robert Laffont, Paris, 1982, 343 p.

² Julien Cohen-Solal, *Cinq sous de glace, cinquante années de pédiatrie*, Odile Jacob, Paris, 2001, 262 p.

moi – : « Vous auriez bien fait de lire ce livre avant de nous élever.... » A la fois une critique et un compliment.

L : Y a-t-il une question qu'on ne vous a jamais posée sur vos livres et que vous aimeriez que l'on vous pose ?

JCS : Je ne sais pas, cela ne me vient pas à l'esprit... La question importante à laquelle je peux répondre sans qu'on me la pose, c'est qu'un médecin écrivain a de l'imagination. Moi, je n'ai pas d'imagination. Quand on est médecin, on est tellement attaché aux problèmes quotidiens, à la nécessité de faire un diagnostic, que, je pense, cela a, en fait, un peu tué mon imaginaire – enfin, celui pour les histoires... Je serais totalement inapte à écrire un roman.

L : Je vous remercie.

JCS : De rien, c'est moi qui vous remercie.

VU

NANCY, le 21 novembre 2008
Le Président de Thèse

NANCY, le 28 novembre 2008
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. LEDERLIN

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 2 décembre 2008

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Le médecin écrivain appartient, depuis l'Antiquité, aux personnalités reconnues universellement par la société. Depuis la Renaissance, il a fait preuve d'un véritable humanisme. Mais les infinis progrès techniques et scientifiques du siècle passé ont profondément bouleversé la médecine et les relations médecins-patients. *Le médecin ne soigne plus, il guérit.* La médecine s'est peu à peu déshumanisée. Comment se situe alors le médecin écrivain en France, aujourd'hui? C'est un homme ayant une double condition. Si les métiers d'écrivain et de médecin ne semblent pas compatibles sur le plan matériel, ils forment ensemble une complémentarité intellectuelle nécessaire pour pouvoir penser l'Homme dans toute sa globalité. Les médecins écrivains sont donc des hommes et des femmes qui donnent à lire le récit complet de l'histoire de nos patients. Les médecins écrivains utilisent un même et unique substrat dans l'acte de création littéraire que dans la relation à l'autre : la parole. L'écriture permet de canaliser l'angoisse et de développer l'empathie du médecin, en le rappelant à sa condition humaine. La littérature pense alors « l'impensé » du discours médical.

TITRE EN ANGLAIS

THE PHYSICIAN POET WRITER NOWADAYS IN FRANCE

CHARACTERISTICS AND BENEFITS OF WRITING IN THE PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2008

MOTS CLEFS : (1)

littérature – écrivains – relation médecin patient – médecine et littérature – poète – création artistique et littéraire – médecin écrivain – narrative medicine

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDŒUVRE LES NANCY Cedex
