

Revue Médical Suisse, 456-57, Nouveautés en médecine, 2014.

Editorial, 14 janvier 2015

«Les sciences humaines au cœur de la pratique médicale»

- [Louis-Courvoisier Micheline](#)
- [Marina Casselyn](#)
- [Bertrand Kiefer](#)

DOI: 10.53738/REVMED.2015.11.456-57.0004

Pourquoi avoir traduit les «Medical humanities» anglo-saxonnes par le terme Sciences humaines en médecine ?

C'est un terme concis et plus clair selon moi qu'«Humanités en médecine». L'expression «Sciences humaines en médecine» exprime l'idée de valoriser, dans l'enseignement de la médecine, des réflexions qui prennent appui sur les sciences humaines et sociales, mais aussi sur la littérature et les arts visuels. L'idée est de décaler l'approche, de donner aux étudiants des compétences complémentaires à leur formation purement médicale. Il ne s'agit donc pas d'une sorte de vernis culturel qui serait posé sur la médecine. La réflexion porte sur la même réalité médicale, mais au moyen d'autres outils intellectuels que nous essayons de transmettre aux étudiants. Dans notre programme, nous proposons des cours de philosophie, d'histoire et de littérature. La philosophie est évidemment centrale : non seulement elle représente le point d'appui de la bioéthique, mais aussi elle se trouve au cœur des notions couramment utilisées en médecine, comme celle de corps ou de santé. L'histoire, quant à elle, permet de mettre en perspective la réalité contemporaine et de lui donner une épaisseur temporelle dans un monde où chacun vit en permanence dans l'immédiateté. La littérature, enfin, est capitale. Elle permet notamment de mettre l'accent sur le langage dans ses multiples aspects. Or, le langage joue un rôle considérable dans la pratique médicale. Enfin, dès l'an prochain nous proposerons des cours d'histoire de l'art, pour apprendre à regarder et à considérer l'image, médicale ou non, avec des compétences spécifiques. Ces quatre disciplines, chacune dans sa spécificité, permettent de mettre à distance la réalité contemporaine de la pratique médicale et de féconder la réflexion des étudiants sur cette réalité. Nous ne sommes d'ailleurs pas les seuls à proposer ce type d'outils. Ils s'inscrivent dans d'autres projets, notamment le programme «Personne, santé, société», et dans les cours d'anthropologie médicale par exemple.

Les «Medical humanities» viennent des Etats-Unis, et ont disséminé en Europe dans les années 2000. En Suisse, la faculté de médecine de Genève s'est-elle montrée pionnière dans leur enseignement ?

Genève a fait partie de la première vague, mais c'est surtout dans leur application concrète qu'elle a fait œuvre de pionnier : des postes – un littéraire et un philosophe travaillent avec moi – et des heures d'enseignement ont très tôt été dégagés. Or, c'est dans ces aspects très concrets que se joue la réalité de l'enseignement. Qui travaille dans ce domaine ? Combien d'heures d'enseignement peut-on obtenir ? Un enseignement obligatoire ou à options ? L'adaptation des sciences humaines au système pédagogique médical est donc cruciale pour qu'elles puissent devenir pertinentes et jouer leur rôle. Notre chance est que la faculté de médecine de Genève est très accueillante et ouverte. Elle nous accorde une grande confiance dans le développement des programmes. Nous ne sommes pas les seuls en Suisse à avoir introduit un tel programme. D'autres facultés l'ont également fait, même si ce n'est pas sous la même forme que le nôtre. Les Académies suisses des sciences médicales et des sciences humaines et sociales participent activement au développement de ces programmes et à renforcer une cohésion entre les différentes approches. A Genève nous avons souhaité que les membres de notre équipe soient titulaires d'un doctorat dans leur discipline matricielle, ce qui permet de créer et une confrontation (dans son sens le plus noble) et un dialogue intellectuel entre deux cultures académiques très différentes. Je voulais également le double axe : cours à option et enseignement obligatoire. Je suis de plus persuadée que chaque enseignant doit maintenir sa propre recherche dans son domaine, que notre passion intellectuelle doit rester vivante, pour pouvoir être communiquée aux autres.

De quelle manière la littérature, qui semble bien plus artistique que scientifique, peut-elle être un instrument de compréhension en médecine ?

Lire un texte, qu'il soit d'archive ou littéraire, c'est comme écouter un patient. Ce que j'essaie de réveiller chez les étudiants n'est pas l'écoute empathique – beaucoup d'autres le font très bien en faculté de médecine – mais la rigueur et la précision de l'écoute intellectuelle. Qu'a dit mon patient ? Pourquoi utilise-t-il cette métaphore ici ? Que signifie-t-elle ? Quel est l'implicite véhiculé derrière les mots choisis ? Dans l'étude d'ouvrages, nous prenons certains passages, nous les découpons, nous les analysons et ensuite nous les interprétons. Je demande ensuite aux étudiants ce qui a été dit. C'est parfois lapidaire ! «Dans ce texte-là, il est écrit que les médecins sont des imbéciles.» Puis ils réalisent, en prenant chaque mot, en dépliant le vocabulaire au lieu de le réduire, ce qu'a voulu dire l'auteur. Je leur dis à chaque fois d'observer d'abord, et d'interpréter ensuite. Ce sont deux opérations intellectuelles complémentaires mais bien distinctes. Or tous, vraiment tous, nous interprétons automatiquement. J'entends également «Oui, mais c'est de la fiction» : nous entrons alors dans des réflexions sur ce que c'est que la réalité, ce qu'est la fiction, comment on compose un livre de fiction. Les romanciers le disent : c'est la réalité du monde dans lequel ils vivent qui inspire leur écriture, qu'elle relève de leur propre expérience ou de celle des autres. Les romans ne véhiculent pas des vérités mais des vraisemblances, des champs du possible qui

permettent une réflexion. Il serait dommage, voire impossible, d'opposer absolument la raison et l'imagination qui sont deux facultés de l'esprit qui se complètent, et concourent au développement de la créativité intellectuelle. Or cette créativité joue un rôle important dans la prise en charge de certaines situations cliniques complexes.

«... Il serait dommage d'opposer absolument la raison et l'imagination qui sont deux facultés de l'esprit qui se complètent ...»

Mais en quoi l'imagination est-elle utile ?

Je m'inquiète parfois de l'hyperrationalisation, qui est nécessaire mais qui peut aussi être très réductrice. Il me semble approprié de conserver une marge interprétative qui permette d'envisager certaines situations dans toute leur subtilité et dans toutes leurs nuances. Les patients qui font face au médecin n'entrent pas systématiquement et absolument dans le cadre décrit par les manuels. Dans ces cas, une capacité et une liberté intérieure de réflexion et d'imagination permettent de dénouer ces situations délicates. Par ailleurs, la question n'est pas de savoir si l'imagination est utile ou non, elle est là de toute manière. Notre préoccupation consiste plutôt à nous demander comment la rendre pertinente dans l'élaboration d'un jugement le plus précis possible.

De manière concrète, quels outils apportez-vous aux étudiants en médecine ?

Avant tout, nous leur apprenons à prendre un recul réflexif et tentons de leur offrir une gamme supplémentaire d'outils argumentatifs et interprétatifs. Les sciences humaines reposent sur la maîtrise de méthodes interprétatives spécifiques dans lesquelles peuvent puiser les étudiants pour évaluer une situation et prendre ensuite une décision appropriée. Il est vrai que ces outils interprétatifs s'enseignent de manière plus adéquate lors des cours à option qui se déroulent sur un semestre, ce qui laisse le temps de construire un cours structuré, et d'y déployer un déroulement réflexif rendu explicite pour les étudiants.

Mais les cours obligatoires ne vous laissent que peu de temps...

C'est vrai. Pour ces cours, qui ne représentent que deux heures dans l'année, le plus difficile est de trouver une approche, un thème et un matériel pertinents pour les étudiants. Il faut du concret. Comme j'ignore ce qu'est la pratique médicale au quotidien, je m'associe à des cliniciens avec lesquels j'ai beaucoup appris. Je leur soumetts tous les messages que je voudrais faire passer et nous choisissons ensemble lesquels sont les plus intéressants pour leur effet de révélateur du moment contemporain sur lequel les étudiants travaillent. S'ils sont en train de travailler sur la consultation médicale par exemple, j'utilise l'histoire comme un produit de contraste. J'interviens dans ce processus d'apprentissage en leur parlant de la consultation au XVIII^e siècle, non pas pour leur donner un contenu mais pour les aider à réfléchir sur la consultation du XXI^e. Nous comparons la place du corps, la rémunération, le lieu de la consultation, la figure du médecin, le déroulement de la consultation. Il est difficile à aux

étudiants d'aujourd'hui d'imaginer qu'à l'époque beaucoup de consultations se faisaient par lettres, qu'un contact avec le corps ne semblait pas nécessaire ! Ou plutôt, qu'il était incarné dans les mots. Le récit du patient représentait la base de la construction thérapeutique et diagnostique. Alors que maintenant la médecine interroge beaucoup le corps – les éléments biologiques, radiologiques, cliniques. A chaque contexte sa médecine.

Avez-vous l'impression que le langage médical est utilisé par les médecins actuels comme un instrument de pouvoir ?

La notion de pouvoir du langage est très complexe et très importante. Notre but est que les étudiants en prennent conscience, entre autres choses. On a oublié que le verbe est à la base de la relation thérapeutique. Mais je me méfierais des procès d'intention : un médecin peut donner une impression de supériorité par l'utilisation qu'il fait du langage médical, mais cette même utilisation peut aussi traduire le fait qu'il est démuné et que le langage médical représente pour lui le langage de confort. Il faut redonner de l'importance aux mots, apprendre à déceler tout ce qui est véhiculé implicitement dans le discours du patient comme dans celui du médecin. Il ne s'agit ni de psychologie, ni d'émotion, ni même de pouvoir. Il s'agit simplement d'un travail intellectuel rigoureux qui participe à une relation médecin-malade riche et empathique par la voie de la rigueur du langage. Enormément de malentendus passent par le langage.

Les patients ont perdu l'habitude de décrire leurs symptômes. Ils viennent parfois même avec leur propre diagnostic. Sont-ils en train de perdre le vocabulaire simple avec lequel décrire ses symptômes ?

N'étant pas médecin, il m'est difficile de répondre à cette question. Toutefois, pour étudier de très près les consultations épistolaires écrites par des malades au XVIII^e siècle, je suis frappée par la précision et la subtilité des descriptions qu'ils font de leurs sensations corporelles. Je ne sais pas si c'est l'écriture de la souffrance qui contraint à cette précision, ou si d'une manière plus générale les gens de l'époque étaient plus en contact avec les aspects sensoriels et charnels de leur corps. De plus, le langage médical et le langage «laïque» étaient très proches et s'articulaient autour des symptômes. Toujours est-il qu'actuellement certaines études montrent que l'écriture de sa souffrance peut avoir un effet thérapeutique. J'ai lu récemment dans un article sur l'asthme et la polyarthrite rhumatoïde que si l'on demandait à un groupe de patients de décrire leur journée, et à un deuxième groupe de décrire leur douleur, on pouvait réduire la prescription d'antidouleurs dans le deuxième groupe. L'écriture peut devenir un moyen de reprendre contact avec son corps. En cas de maladie chronique, de souffrance, s'adresser par écrit à quelqu'un, par la voie d'un mail, ou d'un blog, pourrait être une piste thérapeutique à explorer, à la condition que les patients s'accordent la possibilité de chercher leurs mots, de s'arrêter, d'observer, de décrire avec ou sans

métaphores ce que le corps vit. Au XVIII^e, la sensation corporelle est à la base du récit et le récit est à la base de l'action diagnostique.

«... certaines études montrent que l'écriture de sa souffrance peut avoir un effet thérapeutique ...»

Comment expliquez-vous le succès de cours de sciences humaines auprès d'étudiants en médecine à qui on attribuerait plutôt un esprit scientifique ?

Il se trouve qu'un grand nombre de ces étudiants ont hésité entre les lettres et la médecine. Or beaucoup sont enfermés dans un schéma mental qui oppose fibre littéraire et bosse des maths, schéma qui d'ailleurs ne date que du XX^e siècle. Il s'agit peut-être d'une réalité institutionnelle, mais ça ne doit pas devenir une réalité personnelle. Mon travail consiste à permettre une réconciliation intérieure entre ces deux domaines, à effacer une distinction qui s'accroît au fil de l'hyperspécialisation mais qui n'est pas en adéquation avec la réalité de certains étudiants. Il s'agit finalement d'un agenda caché. Cette fibre littéraire, certains étudiants l'ont vraiment, ils font des travaux absolument magnifiques. Les étudiants en médecine ont soif de savoirs et de compétences relevant des sciences humaines et je suis reconnaissante à la faculté de médecine d'offrir à ces étudiants le moyen de satisfaire cette soif, qui est productive et importante pour leur future pratique médicale.

Venant de la faculté des lettres, comment vous êtes-vous adaptée à un public scientifique ?

On ne peut aller prêcher une parole de lettrés en médecine sans savoir où l'on va. Il a fallu que je comprenne ce qu'étaient les études de médecine à Genève, notamment l'apprentissage par problèmes, pour élaborer mes réponses et mon format d'enseignement, et pour trouver l'équilibre entre les heures obligatoires et les heures optionnelles. Car il faut non seulement rester connecté à sa recherche dans sa discipline, mais également d'une façon ou d'une autre se familiariser avec la pratique médicale. Pour cela, j'ai assisté durant dix ans aux colloques de médecine interne du mardi, aux HUG, et depuis trois ans aux colloques d'oncologie ; et j'ai été membre du Conseil d'éthique clinique. Parfois je ne comprends pas un mot... Mais j'ai besoin d'observer comment les médecins réfléchissent, quelles sont leurs préoccupations, en bref dans quelles réalités ils évoluent.

Vous avez dit que rester actif dans son domaine était indispensable. Sur quoi portent vos re-cherches ?

Je travaille depuis quatre ans sur des lettres de consultations – 1300 environ – écrites au Dr Tissot par des malades ou par leurs proches au XVIII^e siècle. Dans la description de leur maladie, la force du langage est impressionnante. Ces lettres laissent apparaître également un univers cognitif, mental et sensoriel qui nous semble étrange et qui révèle une connivence entre le somatique et le psychologique qui est très particulière. A

travers ces lettres j'étudie particulièrement l'expression de la souffrance mélancolique à cette époque. Le mot «mélancolie» me fascine, étant donné sa longévité médicale notamment. Il m'est particulièrement précieux aussi pour étudier de près l'articulation physiopsychologique car jusqu'à la fin du XIXe siècle les médecins ne savaient pas où classer le diagnostic de mélancolie : dans les maladies mentales ou dans les maladies organiques. J'étudie toutes les expressions lexicales, les métaphores, les comparaisons qui démontrent un sentiment d'unité, de monisme expérientiel, même si à cette époque on était dans un système philosophique dualiste : le corps et l'esprit sont très bien distingués quand les malades expliquent leur maladie. En revanche, lorsque les patients parlent de leurs sensations corporelles et de leurs facultés cognitives, là c'est un amalgame. Par exemple : «Mes hémorroïdes ont coulé, j'ai mieux pensé.» Cet amalgame se retrouve aujourd'hui, mais chez les poètes comme Pessoa par exemple, Antonin Artaud, Paul Valéry ou des auteurs comme Emil Cioran ou Nietzsche. Je me dis qu'il y avait une présence très forte du corps dans une souffrance que l'on qualifie de psychique aujourd'hui. Aurait-on maintenant oublié de questionner ces sensations corporelles ? A-t-on perdu le langage spécifiquement relié aux sensations corporelles ?

Toutes ces démarches n'intéressent pas que les étudiants. Intervenez-vous également auprès des praticiens ?

Nous n'avons pas d'enseignement dédié aux praticiens – nous travaillons déjà en flux tendu. Nous répondons en revanche à leurs sollicitations. Ce sont des actions très ciblées, comme aux Colloques du Service d'anesthésiologie ou du Service d'oncologie, où je ne parle que du XVIII^e siècle, en choisissant mon sujet. J'utilise mes compétences en les axant sur ce qui préoccupe l'auditoire et sur ce qui, je l'espère, peut nourrir leurs réflexions.

Auteurs

[Louis-Courvoisier Micheline](#)

IEH2 Programme des sciences humaines en médecine
CMU, 1211 Genève 4
Micheline.Louis-Courvoisier@unige.ch

[Marina Casselyn](#)

[Bertrand Kiefer](#)

Rédacteur en chef de la Revue Médicale Suisse