

L'apprentissage de l'interprétation médicale au cœur de la démarche clinique : un plaidoyer pour plus d'humanisme dans la formation médicale

L'interprétation est au cœur de la démarche médicale. Cette dernière est initiée suite à la plainte du patient et évolue jusqu'à la proposition thérapeutique et son suivi. L'interprétation fait partie de la démarche clinique, elle la constitue. Former nos étudiants à cette démarche exige leur participation active au chevet du patient : l'interprétation suppose non seulement un « savoir faire » mais aussi un « savoir être ».

*Le malade rencontre son médecin. Des **mots**, des paroles sont dites ; les maux, les malaises sont manifestés. Le corps souffrant parle et se fait ausculter. Deux personnes sont en présence, un dialogue démarre, une humanisation est possible.*

La veine est ponctionnée, les urines analysées, les cavités sont sondées, les organes sont « imagés », l'ADN est prélevé. Le malade est soumis à des « machines folles et affolantes » (Francine Saillant)¹ et « au gouffre d'un corps (mis) hors nature » (Hans Jonas)². Le patient entame un parcours de solitude et d'angoisse.

L'histoire du patient, les symptômes, l'examen clinique, les résultats de laboratoire, les images obtenues par des examens divers (électrocardiogramme, radiographie, scintigraphie, endoscopie...) doivent être interprétés.

Parmi les nombreux sens du mot « interpréter », le Larousse nous en livre deux, particulièrement pertinents pour éclairer le dialogue entre le malade et le médecin. Interpréter signifie tenter « de rendre compréhensible, d'expliquer » ;

interpréter signifie également « chercher à donner un sens ». Expliquer la maladie est une démarche logique et nécessaire pour le médecin orienté vers la thérapeutique ; elle est nécessaire aussi pour le patient qui refusera le traitement proposé ou y consentira. Donner du sens aux symptômes et aux signes de la maladie correspond à un besoin profond et à une attente du patient.

*Interpréter se trouve au nœud de deux visions possibles de la pratique médicale : **expliquer pour guérir et donner du sens en prenant soin**. Le clinicien doit réaliser deux démarches complémentaires d'explication et de construction de sens. Cela nécessite une attention particulière. Le futur médecin doit y être préparé par une approche humaniste développée avant, pendant et après les études universitaires. La négligence de la perspective propre et particulière au patient entraînera l'absence d'un vrai dialogue et le risque de parcours solitaires et angoissants, tant pour le patient que pour le médecin. La souffrance du patient en est augmentée. « Si les médecins souffrent, les malades sont à plaindre » ajoute Georges Duhamel dans « Paroles de médecin »³.*

Deux logiques conditionnées et inconscientes peuvent s'affronter, le dialogue peut s'altérer de malentendus. Donner une explication ou donner du sens, recevoir une explication ou recevoir du sens.

Un petit détour par l'étymologie nous apprend que la racine indo-européenne med- signifie

penser, réfléchir, mais aussi peser, mesurer. Elle a donné naissance au mot médecin et permet de le comprendre dans une double signification ou acception du terme : d'une part le médecin qui « pense » à son malade, qui méd-ite sa situation, qui « s'en soucie et le soigne » – au sens de « to care » en anglais – ; d'autre part le médecin qui « pèse » le malade, « mesure » son corps et les dégâts de la maladie, pour pouvoir traiter, proposer un traitement, littéralement une traction avec la maladie. Dans les deux cas de figure, cela fait du médecin un inter-méd-iaire pour l'interprétation et la méd-iation.

Le futur médecin, de par sa formation, doit pouvoir objectiver le mal, la maladie. Il doit être capable d'accumuler les mesures et les images de façon à pouvoir décrire, comprendre, expliquer, démystifier. Sa pensée part des plaintes et doit aboutir à un diagnostic objectif et à une proposition thérapeutique conséquente et reconnue ; elle est linéaire. Sa démarche doit être logique et transparente, et tendre à l'efficacité, au service à rendre pratiquement. Ce faisant, l'étudiant est l'interprète (un troisième sens de ce mot) de la pensée philosophique médicale dominante enseignée par ses maîtres dans notre approche occidentale d'aujourd'hui.

Le patient, lui, est à l'intérieur du processus, sa pensée est circulaire. Il attend que les explications que le médecin lui apporte, à partir de ce qu'il a lui-même donné (son histoire, l'examen de son corps, les prélèvements sanguins et autres), lui ramènent du sens en retour. Le malade doit pouvoir vivre sa maladie, l'intégrer dans son histoire, s'y incarner. Il a besoin qu'en plus des explications qu'on lui donne, on s'occupe, on se préoccupe, on se soucie de lui, c'est à dire qu'on le soigne. Il faut pour cela qu'on lui parle. L'homme est un être de langage et la langue, qui est un instrument de communication pour des informations (des résultats, une explication, une proposition de traitement, un pronostic), l'est aussi pour communiquer des sentiments, des émotions. Il faut pouvoir mettre des mots sur les maux. Pierre Corneille disait déjà : « A racon-

ter ses maux, souvent on les soulage »⁴ ; Boris Cyrulnik, plus près de nous, écrit : « Tous les chagrins sont supportables si on en fait un récit »⁵.

Le besoin d'harmonie du patient soumis aux tonalités multiples et variables du corps et de l'âme malades va être confronté à l'interprétation médicale monocorde. Le médecin fait une lecture du corps du patient en lecteur -voire en spectateur- attentif et souvent attentionné ; le patient habite son corps malade qui est le décor, le théâtre de l'interprétation de sa vie. On comprend l'importance des mots et du genre littéraire dans cette lecture médicale et dans cette écriture du patient. D'une part l'objectivité d'une enquête scientifique, d'autre part la subjectivité d'un récit vécu.

Tous les médecins ne peuvent être poètes comme l'était Michel Torga (Adolfo Rocha) qui écrivit : « C'est bien d'être à la fois médecin et poète, on peut donner deux fois. Les jeunes viennent me voir parce que j'écris des vers, les vieux parce que je peux les soigner, et nous sommes tous gagnants. Eux parce qu'ils ne se sentent pas seuls au monde, et moi aussi finalement »⁶. Si tous les médecins cliniciens ne peuvent être poètes, ils ont tous besoin cependant d'un bagage humaniste qui puisse leur faire percevoir les dimensions de la « Maladie humaine »⁷. Aux États-Unis, certains départements de Medical Humanities invitent les médecins à lire des romans et la faculté de médecine de l'Université John Hopkins édite depuis 20 ans une revue Literature and Medicine.

La poésie est faite de sons, de musiques, d'images ; elle donne à sentir, à palper, à goûter même ; elle permet l'évocation spirituelle et l'expression sensuelle. Le thérapeute, nourri de lectures romanesques ou poétiques, peut revivre en décalé les émotions que lui font vivre sa pratique. A l'occasion de la lecture il peut y réfléchir et s'y réfléchir. Il est alors plus armé dans sa rencontre avec le malade pour permettre l'expression des émotions, des sentiments : la peur,

l'angoisse, le découragement, la colère, l'agressivité, la honte, l'envie... mais aussi l'empathie, la sympathie, la tristesse, l'espoir... Utiliser la poésie c'est mettre de l'espace, du flottement dans les mots de la conversation à côté des mots précis de l'information médicale. C'est « rendre aux mots "gelés" par la monophonie du discours médical, un certain jeu, un bougé entre le mot et la chose, une certaine motivation poétique du signe »⁸. C'est dans cet espace, ce flottement, que le patient doit pouvoir exprimer et peut-être aussi que le médecin doit pouvoir ressentir certaines d'émotions. Toutes les choses ne doivent pas nécessairement être dites littéralement. La poésie pour la pratique médicale, c'est la conversation entre le patient et son médecin, c'est le bavardage dans le sens positif du terme ; elle se compare au mieux à la conversation amoureuse, au bavardage des amants. François Mitterrand au cours de la maladie qui devait l'emporter a écrit dans ses mémoires : « A travers une présence qui permet au désespoir et à la douleur de se dire, les malades saisissent leur vie, se l'approprient,

en délivrent la vérité. Ils découvrent la liberté d'adhérer à soi... Le mystère d'exister et de mourir n'est point élucidé mais il est vécu pleinement. »⁹.

Ainsi pourront se jouer les deux interprétations de cette partition unique que constituent les plaintes du patient : l'explication scientifique, rationnelle et pratique et l'élaboration de son histoire humaine, personnelle, unique.

Didier Moulin
Service de pédiatrie générale,
Cliniques Universitaires St- Luc,
Faculté de médecine de Louvain,
1200 Bruxelles
mailto:moulin@pedi.ucl.ac.be

Texte élaboré à partir d'un exposé présenté à l'occasion d'un colloque sur « Les multiples facettes de l'interprétation ». Louvain-la- Neuve, 17 septembre 2004.

Références

1. Saillant F. *Corporéité, dépendance et maladie chronique ; expérience et pratiques de soutien à domicile*. In : Csepregi G (dir). *Sagesse du corps Aylmer* : Editions du scribe, 2002 : 22-35.
2. Jonas H. *Le principe de responsabilité*. Edition originale 1979. (Trad. J. Greish) Paris : Flammarion (Collection Champs), 1998.
3. Duhamel G. *Paroles de médecin*. Monaco : Editions du Rocher, 1946.
4. Corneille P. *Polyeucte (Acte I, Scène 3)*, 1643.
5. Cyrulnik B. *Un merveilleux malheur*. Paris : Editions Odile Jacob, 1999.
6. Torga M. *En franchise intérieure*. Paris : Aubier-Montaigne, 1982
7. Camon F. *La maladie humaine*. Edition originale 1987 (Trad. Y. Hersant). Rééd. Paris : Gallimard (Folio), 1991.
8. Danou G (Dir.). *Littérature et médecine ou les pouvoirs du récit*. Actes du colloque organisé par la Bibliothèque publique d'information (BPI) au Centre Pompidou les 24 et 25 mars 2000. Paris : BPI/Centre Pompidou, 2001.
9. Mitterrand F. *Mémoires interrompus*. Paris : Editions Odile Jacob, 1996.