

## FORMER LE REGARD, TRANSFORMER LE SOIN PAR LA LITTÉRATURE

### ENTRETIEN AVEC GÉRARD DANOU

MARIA DE JESUS CABRAL\*  
mjcabral@ua.pt

Cet entretien entre Maria de Jesus Cabral et Gérard Danou interroge le rôle des Humanités médicales dans la formation et la pratique du soin. Médecin et docteur ès lettres, essayiste et ancien chercheur associé à l'Université Paris-Diderot, Gérard Danou compte parmi les premiers chercheurs en France à avoir pensé, dès les années 1990, l'articulation entre littérature et médecine. Ses travaux sur les écrivains-médecins et sur la poésie d'Henri Michaux mettent en lumière une *clinique du langage*, nourrie par l'héritage de Jean Starobinski et par la notion de « devenir médecin ». L'échange qui suit aborde ces enjeux théoriques et pédagogiques tout en ouvrant sur les défis contemporains, de la technicisation du soin aux perspectives de la santé globale.

#### À propos de Gérard Danou

Médecin et docteur ès lettres, Gérard Danou est habilité à diriger des recherches en littérature et médecine (histoire culturelle des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles). Ancien chercheur associé à l'Université Paris-Diderot, il a contribué de manière pionnière à l'implantation des Humanités médicales en France, en mettant en évidence la valeur formatrice de la littérature et des arts dans la pratique clinique. Ses recherches portent principalement sur les écrivains-médecins – Louis-Ferdinand Céline, Jean Reverzy, Arthur Schnitzler – ainsi que sur la poésie d'Henri Michaux, et interrogent l'articulation entre langage, soin et subjectivité.

Il est notamment l'auteur du *Corps souffrant: littérature et médecine* (Champ Vallon, 1994) et de *Langue, récit, littérature dans l'éducation médicale* (Lambert-Lucas, 2008 ; rééd. 2016), ouvrages qui ont contribué à définir le champ en France. Avec Maria de Jesus Cabral, il a dirigé plusieurs volumes collectifs, dont *Maux écrits, mots vécus: traitements littéraires de la maladie* (2015), *Le Toucher: prospections médicales, artistiques et littéraires* (2019) et *Écrire (dans) la tourmente: l'écrivain-médecin face à la guerre* (2025). Leur collaboration se poursuit par l'organisation du colloque « Vérité et mensonge: le soin à l'épreuve de la littérature et des arts » en septembre 2026.

#### Entretien avec Gérard Danou

---

\* Professora Auxiliar com Agregação, Universidade de Aveiro, Departamento de Línguas e Culturas, Aveiro, Portugal. ORCID: 0000-0002-0736-3846. Esta publicação foi desenvolvida no âmbito do CLLC, Unidade de I&D financiada por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, no quadro do projeto UID/4188/2025.

**Maria de Jesus Cabral :** Gérard Danou, vous êtes reconnu comme l'un des pionniers des Humanités médicales en France, où vous avez contribué à penser le lien entre littérature et pratique clinique. Pour entrer dans le vif de notre échange, quels aspects considérez-vous aujourd'hui comme prioritaires dans l'enseignement des Humanités médicales à l'université ?

**Gérard Danou :** Il s'agit avant tout, de mon point de vue, de se pencher sur la question du langage en médecine. Une clinique du langage doit être au centre du projet des Humanités médicales. Est-il besoin de rappeler que l'art médical comprend une double dimension : l'une objective, technique, toujours plus performante, l'autre subjective, affective et relationnelle, différente de la première mais tout aussi complexe. Le grand problème dans le soin est celui de la relation thérapeutique où l'usage des mots de la langue (des langues) et leur sens est fondamental. Le premier conseil pédagogique pour les HM d'aujourd'hui consiste à favoriser la lecture de récits divers, romans, témoignages, écritures ordinaires de soi, tous textes qui, pouvant être lus comme des exemples, invitent à méditer sur des situations humaines. En bref, selon l'expression de J.-J. Lecercle, la littérature est vue comme « lieu de contact faste avec l'altérité », afin de pénétrer dans la conscience d'autrui, par définition impénétrable, telle « qu'elle est reconstruite imaginativement par le texte littéraire ».

Aussi, quel corpus choisir ? Des anthologies ont été composées et publiées à cet effet, et il faut encourager les étudiants et soignants à s'y référer, puis, dans un second temps, à lire les textes de référence et pas seulement les morceaux choisis. Pour ma part, quand il s'agit de la formation d'un « humaniste médical », j'attache la plus grande importance aux textes porteurs au sein de la mise en intrigue d'éléments d'histoire (car la médecine évolue et reste tributaire des conditions historiques et des moments socio-culturels qui la produisent) et de réflexion philosophique. Il ne s'agit pas pour le soignant de devenir professeur de philosophie mais de se rappeler sans cesse que nous « sommes embarqués » (Pascal), et le médecin encore plus qu'un autre, qui doit savoir agir au cœur des situations humaines extrêmes. Il s'agirait alors d'une « philosophie au sens large », pour détourner le titre d'un séminaire du philosophe P. Macherey, où les concepts froids et désincarnés sont mis à l'épreuve du vivre, car toute vie est irrégulière.

J'insiste sur l'exemplarité pédagogique de la lecture littéraire pour la formation du futur soignant. Montaigne le disait déjà : dans l'exemple il y a toujours « quelque chose qui cloche », comme dans chacune des vies individuelles. En outre, l'exemple a l'avantage de mettre la chose narrée « sous les yeux » du lecteur, ce qui marque davantage la mémoire que l'ouïe. Les arts antiques de la mnémotechnique privilégiaient l'image concrète, supposée plus facile à mémoriser.

Avec la lecture littéraire, les arts de l'image ont donc également une place fondamentale dans la formation du futur soignant (cinéma, télévision, séries, etc.). Des analyses filmiques sont, je crois, proposées aux étudiants dans certaines universités. Les situations des personnages sont analysées et discutées (leur caractère, et leur éthique) et l'on pourrait alors enseigner ce qu'est une image, et comment la regarder. Peut-on la séparer du hors-cadre, du contexte de sa production ?

Je vois ici que je n'ai pas parlé de la place de l'écrit dans les HM. L'écriture permet de peser ses mots, de les choisir, d'affirmer et d'affiner sa pensée. Le mouvement de la « médecine narrative » lui accorde une large place. Il faut l'encourager, mais sa pratique se heurte sans doute au manque de temps, plus encore que pour la lecture.

Enfin, à côté du lire et des arts visuels, qui me semblent ici des fondamentaux, une place devrait être accordée à des rudiments d'anthropologie médicale, pas tant pour savoir comment se soignent d'autres peuples que pour comprendre comment d'autres peuples,

d'autres cultures voient le monde. Ce décentrement ouvre le regard sur les questions contemporaines telles que l'anthropocène, l'environnement, le climat, le rapport aux animaux non humains et bien d'autres encore. Et les futurs soignants seraient moins surpris de découvrir, sous le vernis de la rationalité scientifique de l'homme occidental, l'universalité de fond – si ce n'est de forme – de l'irrationnel et du mythe, qui ne manquent pas de faire retour, particulièrement lors des maladies graves, quand la vie est en danger.

**MJC** : Dans vos travaux, vous prônez la notion de « devenir médecin » comme processus distinct de la simple acquisition d'un diplôme, et vous définissez le rapport thérapeutique comme un processus relationnel ouvert et dynamique, attentif aussi bien aux signes externes du corps qu'à « la dynamique visible/invisible de l'échange verbal, la subjectivité et les événements dialogiques » (Danou 2007/2016). Ces deux dimensions – le devenir médecin et l'attention au langage – semblent indissociables. Comment les articulez-vous, et en quoi transforment-elles concrètement l'approche clinique ?

**GD** : Oui, en effet, cette notion de *devenir* me semble particulièrement appropriée à la formation médicale personnelle, singulière, celle d'un médecin-sujet. Deleuze la propose pour définir ce que serait, selon lui, un véritable écrivain : quelqu'un qui, par le médium de l'écrit, tente jusqu'à en mourir de traduire quelque chose de « trop grand pour lui ». Proust et son combat avec et contre les signes en représente le modèle parfait : passer des années à déplier, déplisser ce que, tout jeune adolescent, il avait senti devant la beauté de quelque fleur ou lever du jour, mais qui le laissait là, ébloui bêtement, sans mot. Il lui faudrait apprendre à trouver ses mots, c'est-à-dire en passer par les arcanes d'une éducation culturelle et artistique grâce à laquelle il pourrait exprimer son regard sensible.

C'est cette dynamique (pour l'écrivain, l'intensification du vivre) qui est en jeu dans le devenir médecin. L'expérience, au sens de celui qui a du métier, est insuffisante pour se prévaloir d'une « conception artistique de la médecine » selon la psychiatrie existentielle de L. Binswanger. L'improvisation (et c'est bien souvent de cela qu'il s'agit dans les échanges conversationnels avec les patients), ou l'idée d'art, ne tombe pas du ciel : elle donne sa marque, son style propre au médecin, en s'affrontant, après beaucoup de travail, aux règles objectives de sa science.

En effet, le devenir médecin pourrait ne jamais s'achever (devenir fini ou devenir interminable ? pour détourner ici le titre d'un important article de Freud sur le temps de la cure analytique) ; mais en médecine, le temps de ce devenir se fractionne en très nombreuses séquences. Chaque fois que le médecin accepte de s'occuper d'un nouveau patient, une nouvelle séquence s'ouvre sur une interrogation singulière : qu'est-ce que je ne sais pas ? Que veut-il/elle vraiment ? Quelles sont mes difficultés émotionnelles en face de cette personne, ou au contraire, suis-je trop proche, dans la distance sensible nécessaire à la relation thérapeutique ? Ai-je bien entendu ses plaintes ? Il m'a semblé agressif, pourquoi ? Peut-être l'étais-je moi ?

On peut très bien passer outre à toutes ces questions et rester médecin techniquement efficace, ce qui est majoritairement le cas – et suffisant pour l'urgence et les situations simples. Mais cela ne suffit pas dans les maladies chroniques graves, où, aux souffrances corporelles liées aux traitements et à la maladie, s'ajoutent des difficultés sociales quotidiennes. Il faut alors savoir écouter, parler, répondre (s'avouer aussi que tel jour on ne le supporte pas), il faut sentir quand on doit affirmer son pouvoir de compétence ou son pouvoir de commandement. Eh bien, tout ceci se travaille avec l'aide des « groupes Balint », à savoir des réunions régulières où quelques médecins généralistes (et parfois spécialistes) parlent de leurs difficultés avec certains patients sous la direction d'un psychanalyste. L'expérience de ces groupes demande du temps, mais elle est, aux

dires de tous, gratifiante tant pour le médecin que pour ses patients. Malheureusement, cette formation où le praticien « paye de sa personne » reste dans le paysage social contemporain assez marginale.

Je parlais au début de notre entretien d'une clinique du langage : c'est de cela qu'il s'agit dans le mouvement du devenir médecin, à savoir l'alliance, ou mieux l'entrelacs, d'une bonne technique et d'un parler juste.

Au cours des groupes Balint (du nom de ce médecin et psychanalyste britannique d'origine hongroise), les participants racontent des histoires de cas ; la littérature en fait de même (la fiction, ce « mentir-vrai »), et la psychanalyse, on le sait, s'est appuyée sur cette dernière pour explorer les désirs inconscients et les pulsions qui nous habitent. L'hommage que Freud n'a cessé de rendre aux écrivains et poètes, en particulier à Schnitzler, médecin et écrivain viennois, est bien connu. En effet, la posture que je viens d'évoquer peut transformer l'approche clinique du praticien. Si la démarche Balint est recommandée (mais il faut du temps et du désir), l'acte de lecture littéraire commentée, par exemple en groupe, est, je le crois, pédagogique par le détours d'une réflexion sur les identifications aux situations et aux personnages mis en fiction.

**MJC :** Jean Starobinski occupe une place centrale dans votre réflexion sur les Humanités médicales. Vous soulignez notamment sa capacité à porter sur ses patients ce « double regard » à la fois distancié nécessaire à la clinique, et sensible répondant à un *devoir de garde*. Comment cette figure tutélaire a-t-elle nourri votre conception du médecin-sujet ? Et surtout, comment cette notion de regard chère à l'auteur de *L'Œil vivant* peut-elle transformer concrètement la formation des futurs médecins ?

**GD :** En effet, ma rencontre avec l'œuvre de Jean Starobinski a été préparée par un apprentissage et d'autres rencontres qui la précédent. J'avais, vers la fin des années 1980 (tout en exerçant depuis longtemps la médecine clinique), entrepris des études de lettres modernes à l'Université Paris 8 (Vincennes à Saint-Denis), à partir des premières années post-bac, préparant une licence suivie d'une maîtrise. J'ai donc assisté aux cours d'excellents professeurs, et pour citer ceux qui m'ont marqué, je me souviens de Gisèle Mathieu Castellani, seiziémiste, de son Montaigne (*L'écriture du corps dans les Essais*) et de son séminaire sur la rhétorique des passions. Et surtout de Roger Dadoun, qui m'a ouvert à la lecture de l'imaginaire bachelardien, de Charles Péguy politique et dreyfusard (*Les Cahiers de la Quinzaine*), et de Freud, ce dernier grand *Aufklärer*, que je n'ai jamais cessé de relire.

Cette Université Paris 8 expérimentale accueillait des étudiants de tous âges qui justifiaient d'un travail salarié ; elle se caractérisait par une souplesse et une grande maturité de son enseignement. R. Dadoun avait accepté de suivre mon travail de maîtrise sur l'écrivain et médecin lyonnais des années 1950, Jean Reverzy, dont la courte œuvre est traversée par le spleen baudelairien.

En 1987-1988, J. Starobinski donnait des conférences au Collège de France sur Baudelaire (*La mélancolie au miroir*). La référence aux travaux du professeur genevois était incontournable. Plus tard, j'ai pu, à l'initiative de ses jeunes élèves (je pense à l'historien de la médecine Vincent Barras), participer à des rencontres studieuses auxquelles était présent Jean Starobinski. En tant qu'historien des idées, sa double formation médicale (psychiatrique et littéraire) ne pouvait être qu'originale et corroborative. Un exemple en témoigne : l'expression « le remède dans le mal », qui est à la base du principe homéopathique d'Hahnemann (seconde moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle), mais aussi de la pensée politique de Rousseau. Comment, dans un moment culturel où « tout se tient, tout est lié », pouvait-on, ou non, les mettre en relation ?

Quant au regard sensible vivant, je pense à un exemple très simple que Jean Starobinski expose dans un article sur le visage. Le médecin contemporain dispose devant lui d'un écran d'ordinateur : l'écran fait obstacle au visage de l'autre, et en même temps projette une image, au sens d'une représentation, une image du malade-corps-organes traduite, interprétée (vue) par le raisonnement médical. Et puis, alternativement, le praticien tourne la tête vers son patient : c'est alors que son visage rencontre le visage de l'autre ; il le regarde, le prend « sous garde ». Comment le passage de l'objectivité médicale à l'intersubjectivité du face-à-face se fondent-ils sans se confondre ?

Je vois que j'ai longuement évoqué ce que je dois à la lecture de J. Starobinski, mais il serait injuste d'oublier l'aide que m'a apportée plus tard, parmi d'autres, l'historien de la médecine Jean-Pierre Peter (EHESS), qui a bien voulu présider à la soutenance de mon mémoire d'habilitation (HDR).

**MJC** : Vos analyses portent notamment sur des écrivains-médecins tels que Céline, Reverzy, Schnitzler ou encore Henri Michaux. En quoi ces figures offrent-elles, selon vous, un éclairage particulier sur la condition médicale et la relation de soin ? Et, plus largement, comment l'approche littéraire, que vous considérez comme partie intégrante de la formation médicale, peut-elle s'articuler concrètement avec l'acquisition des savoirs techniques ? Y a-t-il, à vos yeux, une spécificité de l'apprentissage médical qui passe par la littérature ?

**GD** : En effet, ici encore, ma double formation, acquise sur le sol d'une expérience profonde, oriente mes choix et mes interprétations. Michaux avait été tenté par des études de médecine, très vite abandonnées ; il en est resté une passion pour le langage médico-scientifique, qu'il détourne à son profit avec souvent beaucoup d'humour. Son expérience des différentes drogues, le plus souvent utilisées sous contrôle de psychiatres, est adventice dans son œuvre, mais elle enrichit une exploration corporelle cœnsthésique (le sentiment de la conscience du corps), qu'il traduit en écritures poétiques et picturales, témoignant ainsi de son esthétique, de son extrême sensibilité, déchirée, « barbelée » selon la fine expression de J. Réda. Si Michaux a beaucoup joué avec le lexique des sciences et de la médecine, il revient à V. Segalen, médecin de la marine et poète, dans sa thèse de médecine soutenue en 1902, *Les cliniciens ès lettres* (avec une introduction de J. Starobinski), d'insister sur la fonction de neutralisation des affects du lexique médical, de lui ôter toute expressivité.

Parmi les autres écrivains et médecins que vous avez cités, je dois dire que la lecture de Jean Reverzy a été saisissante, étonnante au sens fort d'un coup de tonnerre. Lorsque j'étais enfant, pour des raisons liées au regard que ma famille (non médicale) portait sur la médecine et les médecins, j'idéalisais la discipline, que je rêvais comme un sacerdoce. Or, en lisant Reverzy, en particulier son *Journal* (1935-1959) et son autofiction *Place des Angoisses*, on découvre le cheminement d'un adolescent qui se destine à la médecine pour guérir les malheurs du monde. En arrivant le premier jour à l'hôpital, il se confronte à la réalité des corps déchus, à la mort des malades (à l'anatomie enseignée sur des cadavres), et au peu de thérapeutique efficace. Quelle désillusion ! La perte d'idéal se traduira par une esthétique mélancolique, une écriture à la bile noire. Si telle est son esthétique, elle appelle en retour réflexion (tant optique que psychique), avec cette évidence que le médecin est lui aussi mortel, qu'il est un malade en puissance comme tous ceux qu'il est amené à soigner, et que les questions de philosophie éthique le concernent comme sujet et comme médecin. Ceci ne peut qu'influencer sa manière de soigner, de prendre soin, particulièrement si la science ne peut pas tout (non seulement maintenant mais à tout jamais), et que le malade est alors placé sous l'autorité d'un absolu.

Si Jean Reverzy reste pour moi un modèle de réflexion philosophique pratique sur la médecine et le soin, d'autres écrivains et médecins m'ont aidé à comprendre des questions importantes. Ainsi, je ne suis pas sensible à la prose de Céline, mais sa thèse médicale sur le médecin accoucheur hongrois Semmelweis est un modèle d'anthropologie de la souillure (les rapports entre le propre, le sale, l'hygiène et l'hygiénisme, bref une histoire de la contagion). Quant à Arthur Schnitzler, ses nouvelles illustrent avec brio l'atmosphère de la Vienne fin de siècle et la « psychologie des profondeurs » de Freud, lequel avait décidé de s'occuper, d'écouter les plaintes de personnes dont les symptômes corporels désorientaient la logique du savoir médical anatomique et physiologique. C'était l'époque du fameux « nihilisme thérapeutique », si bien étudié par l'historienne autrichienne Erna Lesky et que Schnitzler thématise dans sa pièce de théâtre sur l'éthique médicale *Professeur Bernhardi*. Dans son grand roman *Vienne au crépuscule*, il fait également dialoguer un vieux médecin de famille « humaniste » et son fils qui choisit la carrière de l'hygiénisme naissant et ses dérives racistes dont il est parfaitement conscient. Comment ne pas voir que toutes les lectures que je viens d'évoquer ne puissent développer le pouvoir d'orienter la manière de penser le soin, d'apprendre à articuler technique objective et dimension subjective ? D'user d'un discours médical sans en abuser ?

**MJC :** Après plusieurs décennies de développement des Humanités médicales en France, depuis le décret de 1992, quel bilan dressez-vous ? Les résistances que vous avez pu rencontrer ont-elles évolué ?

**GD :** Depuis mes débuts dans le domaine de l'enseignement des « humanités médicales », je note en effet un progrès qui se traduit, dans certaines universités, par un regard ouvert (d'abord à la philosophie), puis, avec un peu plus de résistance, à la littérature et aux arts de l'image comme aux arts vivants. Certes, le mouvement est encore marginal et « facultatif », mais peu à peu l'institution suit les nouvelles problématiques sociales reflétées par les médias (presse, télévision) et qui sont exposées, dans toutes les nuances, par les écrivains et les artistes.

Virginia Woolf se demandait pourquoi la maladie n'était pas, selon son point de vue, un sujet littéraire, alors que les transformations du corps et de la pensée induites par une pathologie, même bénigne et transitoire, bouleversant « l'être malade », étaient dignes de se voir traduites et conservées par le texte littéraire. On se souvient que Michaux avait traduit un pénible accident, une chute, un bras cassé, en essai de phénoménologie poétique. Comment, aujourd'hui, les personnes vivent-elles leur maladie (cancer, sida et bien d'autres) ou leur handicap physique post-accident ?

Quels sont les liens entre les nouveaux symptômes psychiatriques et les crises sociales ? Toutes ces questions sont posées et chiffrées par la sociologie, mais seuls les arts savent en montrer la dimension singulière vécue.

Je vois apparaître partout l'usage de l'IA, et pourquoi pas dans les humanités médicales ? On connaît le risque dans l'enseignement général. Pour en contrer les abus, j'ai lu que les enseignants avaient de plus en plus recours aux examens oraux... L'IA peut sans doute rendre de grands services, mais là encore je ne vois pas se dessiner la synthèse entre apports utiles et effets néfastes.

Vous citez dans la présentation de ce numéro les nouveaux concepts de la santé globale de l'OMS (nouvelles pandémies, climat, environnement, monde animal non humain). Tout se tient, tout est lié. Ouvrir les yeux sur cette évidence est sans doute une grande leçon de modestie et une énorme tâche à venir.

Les humanités médicales auront (ou devraient avoir) une place majeure par leur ouverture aux langues et aux diverses expressions culturelles, afin d'entrer en dialogue. L'universel – on parle aussi d'une littérature-monde – n'est-ce pas, selon la formule du médecin et écrivain progressiste Miguel Torga, « le local moins les murs » ?

*Lisbonne et Paris, septembre 2025.*