

Mémoire de Maîtrise en médecine No 2444

Figures de la responsabilité du médecin dans la littérature des XIXe et XXe siècles

L'exemple des *Récits d'un jeune médecin* de Mikhaïl
Boulgakov

Etudiant

Léonard Dolivo

Tuteur

Prof. Lazare Benaroyo
IUHMSP, CHUV

Plateforme interdisciplinaire d'éthique – Ethos, UNIL

Expert

Prof. Pascal Singy
Psychiatrie de Liaison, CHUV
Sciences du langage et de l'information, UNIL

Lausanne, le 15.12.2015

Remerciements

Je remercie le Professeur Lazare Benaroyo pour son soutien, ses conseils, son aide et sa disponibilité tout au long de mon travail.

Introduction

Objectifs

Le premier objectif est de rechercher des figures de la responsabilité du médecin dans des œuvres littéraires. Le but est d'analyser la pensée et l'action de personnages de médecins dans les différentes situations auxquelles ils sont confrontés pour tenter de dépeindre leur responsabilité, entité enchevêtrée dans des influences diverses (contexte historique de l'œuvre, visions de l'auteur, exigences du récit, narration).

Le second objectif est d'esquisser la possibilité d'une utilité de ces personnages littéraires pour le médecin réel. Peut-on y voir des modèles, des sources d'inspiration? Ou, au contraire, sont-ils trop éloignés de toutes considérations réelles ?

Contexte

Littérature et médecine

Le postulat de base de ce travail est que la littérature incarne une ressource pour la médecine: c'est un postulat étudié, argumenté, revendiqué par de nombreux auteurs du champs des *medical humanities*, dont une forte majorité d'auteurs anglo-saxons. On peut même y voir un domaine à part entière, comme en témoigne l'existence, depuis 1982, de la revue *Literature and Medicine*, fondée aux Etats-Unis par plusieurs pionniers, dont Joanne Trautmann Banks, qui en a été une figure marquante, première spécialiste en littérature à occuper un poste dans une faculté de médecine¹. Rita Charon, directrice du *Program of narrative medicine* à l'Université de Columbia, dira ainsi à son propos: « She's really a root cause of what's become an international, mainstream, undeniable intellectual and clinical field.»². En 1995, il était considéré qu'un tiers des facultés de médecine américaines incluait de la littérature dans leurs cours³. En 2014, Therese Jones, directrice des *Arts and Humanities in Healthcare Program* du *Center for Bioethics and Humanities* à l'Université du Colorado note que la littérature est l'un des sujets les plus abordés dans les articles soumis au *Journal of Medical Humanities*⁴ (« The most common disciplinary perspectives among authors outside the US are literature and language;[...] »). L'historique de cette interaction entre littérature et médecine est étroitement lié à l'essor de la *narrative medicine* dans la seconde moitié du XXème siècle, comme le note Anne Whitehead, conférencière en *Modern and Contemporary Literature* à l'Université de Newcastle, dans un article sur la perspective littéraire dans les *medical humanities*: « [...] changing perceptions of narrative have shifted the relation between literature and medicine in the period since 1945, even as related change in medicine have also inflected how the two terms intersect. »⁵. L'émergence de la *narrative médecine* aurait, pour ainsi dire, créé un appel d'air pour l'étude de la littérature, ou rendu évident un lien jusque-là négligé dans la pratique médicale moderne.

Un lien historique dont il est intéressant de voir la nature expliquée, non sans lyrisme, sous la plume de Samuel A. Banks, contributeur du premier volume de la revue *Literature and Medicine*: « Bridges linking literature and medicine are rooted in the bedrock of two profoundly human propensities. First, to be human is to *encounter life through events*, to know our existence as a sequence of occasions. Second, existence is a never-ending opportunity and *demand for interpretation*. [...] An understanding of the distinctively human foundation jointly supporting both medicine and literature emerges from a closer consideration of these two

1 Oransky I. Joanne Trautmann Banks. *The Lancet* 2007 Jul ; 370 :312.

2 *Ibid.*

3 Montgomery Hunter K, Charon R, Coulehan JL. The Study of Literature in Medical Education. *Academic Medicine* 1995 Sept ;70 :787.

4 Jones T. Oh, the humanit(ies)!. In : Bates V, Bleakley A, Goodman S, editors. *Medicine, Health and the Arts, Approaches to the medical humanities*. Oxford : Routledge ; 2014. p. 33.

5 Whitehead, A. The medical humanities, A literary perspective. In : Bates V, Bleakley A, Goodman S, editors. *Medicine, Health and the Arts, Approaches to the medical humanities*. Oxford : Routledge ; 2014. p. 108.

facets of daily life. »⁶ Ainsi, la littérature serait si liée à la nature humaine par sa capacité à la mimer qu'elle en deviendrait indispensable pour le médecin, comme une ressource pour entraîner son métier, de manière pratique et non théorique: « [...] narrative has the power to show us, rather than tell us about, the profound mystery of medical encounters. Literature makes this narrative available to us, displays it, rather than recasting, cloaking, or analyzing it beyond recognition. Literature at its best lets be, for its own sake, and on its own terms, the human realities of medicine. Far from being artificial, the conjoining of literature and medicine is natural and even essential. »⁷.

Deux arbres aux racines historiquement entremêlées

On peut par ailleurs observer que c'est un même constat, pratiquement unanime chez les auteurs concernés, qui a poussé au développement de la *narrative based medicine* conjointement à l'intérêt pour la littérature en médecine: celui d'une carence développée dans la médecine moderne qui, par trop engoncée dans son obsession de la preuve scientifique, se montrerait apte à traiter les maladies, mais parfois incapable de guérir les hommes. Pour résumer, comme le notait Lawrence J. Schneiderman, professeur en médecine de famille et médecine préventive à l'Université de Californie et éthicien, dans un autre article originel de la revue *Literature and Medicine*: « [...] the practice of medicine is not limited to the repair of mechanical flaws. Physicians deal with that larger, more elusive subject, the human condition. »⁸.

Mais les défauts de la médecine scientifique ne font pas les seules qualités de la littérature. Outre sa qualité narrative déjà illustrée, elle fait montre, pour beaucoup d'auteurs, d'une propension particulière à répondre à certaines attentes intrinsèques à la profession de médecin, comme l'explique Larry R. Churchill, professeur en médecine et titulaire d'une chaire en *medical ethics* à la Vanderbilt University dans un autre article fondateur de *Literature and Medicine*: « In spite of the spectacular success of scientifically based medicine, many of the problems that physicians are called upon to treat do not yield to technical, scientific solutions. Suffering, depression, alienation, chronic disease, disability, and death are non-technical solution problems — problems of the human condition. They call less for the mastery of quantifiable factors in formal knowledge than for depth of insight, acuity of perception, and skills in communication — namely, the sort of expertise that is traditionally associated with literature. »⁹.

Certains auteurs abordent aussi la question dans une perspective davantage historique. Il en va ainsi d'Alexandre Wenger, professeur aux universités de Fribourg et Genève, titulaire d'une chaire Médecine et société à Fribourg et collaborateur du programme *Medical Humanities* à Genève. Avec recul, il compare l'intérêt actuel pour la littérature à celui qui a existé au XVIII^e siècle, déjà en réaction à une vision mécanique du corps (ou l'opposition d'une vision dualiste corps-esprit à une vision « moniste »): « Toutes proportions gardées, et moyennant la conscience du fossé temporel et conceptuel qui les sépare, les Medical Humanities relèvent donc d'une attitude qui peut être comparée à celle qui préside au monisme vitaliste du XVIII^e siècle en ceci que, face à un réductionnisme scientifique perçu comme un appauvrissement, est exprimé le besoin d'une représentation contextualisée de la maladie et du patient qui passe en particulier par une réflexion sur les apports du texte littéraire. Dans les deux cas – au XVIII^e siècle et aujourd'hui – c'est un mouvement dialectique de balancier similaire entre une tendance réductionniste et une tendance ouverte qui s'opère: dans la première prédomine l'aspect «dur» de la science tandis que la seconde réalise plutôt une redéfinition des frontières disciplinaires, un tâtonnement qui n'a rien de péjoratif et qui qualifie une attitude qui entre à part entière dans la déontologie du scientifique et/ou du médecin. »¹⁰. Cette mise en perspective est intéressante: en plus d'être, cette fois, centrée sur l'histoire européenne, elle semble indiquer un caractère cyclique de l'intérêt pour la littérature en médecine, au gré de ses sursauts d'humanisme, ou, peut-être, mesure de ses sursauts d'humanisme.

Une variable qui prend, plus classiquement, des airs de constante sous la plume de Rita Charon. Ainsi, elle fait remonter les liens entre littérature et médecine à Hippocrate: « If literature borrows medicine's plots, then medicine borrows literature's forms. Hippocrates understood his medical effectiveness to rest on his

6 Banks SA. Once Upon a Time: Interpretation in Literature and Medicine. *Literature and Medicine* 1982 ;1 :24-28.

7 *Ibid.*

8 Schneiderman LJ. Literature and Medicine. *Literature and medicine*1982 ;1 :40-41.

9 Churchill LR. Why Literature and Medicine?. *Literature and Medicine* 1982 ;1 :35-36.

10 Wenger A. La place de la littérature en médecine: une perspective historique. *Médecine & Hygiène* juin 2003 ;61.

ability to describe, in words, what his patients seemed to have been going through. »¹¹, pour continuer son historique – en passant par Freud, l'homme aux loups et Dora: « [...] the most spectacular examples of the sort of epiphanic knowledge that visits the doctor while he writes about the patient *and is found to be clinically useful*, others less well known are as salient to the care of patients. »¹² – jusqu'à l'érosion de ce lien, du fait des avancées scientifiques: « However, as a consequence, in part, of the 18th century's development of pathologic anatomy and the 19th century's discovery of the germ theory, disease began to be seen as separable from the patient's body. Instead of singular occurrences in individual human lives, diseases were understood to be repetitive phenomena no matter who was the host. »¹³. Ici, il s'agit donc d'une vision plus linéaire de l'histoire des liens entre médecine et littérature.

Au-delà des affirmations fondatrices ou narratrices de ce qui se constitue en discipline, il y a bien sûr de nombreux bémols, de nombreux débats. Le but n'est pas d'en rendre compte ici, mais comme le conclut Anne Hudson Jones, Ph. D. en littérature comparée et titulaire d'une chaire en Medical Humanities à l'Université du Texas, dans un article « bilan » des trente années qui ont vu la relation entre médecine et littérature investir le champ académique, « pratiquer » littérature et médecine, c'est aussi devoir constamment se justifier: « Misperceptions that literature offers more by way of cultural refinement than practical skills for clinicians [...] has made literature seem to some a luxury rather than an essential component of medical education. Early practitioners of literature and medicine were often called upon to explain and justify their activities to skeptical colleagues in the humanities as well as in medicine. It is not surprising that, more often than not, their responses emphasized practical utility – what literature can do for medical education and practice. Nor is it surprising, decades later, that we are still asking questions about what we do when we teach literature in medical settings, why and how we do it, whether it matters in the lives of doctors and patients, and – if so – how we know and how we can prove it. »¹⁴. Les tenants de la littérature en médecine sont sur tous les fronts. Expression toutefois inadaptée: il s'agit peut-être moins d'un combat que d'un numéro d'équilibrisme, d'une recherche de compromis.

Définitions

L'objectif de ce travail étant de rechercher et analyser des « figures de la responsabilité du médecin » au travers d'œuvres littéraires, il appartient de définir, circonscrire plus précisément cette entité avant de déterminer, dans le chapitre suivant, comment s'effectueront cette recherche et cette analyse.

Figures

Ulysse figure de l'aventurier; Superman figure du super-héros; Don Juan figure du séducteur... On peut penser que l'affaire se complique lorsqu'il s'agit de trouver des personnages emblèmes de la responsabilité du médecin, mais c'est pourtant un peu de l'idée de cette recherche que de prétendre ajouter à cette liste quelques médecins littéraires comme figures de la responsabilité – ou du moins d'en faire la proposition avec le médecin de Boulgakov. La définition du mot « figure » dans *Le Petit Robert*, quoique très vague, exprime bien le caractère commun aux quelques personnages fameux cités plus haut: « Personnalité *marquante* »¹⁵. Le désavantage d'une telle définition n'en est pas moins qu'elle est peu précise, et très subjective: nous ne sommes pas tous impressionnés, marqués par les mêmes héros, les mêmes histoires. Mais elle existe sans doute parce que, dans tous les domaines de la vie, l'humain se forge des modèles, des exemples à suivre, comme une nécessité pour se guider. Un besoin évoqué par K. Danner Clouser, premier philosophe à enseigner l'éthique dans une faculté de médecine aux Etats-Unis, dans un questionnaire sur la médecine: « Where do we gain ideals and models – for motivations, for patterning our lives, for fashioning our goals,

11 Charon R. Literature and Medicine: Origins and Destinies. *Academic Medicine* 2000 ;75 :23-27.

12 *Ibid.*

13 *Ibid.*

14 Jones AH. Why Teach Literature and Medicine? Answer From Three Decades. *Journal of Medical Humanities* 2013 ;34 :415-428.

15 *Le nouveau Petit Robert de la langue française* 2009. Paris : Dictionnaires Le Robert ; 2009 :p.1042. Italique par nous.

emotions, attitudes and character? »¹⁶. La réponse peut se trouver, classiquement, dans l'Histoire, ou encore dans notre propre histoire et les personnes qui l'ont marquées, mais, comme montré plus haut, beaucoup voient aussi dans la littérature une réponse appropriée. C'est le pari qui est fait dans ce travail, un pari à l'origine instinctif, basé sur deux a priori: la littérature a une faculté d'influence parfois majeure (« Ce livre a changé ma vie », entend-on parfois) et les médecins y ont une place non-négligeable. A ce propos, choisir des figures de médecins, c'est risquer de se restreindre à l'image d'un médecin masculin. Or, il peut être intéressant de garder en tête l'idée qu'une figure de médecin n'est que l'une des nombreuses figures du soin. Ainsi, il peut être intéressant de rester attentif aux déterminants des caractéristiques propres à chaque figure du soin rencontrée: les médecins ont-ils le monopole de la technique, les infirmières celui du réconfort, là où il est permis de penser que la figure d'un soin « total » devrait composer avec les deux.

Responsabilité

L'idée d'une définition unique de la responsabilité du médecin applicable au travers d'œuvres différentes (de différents auteurs, écrites dans différents contextes, et racontant différentes histoires) peut paraître illusoire: comment faire fi des modèles éthiques, valeurs, normes, propres à chaque œuvre, chaque époque, chaque univers? En bref, comment définir la responsabilité sans ignorer les variations de ses déterminants, sans faire, entre autres, d'anachronismes? Il serait, par exemple, vicié d'examiner les décisions de personnages médecins à l'aune des fameux quatre principes de l'éthique moderne. Comme l'écrit Bruno Cadoré, docteur en médecine et en théologie, spécialiste en éthique biomédicale: « La responsabilité désigne une relation à trois termes: la personne responsable, le domaine de la responsabilité (charges, actions, attitudes, caractères), l'instance devant laquelle il s'agit de rendre des comptes (un tribunal, les hommes concernés par la décision, la conscience, Dieu). »¹⁷. Cette définition peut facilement ouvrir la voie à une définition juridique, déontologique de la responsabilité, surtout dans le domaine de la santé, souligne Bruno Cadoré. Toutefois, il est possible de penser la responsabilité au-delà de ces déterminants: « [...] il convient de souligner que la responsabilité est aussi de l'*expérience existentielle* de l'homme. »¹⁸.

On peut alors, dans cette idée, chercher à définir la responsabilité dans ses termes originels, en s'aidant de l'étymologie: *respondeo, spondi, sponsum*: « 1: garantir en revanche, assurer de son côté 2: Répondre. »¹⁹. Ainsi, se porter garant, répondre de ses actes, peut définir la responsabilité. Une vision qui laisse un goût d'inachevé, comme semble l'évoquer Paul Ricoeur: « Au sens faible, le mot s'emploie ainsi: est dit responsable celui qui est l'auteur de ses actes. Pour ma part, je pense qu'on ferait mieux, en ce cas, d'user du terme d'« imputabilité » [...]. »²⁰. Il définit alors, s'inspirant du philosophe Hans Jonas, le sens « fort » du mot: « [...] la véritable responsabilité n'est autre que celle qu'on exerce à l'endroit de quelqu'un ou quelque chose de fragile, qui nous serait confié. »²¹. Cette idée de la responsabilité, ou plutôt ce cas de figure où elle exacerbée, nous intéresse particulièrement. Elle développe tout son sens à travers la notion de fragilité de l'autre: un autre en position de faiblesse, de vulnérabilité, comme si, inapte à prendre totalement en main son propre sort, un peu de celui-ci était placé, par défaut ou par confiance, entre nos mains : « L'idée de prise en charge est ici absolument centrale. Nous retrouvons alors le jeu entre structure personnelle et altérité, puisque c'est toujours d'un autre que je suis responsable, d'un autre qui de surcroît pourra éventuellement me demander des comptes. »²². A la lecture de ces mots, on ne peut s'empêcher de penser à la relation médecin-patient – il serait bien sûr biaisé d'appréhender l'expression « prise en charge » avec une lecture médicale dans ce contexte et, même si la tentation est forte, nous y résisterons. Cela étant, retenir la notion de fragilité de l'autre comme le début de la responsabilité du médecin peut nous servir à isoler celle-ci. Cette définition se montre tout à fait en lien avec la pensée d'Emmanuel Lévinas, comme expliquée par Lazare Benaroyo : « [...] dans la phénoménologie lévinassienne, le corps souffrant est porteur d'une ambiguïté primordiale : alors

16 Clouser KD, cité par Jones T. Oh, the humanit(ies)!. In : Bates V, Bleakley A, Goodman S, editors. *Medicine, Health and the Arts, Approaches to the medical humanities*. Oxford : Routledge ; 2014. p. 29.

17 Cadoré B. *L'expérience bioéthique de la responsabilité*. Paris : Artel Fides ; 1994. p. 86.

18 *Ibid.* p. 84. Italique par l'auteur.

19 Gaffiot de poche. Paris : Hachette ; 2001. p. 645.

20 Ricoeur P. Aeschlimann JC, editor. *Ethique et responsabilité – Paul Ricoeur*. Neuchâtel : Editions de la Baconnière ; 1994. pp. 24-25.

21 *Ibid.* p. 25.

22 *Ibid.* p. 25.

que l'expérience physique de la souffrance enchaîne le sujet à soi, la vulnérabilité atteste que le sujet est débordé hors de lui, est en situation d'ouverture à autrui.²³ ». Dès lors, on peut réaliser ce lien – si important dans notre travail – avec la responsabilité du soignant : « Pour le soignant, [...] la responsabilité éthique se déploie au moment de l'ouverture à autrui, où l'autre est accueilli, "en son étrangeté la plus extrême, [où l'autre] n'est véritablement rencontré qu'à partir d'un fonds commun d'humanité, — un fonds qui n'est jamais normé une fois pour toutes, et dont il faut explorer les possibles à l'infini ", comme le précise Raphaël Céli.²⁴ ». On le voit, il s'agit là d'un *moment* de la responsabilité éthique, où s'opère véritablement un *déploiement*. Comme l'explique encore Mylène Baum-Botbol dans sa définition de la responsabilité chez Emmanuel Lévinas : « La responsabilité naît dans l'instant où l'autre m'affecte, et cette affectation me rend responsable malgré moi. La responsabilité précède donc pour Lévinas l'action et la décision autonome qui définissent usuellement la liberté. La question de la responsabilité n'est pas pour lui une question que l'on choisit de placer au centre de sa réflexion morale mais une question qui vous saisit avec exigence, [...]. »²⁵. Cette définition permet de s'affranchir du débat philosophique déterminisme/libre-arbitre (« [...] l'alternative entre déterminisme et non-déterminisme est inadéquate pour penser la responsabilité à un niveau éthique. »²⁶) et laisse entrevoir la responsabilité comme une interpellation, « une sorte d'appel lancé par autrui à [la] capacité de responsabilité [de l'homme] »²⁷, écrit Bruno Cadoré, décrivant la notion de responsabilité chez Lévinas. Cet autre incarné chez Lévinas d'abord par son visage: « Le visage d'autrui, source de toute obligation, [...], s'est imposé comme l'emblème d'une pensée hantée par la question de la responsabilité [...]. »²⁸. Une image porteuse d'un sens symbolique, mais qui peut, pour un médecin, trouver tout son sens dans sa pratique, comme on le voit jusque dans le choix des mots utilisés par Pierre Le Coz dans son livre *Petit traité de la décision médicale*: « [...] Une décision médicale devrait toujours être en même temps une décision éthique, en ce sens qu'elle a à répondre à une exigence de justice qui transparait sur le visage de celui qui souffre. »²⁹. Ainsi, il est possible de tracer le portrait d'une responsabilité qui serait une exigence, une expérience sensorielle avant d'être intellectuelle, face à la souffrance, la fragilité, la vulnérabilité. « Elle est d'abord le nœud au ventre que vous fait la question que vous pose l'objet abandonné au bord du chemin. »³⁰, écrit Monette Vacquin, psychanalyste. Ou encore: « La responsabilité est insomniaque et creuse les traits. »³¹. Dans ce travail, c'est cette idée, ce premier temps de la responsabilité, cette affectation et ces traits creusés, cette interpellation par l'Autre que l'on cherchera chez les personnages médecins comme un dénominateur commun. Par son caractère existentiel, elle semble applicable dans l'analyse d'œuvres séparées par leur histoire et leur contexte. Contexte que l'on n'omettra pas, par ailleurs, d'explicitier, comme précisé dans le chapitre suivant.

Méthodologie

Critères de choix d'une œuvre

Avant de définir comment rechercher et analyser des figures de la responsabilité du médecin, il importe de définir sur quels critères seront choisies les œuvres analysées. Nous en proposons trois, à vrai dire assez simples et qui semblent couler de source, sauf peut-être le troisième. Établir ces critères, quoique chose essentielle dans ce travail, c'est un peu faire la démarche à rebours: il faut d'abord lire une œuvre, s'en imprégner pour ensuite la comprendre et s'éveiller à elle. Ici, pour ainsi dire, il ne s'agit pas de décrire le vin avant de l'avoir goûté, mais davantage de restreindre la dégustation à certains cépages ou certaines régions...

23 Benaroyo L. Soins, confiance et disponibilité : les ressources éthiques de la philosophie d'Emmanuel Lévinas. *Ethique & Santé*. 2004; 1: 60-63.

24 *Ibid.*

25 Baum-Botbol M. « Après vous, Monsieur ». In : Vacquin M, editor. *La responsabilité, la condition de notre humanité*. Paris :Autrement;1994. pp. 52-53.

26 *Ibid.*, p. 52.

27 Cadoré B. *L'expérience bioéthique de la responsabilité*. Paris : Artel Fides ; 1994. p.5.

28 Vacquin M en introduction de : Baum-Botbol M. « Après vous, Monsieur ». In : Vacquin M, editor. *La responsabilité, la condition de notre humanité*. Paris :Autrement;1994. p. 51.

29 Le Coz P. *Petit traité de la décision médicale*. Paris : Seuil ; 2007. p. 13.

30 Vacquin M. Préface. In : Vacquin M, editor. *La responsabilité, la condition de notre humanité*. Paris : Autrement; 1994. p. 10.

31 *Ibid.*, p. 12.

1) L'époque: Comme indiqué dans le titre de ce travail; le choix se fera dans des œuvres des XIXe et XXe siècles. C'est un choix arbitraire, fait dans un souci d'une part de circonscrire le périmètre de recherche, et, d'autre part, de le maintenir dans ce qui peut encore passer – avec relativisme – pour un passé proche.

2) La présence de personnages médecins: Des personnages qui puissent justifier l'intérêt qui leur est porté par leur originalité, leur intensité, leur beauté ou leur rôle dans l'histoire: un choix subjectif qui appellera donc une argumentation.

3) Des passages permettant de caractériser une responsabilité: Il s'agit d'isoler des passages de tension où l'exercice de la responsabilité du médecin devient particulièrement tangible, de voir de quelle manière cette tension se résout – ou ne se résout pas. Des passages où l'on identifierait cet appel d'autrui envers le médecin, cette interpellation, ce tourment, cette question exigeante et évidemment la réponse qui y est apportée.

Quant au genre des œuvres littéraires analysées (romans, nouvelles, pièces de théâtre, traductions...), il n'y a priori pas lieu de se restreindre. Mais chaque genre incite à des précautions particulières qu'il appartient de définir et respecter.

Méthode d'analyse

Dans cette méthodologie, nous nous sommes fixés un objectif double: établir une méthode d'analyse pour ce travail, et effectuer un effort de conciliation des approches en « littérature et médecine » avec différentes notions des théories de la littérature. Cette tentative de conciliation – pouvant sembler surprenante, forcée, artificielle ou tout aussi bien inutilement explicitée parce que sous-entendue – dérive pourtant d'un raisonnement et permet certaines observations. En effet, le champs « littérature et médecine » transmet une vision utilitariste de la littérature: des méthodes sont créées, des idées sont appliquées qui, plus ou moins empiriquement, permettront d'obtenir l'effet recherché (augmentation des compétences narratives, meilleure compréhension d'enjeux éthiques, acquisition de modèles, développement de la capacité d'empathie). Dans la plupart des articles cités dans ce travail, dont les principaux sont par ailleurs mentionnés en 2013 par Anne Hudson Jones dans l'article *Why Teach Literature and Medicine? Answers from Three Decades*, la théorie est complètement dissociée de la pratique. L'effet d'un texte littéraire est justifié, en général, par des déclarations semblant de bon sens (ou, comme nous avons pu le voir en début d'introduction, par des déclarations d'amour enflammées à la littérature) , parfois liées à une référence à un article antérieur souvent issu du domaine « littérature et médecine », mais très rarement par une référence à une école de pensée littéraire. Pourtant, on ne peut pas penser que le champs « littérature et médecine » – dont une grande partie des auteurs possèdent une formation littéraire – s'est construit indépendamment des théories de la littérature. Plus qu'un intérêt épistémologique, il existe à notre sens un véritable intérêt pratique à s'appuyer explicitement sur l'immense ressource que constitue la théorie de la littérature, pour ce domaine qui se trouve parfois en mal de légitimité dans un contexte scientifique.

En plus de la simple ambition, bien sûr, de poser les jalons de notre méthode, nous tenterons donc de faire apparaître les lignes de force communes entre littérature *per se* et littérature appliquée en médecine. Réaliser ce lien pose à vrai dire la question de la validité de cette distinction. Par ailleurs, dans l'article déjà cité *Literature and Medicine: Contributions to Clinical Practice*, les auteurs eux-mêmes – fait rare – mettent l'accent sur la pertinence des théories de la littérature en relation étroite et quasiment directe avec la pratique médicale: « [...] several schools of literary theory address problems faced by physicians and can help them to understand the texts and work of medicine. Reader-response criticism, deconstructionism, feminist studies, and psychoanalytic literary criticism, among other schools of thought, have shown direct practical and theoretical benefits for the physician. ³² ». Certes, cette clarification est peut-être le besoin du néophyte pour qui les présupposés théoriques n'apparaissent pas au premier regard – il reste que, déjà en 1986, dans la revue *Literature and Medicine*, G. S. Rousseau, historien, appelait à une « simultanéité de la théorie et de la pratique » dans le domaine en question, écrivant: « I take no comfort in having to select between a utilitarian

32 Charon R, Trautmann Banks J, Connelly JE, Hunsaker Hawkins A, Montgomery Hunter K, Hudson Jones A, Montello M, Poirer S. Literature and Medicine: Contributions to Clinical Practice. *Annals of Internal Medicine*. 1995 Apr ;122 :603.

Literature and Medicine that runs the risk of remaining incoherent, and a nonutilitarian "discourse of Literature and Medicine" capable of coherence.³³». Notre impression est que le côté utilitariste l'a emporté – sans pour autant faire un procès en incohérence de la discipline dans son état actuel, il reste un sentiment d'hétéroclitisme lorsque des approches divergentes sont exposées comme si elle relevaient de choix arbitraires de leurs défenseurs, alors qu'on peut les relier à une école de théorie de littérature, voire à une position philosophique: finalement, en termes de légitimité, et surtout face à la si puissante légitimité scientifique, n'est-ce-pas la seule alternative au néant si redouté? G. S. Rousseau semble exprimer cette volonté : « The discourse of Literature and Medicine needs to be interpreted just as any other discourse is: according to a priori assumptions about language and its signifiers, and the relation of this language, or sets of languages, to the things represented. Eventually, the student of the discourse of Literature and Medicine will need to declare his or her allegiance to one set of assumptions no less than the student of any other discourse, be it psychiatric, biologic, or economic. If the day arrives when the phrase "Literature and Medicine" universally designates a convenient, shorthand label for "interpretation of the discourse of Literature and Medicine," it will not be excessive to learn if the interpreter is — for example — a traditional or radical historicist, vestigial New Critic, Marxist, Lacanian, Deconstructionist, Feminist, etc., or some combination of these. It will indeed be crucial, and all along I have been suggesting that we have not yet arrived at that point. »³⁴. C'est en quelque sorte la démarche que nous avons reproduite dans cette méthodologie, laborieusement, maladroitement, sans doute, du fait de l'immensité des théories de la littérature, pour la maîtrise desquelles un diplôme ne serait pas tout à fait superflu, mais avec un sentiment récurrent de nécessité en premier lieu pour la validité de ce travail.

Ainsi, si l'on en revient aux approches pratiquées dans le champ « littérature et médecine », toutes abordent les textes étudiés de manières différentes, visant, de fait, des objectifs différents. Mais une autre caractéristique de ces méthodes est notable: elles ne sont en aucun cas exclusives. Elles peuvent même être perçues comme complémentaires, comme le notent certains auteurs.³⁵ Ce constat fait, il peut donc paraître intéressant de se servir des trois principales, en les adaptant à notre but mais en gardant leur essence, comme les parts complémentaires d'une même analyse. Nous avons donc élaboré une méthode d'analyse en trois volets, chacun dérivé des trois approches majeures exposées dans l'article déjà cité *The Study of Literature in Medical Education*, chacun complété par un lien avec les notions des théories de la littérature qui nous semblent s'y rattacher. Notre postulat étant que, sous certains aspects, les auteurs du champ « littérature et médecine », en explorant les vocations de la littérature, ne font que reproduire le travail des théoriciens de cette dernière, qui par ailleurs, eux-même, comme le montre Pierre V. Zima dans son livre *Critique littéraire et esthétique: Les fondements esthétiques des théories de la littérature*³⁶, fondent leurs raisonnements à partir de positions philosophiques (kantienne, hegelienne, etc..) vis-à-vis de l'œuvre d'art. Toutefois, nous laisserons de côté ce dernier point, car, quoique fascinant à explorer, il dépasse le cadre de notre travail.

Concrètement: notre trépied d'analyse

1) L'analyse contextuelle, que nous fondons en partie sur **l'approche esthétique**. Celle dernière, telle que décrite par les auteurs de l'article, vise à développer des compétences d'interprétation similaires à celles requises dans la pratique clinique, face au patient et son histoire.³⁷

Les auteurs de l'article en question ne précisent pas ce qu'ils entendent par « approche esthétique », si ce n'est qu'elle est sensée permettre de développer les compétences littéraires consistant à lire, écrire et interpréter, qui seront également utiles en pratique clinique. En l'occurrence, on peut penser qu'il y a là un lien implicite avec la critique dite « traditionnelle ». En effet, si l'on prête attention à l'article *Literature and Medicine*:

33 Rousseau GS. Literature and Medicine: Towards a Simultaneity of Theory and Practice. *Literature and Medicine*. 1985;5 :152-181.

34 *Ibid.* pp. 178-179.

35 Notamment Jones AH. Why Teach Literature and Medicine? Answer From Three Decades. *Journal of Medical Humanities* 2013 ;34 :415-428. (Déjà cité)

36 Zima PV. *Critique littéraire et esthétique: Les fondements esthétiques des théories de la littérature*. Paris : L'Harmattan ; 2003.

37 Montgomery Hunter K, Charon R, Coulehan JL. The Study of Literature in Medical Education. *Academic Medicine* 1995 Sept ;70 :789.

contributions to clinical practice, dont certains auteurs sont communs avec le précédent, la démarche est un peu plus explicite: « When a physician meets a patient in the office or at the bedside, the patient tells a complex and **many-staged story**. [...] Evaluating patients requires the skills that are exercised by the careful reader: **to respect language**, to adopt alien points of view, to integrate isolated phenomena (be they physical findings or metaphors) so that they suggest meaning, to **organize events into a narrative that leads toward their conclusion**, and to understand one story in the context of other stories by the same teller. ³⁸». Comment ne pas voir une similitude entre ce contenu et l'explication que fait Elisabeth Ravoux Rallo de la critique classique selon Gustave Lanson, ce jusqu'au vocabulaire utilisé (dans les deux citations, nous avons souligné les similarités les plus criantes): « [...] on distinguera des « **étages du texte** » ; on fondera le commentaire sur une analyse qui lui témoigne de la soumission, le critique **s'effaçant devant le texte**, qui imposera à son lecteur une **idée directrice** [...]. »³⁹.

Les deux approches s'attachent aussi à l'importance du contexte, de l'auteur. Comme le décrit Pierre V. Zima au sujet de la pensée d'Umberto Eco: « [...] [le] contexte social de l'œuvre littéraire constitue une limitation décisive de la liberté d'interprétation en excluant l'arbitraire [...] »⁴⁰. Ou encore, comme le souligne plus globalement Elisabeth Ravoux Rallo: « Le garde-fou de l'interprétation [est] du côté de la critique traditionnelle, de l'histoire littéraire de la philologie, de la rhétorique et de la stylistique.⁴¹ ». Pour cette critique « classique », historiquement encouragée par l'historien et critique littéraire Gustave Lanson, « L'oeuvre littéraire est historique, avec tout ce que cela implique; elle est aussi sociale. »⁴². En conclusion, ce qui caractérise ces méthodes, c'est de dégager du sens d'un objet (le texte ou l'histoire du patient) en se concentrant sur celui qu'y glisse son auteur, consciemment ou non, du fait de son environnement, de son histoire, d'un contexte.

Au nom de tout cela, pour ainsi dire, nous réserverons donc notre analyse contextuelle à la biographie de l'auteur et au déterminants sociaux, historiques de son œuvre. Naviguant entre deux eaux, celle des tenants du champ « littérature et médecine » et celle des théoriciens de la littératures, nous n'utiliserons pas l'analyse pour s'entraîner à l'approche esthétique, mais pour en obtenir une vision nouvelle du texte, comme les « littéraires »... avec l'ambition que cela puisse servir aux médecins. Au final, c'est conserver la fonction originelle de l'analyse littéraire que de s'en servir comme d'un moyen et non comme d'une fin en soi.

2) L'analyse textuelle, que nous rapprochons de **l'approche éthique**, qui se focalise sur une réflexion morale sur la base du texte et les différents thèmes qui y sont abordés.⁴³

Cette approche se trouve à première vue plus difficile à mettre en rapport avec un élément précis de théorie de la littérature – son appellation ne décrit pas un élément de méthode, mais un champ de questionnement. On peut penser qu'elle recouvre toute analyse de texte comportant un enjeu moral. Mais les auteurs de l'article *The Study of Literature in Medical Education* infirment d'eux-même cette idée: « The *ethical approach* focuses on moral reflection, not simply teaching stories that deal with moral quandaries in medicine but engaging students in the consideration of " the quality of a lived life. " ⁴⁴ ». Ainsi, le texte est détenteur d'une vérité propre sur l'existence, sur la *qualité d'une vie vécue*. On peut penser que cette vérité se trouve dans l'histoire racontée. Lorsqu'elle est perçue, elle semble l'être davantage par une sorte d'illumination que par une réflexion: « [...] literary texts and methods can illuminate the nature of moral reasoning and can serve as valuable guides for individual and collective ethical behavior. ⁴⁵ ». Cette qualité

38 Charon R, Trautmann Banks J, Connelly JE, Hunsaker Hawkins A, Montgomery Hunter K, Hudson Jones A, Montello M, Poirer S. Literature and Medicine: Contributions to Clinical Practice. *Annals of Internal Medicine*. 1995 Apr ;122 :601. Mise en gras par nous.

39 Ravoux Rallo E. Méthodes de critique littéraire. Paris : Armand Colin ;1999. p. 65. Mise en gras par nous.

40 Zima PV. Critique littéraire et esthétique: Les fondements esthétiques des théories de la littérature. Paris : L'Harmattan ; 2003. p. 176.

41 Ravoux Rallo E. Méthodes de critique littéraire. Paris : Armand Colin ;1999. p.17.

42 *Ibid.* p.67.

43 Montgomery Hunter K, Charon R, Coulehan JL. The Study of Literature in Medical Education. *Academic Medicine* 1995 Sept ;70 :789.

44 *Ibid.* p. 789. Soulignement par nous.

45 Charon R, Trautmann Banks J, Connelly JE, Hunsaker Hawkins A, Montgomery Hunter K, Hudson Jones A, Montello M, Poirer S. Literature and Medicine: Contributions to Clinical Practice. *Annals of Internal Medicine*. 1995 Apr ;122 :603. Mise en gras par nous.

intrinsèque du texte peut faire penser à certaines théories de la littérature, alliant l'idée du texte autonome et esthétique de la réception comme décrites par Pierre V. Zima: « le sens n'est pas une entité métaphysique que le théoricien peut définir une fois pour toutes, mais un processus ouvert dans lequel le texte (en tant que symbole matériel) fonctionne comme un catalyseur. Cette conception de l'art et de la littérature est kantienne, car elle est basée sur la thèse selon laquelle le beau plaît "sans concept" »⁴⁶. Les mots ont un pouvoir sur l'esprit, effet dont la nature dépend tant des premiers que du second. Il est possible de voir également cette « illumination » comme ce qui résiste à l'analyse, ou qui ne la nécessite pas, ce que Gustave Lanson appelle le « génie »: le « résidu » après le filtre de l'analyse critique classique, ce qui a échappé à une explication causale. Les auteurs de *Literature and Medicine: Contributions to Clinical Practice* décrivent un phénomène analogue quant à la maladie lorsque racontée par des grands écrivains: « By **mobilizing the imagination**, literary works engage the reader more fully than do clinical, sociologic, or historical descriptions, even when the same experiences are portrayed. Although physicians witness countless actual people wrestling with illness, **few can articulate**, as could William Shakespeare or John Donne or Henry James, the universal and complex human sequelae of disease. By reading narratives of illness written by **gifted** writers, physicians can more precisely fathom the fears and losses of patients with serious illnesses, identifying in fictional characters and then in their own patients the inevitable conflicts and uncertainties that sickness brings. ⁴⁷ ». On le voit, du fait du talent de certains écrivains, une certaine « articulation » du texte est propre à mobiliser l'imagination du lecteur: on retrouve donc les notions de structure du texte, de catalyse, et, éventuellement, de génie.

Quant à cette analyse textuelle, il nous faut faire une parenthèse qui nous semble importante : en termes médicaux, la critique littéraire est un processus hautement « opérateur dépendant », peu sensible, peu spécifique et la validité du résultat obtenu (c'est-à-dire l'interprétation, les conclusions de l'analyse) semble fragile. Ce langage statistique, ainsi appliqué à la littérature, se révèle bien sûr absurde. Comme l'écrit Elisabeth Ravoux Rallo: « [...] le texte critique n'a aucune raison d'espérer être une démonstration, c'est-à-dire d'accéder au statut de texte scientifique.⁴⁸ ». Alors comment penser qu'une analyse de texte, et *in extenso* celle pratiquée dans ce travail, possède une quelconque valeur hormis celle de plaire à son auteur? Vaste question, à moitié rhétorique seulement, à laquelle les théories de la littérature ont, là encore, apporté un non moins large éventail de réponses. De façon évidemment sommaire et incomplète, on peut relever certains points intéressants de ces théories, ou du moins pertinents quant à ce volet *textuel* de notre analyse. Le premier de ces points est, de fait, celui des limites de l'interprétation, ou la peur d'une lecture qui « bat les textes pour leur donner la forme qui servira leurs desseins⁴⁹ », comme l'imagine le philosophe Richard Rorty, cité par Elisabeth Ravoux Rallo. Celle-ci parle aussi du livre de Jean-Claude Gardin, *La logique du plausible*, où cinquante interprétations sont faites d'un seul et même sonnet de Baudelaire⁵⁰. Ce qui pose bien sûr la question de leur validité: «Quelle(s) interprétation(s) va-t-on choisir et préférer? Sont-elles compatibles, complémentaires ou au contraire exclusives? ⁵¹». Pierre V. Zima, partageant ces interrogations en général, répond qu'il existe tout de même un certain consensus à ce sujet: « [...] même les déconstructivistes, les post-structuralistes et les théoriciens de la lecture semblent être d'accord sur un point décisif: à savoir que certaines interprétations sont plus plausibles que d'autres. ⁵² ». Mais alors, lesquelles et sur quels critères? Pour lui, la réponse empiète sur la linguistique: « [...] l'interprétation et la réception littéraire ne sont pas arbitraires, parce qu'elles sont guidées par des structures phonétiques, syntaxiques, et sémantiques dont l'existence ne saurait être niée.⁵³ ». Or, c'est là une base que nous nous proposons d'appliquer dans cette partie de notre analyse, en utilisant ce que Elisabeth Ravoux-Rallo décrit comme la

46 Zima PV. Critique littéraire et esthétique: Les fondements esthétiques des théories de la littérature. Paris : L'Harmattan ; 2003. p. 84.

47 Charon R, Trautmann Banks J, Connelly JE, Hunsaker Hawkins A, Montgomery Hunter K, Hudson Jones A, Montello M, Poirer S. Literature and Medicine: Contributions to Clinical Practice. *Annals of Internal Medicine*. 1995 Apr ;122 :600. Soulignement ajouté.

48 Ravoux Rallo E. Méthodes de critique littéraire. Paris : Armand Colin ;1999. p.13.

49 *Ibid.* p. 13.

50 Ravoux Rallo E. Méthodes de critique littéraire. Paris : Armand Colin ;1999. p.13.

51 *Ibid.*, p. 13.

52 Zima PV. Critique littéraire et esthétique: Les fondements esthétiques des théories de la littérature. Paris : L'Harmattan ; 2003. p. 8.

53 *Ibid.*, p. 9.

« méthode du commentaire minutieux⁵⁴ ». C'est-à-dire utiliser régulièrement des passages du texte comme preuves de ce que l'on avance. Tout cela avec ce présupposé simpl(ist)e (mais philosophique, en regard des débats en théorie de la littérature) selon laquelle la limite de l'interprétation, c'est le texte.

Enfin, nous élaborerons notre analyse textuelle avec un prisme éthique, prisme qui s'exercera déjà au moment du choix des passages mis en exergue: des passages de tension, où l'appel à la responsabilité du personnage a lieu. Ces extraits seront aussi l'occasion de rechercher cette « illumination » quant à des figures de la responsabilité du médecin – les percevoir, peut-être, comme plus vraies que nature et rechercher ce qui alimente l'idée de leur caractère « marquant », comme expliqué dans nos définitions. Ce qui caractérise cette approche, c'est de rechercher le sens de l'objet en partant du principe que l'objet lui-même, dans sa structure, mais aussi son effet, est source de vérité.

3) L'analyse de réception, que nous lierons à l'**approche empathique** du champ littérature et médecine, pas encore citée, qui est la troisième approche mentionnée dans l'article. Elle vise à augmenter la capacité des étudiants à comprendre les sentiments, expériences et valeurs d'autres personnes.⁵⁵

Dans le concept d'approche empathique, il est donc question d'empathie du médecin pour le patient. Ici, nous dénaturerons complètement cette approche, et parlerons de l'empathie du lecteur (étudiant en médecine, par exemple) pour le personnage médecin. C'est une manière de donner un nom aux sentiments et réflexions – aux réactions subjectives – que peuvent provoquer la lecture d'un texte, souvent au travers du processus d'identification à un personnage – et si le terme d'« empathie » est peut-être ici galvaudé, il y a tout de même bien un peu de *pathos* dans l'idée de ces personnages médecins tourmentés par leur responsabilité. Cela renvoie cette fois directement aux théories déjà citées qui voient la construction du sens aussi – et parfois surtout – à travers le vécu du lecteur, son introspection. Dans ce travail, l'interprétation se trouve également conditionnée par le but de l'analyse, qui n'est pas d'explicitier le texte pour lui-même, mais de l'utiliser comme base d'une réflexion précise sur la responsabilité éthique du médecin. Cette façon « utilitariste » d'aborder le texte pour y trouver des réponses peut, comme déjà vu, sembler dangereuse pour la validité de l'interprétation. Mais, en changeant de paradigme de lecture de façon assumée, il est possible de s'inspirer de certains courants théoriques (par exemple l'esthétique de la réception ou le *Reader-response criticism*), et de considérer les attentes et réactions du lecteur comme pertinents pour l'analyse et la construction du sens⁵⁶. Mieux encore, comme l'écrit Pierre V. Zima au sujet de l'esthétique de la réception allemande: «[...] la vérité esthétique est un processus sans fin au cours duquel les questions et les réponses du passé réapparaissent dans nos contextes de vie sous des formes actualisées: elles deviennent des questions et des réponses « pour nous ». On pourrait aussi dire qu'elles signifient par rapport à notre *horizon d'attente* (*Erwartungshorizont*).⁵⁷ ». Sans décrire davantage ces courants prolifiques qui placent le lecteur au centre de la critique, on peut raisonnablement considérer qu'il est justifiable, dans ce travail, de s'adresser à l'œuvre littéraire pour lui poser des questions qui n'étaient, pour ainsi dire, pas suspectées à sa naissance. La finalité pratique de cette partie de l'analyse consiste à juger dans quelle mesure l'observation de ces figures de la responsabilité du médecin peut inspirer quelqu'un dans sa vocation à pratiquer la médecine de nos jours.

Finalement, il peut être intéressant de faire un lien entre les trois approches estampillées « littérature et médecine », notre méthode d'analyse et la théorie du texte élaborée par Umberto Eco, comme citée par Pierre V. Zima: « Eco distingue trois types d'intentions dont le premier est associé à l'auteur, le second à la structure textuelle et le troisième au lecteur. Il parle d'une trichotomie: " à savoir une opposition entre interprétation comme recherche de l'*intentio auctoris*, interprétation comme recherche de l'*intentio operis*, interprétation comme prescription de l'*intentio lectoris*. "⁵⁸ ». Cela sied particulièrement à notre analyse en trois volets (contextuelle comme approche de l'*intentio auctoris*, textuelle comme approche de l'*intentio operis* et de

54 Ravoux Rallo E. Méthodes de critique littéraire. Paris : Armand Colin ;1999. p.22.

55 Montgomery Hunter K, Charon R, Coulehan JL. The Study of Literature in Medical Education. *Academic Medicine* 1995 Sept ;70 :789.

56 Zima PV. Critique littéraire et esthétique: Les fondements esthétiques des théories de la littérature. Paris : L'Harmattan ; 2003. p. 84.

57 *Ibid.*, p. 87.

58 Zima PV. Critique littéraire et esthétique: Les fondements esthétiques des théories de la littérature. Paris : L'Harmattan ; 2003. p.177.

réception comme approche de l'*intentio lectoris*), même si cette répartition, dont certaines parts semblent superposables, reste schématique et semble parfois bien artificielle. Ainsi, Umberto Eco a lui-même nuancé cette vision des choses, soulignant l'ambiguïté entre *intentio operis* et *intentio lectoris*, comme l'explique Pierre V. Zima: « [...] il n'est possible de parler de l'intention textuelle que par rapport aux conjectures du lecteur.⁵⁹ ». Il se trouve toutefois utile, dans un travail comme le nôtre, de pouvoir justifier, mais aussi catégoriser chaque part de notre commentaire.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 180.

Les Récits d'un jeune médecin

Partie I : Analyse contextuelle

Un ouvrage mineur ?

Les *Récits d'un jeune médecin* de Mikhaïl Boulgakov (1891-1940) constituent un bref recueil de textes, chacun narrant l'une des nombreuses péripéties d'un docteur débutant qui accueille et prend en charge, presque seul dans son petit hôpital, tous les patients d'une campagne reculée. Il peut sembler curieux d'analyser ces récits par une méthode s'axant tout à la fois sur la biographie de l'auteur, l'intention qui était la sienne en les écrivant et le contexte historique de la création, ce alors que l'on se penche – respectivement – sur un ouvrage de prime jeunesse (au début des années 1920, Boulgakov est loin d'incarner un auteur reconnu et vient d'abandonner la médecine), faits de textes épars rassemblés après la mort de l'écrivain, et pratiquement dénué de références aux événements pourtant majeurs ayant marqué l'époque de l'action.

De cette pauvreté de matière première peu propice à une analyse conventionnelle résulte peut-être le fait que, dans le paysage critique de l'oeuvre de Boulgakov, les *Récits* paraissent ne constituer qu'une part négligeable de celle-ci. En effet, ici, on attribue à une autre nouvelle une « force et une envergure que les *Récits* ne possèdent pas »⁶⁰, là, on en parle comme de notes basées sur de simples « impressions »⁶¹, ailleurs encore, on cite avec mesure l'« anecdote et le souvenir » au travers desquels surgit la « Russie pathétique et millénaire »⁶². Cette relative retenue des commentaires à propos des *Récits* n'apparaît que plus fortement en regard de ce qui est dit, avec autrement plus d'enthousiasme, des oeuvres s'étant constituées par ce même enthousiasme comme les ouvrages majeurs de Boulgakov, au premier rang desquels se place *Le maître et Marguerite*, roman-phare que l'auteur russe lui-même considérait comme « à écrire avant de mourir »⁶³. Néanmoins, notre analyse « classique » des *Récits d'un jeune médecin* se révèle capitale dans notre démarche, car elle seule nous permet de discerner les parts autobiographique et historique contenues dans le texte. Ainsi, les *Récits* sont-ils un tableau de ce qu'était un médecin – et sa responsabilité – en Russie au début du XXe siècle ? Ou encore, sont-ils la simple photographie d'une période de l'existence de l'écrivain russe ? Nous garderons ces questions à l'esprit dans cette première approche. Avec l'idée que cette vision pour ainsi dire déterministe du texte, enrichissante en soi, nous permettra aussi de mieux appréhender ce que Gustave Lanson, comme cité au chapitre précédent, appelait le « résidu » après passage par le filtre d'une telle démarche explicative.

Quelques mots sur l'auteur

Mikhaïl Afanasievich Boulgakov naît dans l'Empire russe, à Kiev en 1891. Trop tard, comme il l'écrira lui-même, dans une lettre à sa soeur en 1917: "Ah, pourquoi suis-je né si tard? Pourquoi ne suis-je pas venu au monde il y a cent ans! Hélas, c'est irréparable!"⁶⁴, et comme toute sa vie semble le montrer. Il est issu d'une famille bourgeoise : son père enseigne la théologie à l'Université, sa mère a plusieurs parents médecins. Ce contexte familial, social n'est bien sûr pas anodin à une telle époque et vaudra à Boulgakov le malheur de posséder des convictions peu en phase avec celle-ci. Il se montre en effet, sa vie durant, profondément attaché peut-être moins au tsarisme qu'à une certaine conception de la Russie impériale, avec l'organisation, le mode de vie, mais surtout le patrimoine culturel que cela implique. Ainsi, il ne se révèle, au cours de son existence, jamais plus combatif que lorsque il s'agit de défendre Pouchkine face à des révolutionnaires iconoclastes⁶⁵, sa propre vision artistique ou ses idées sur la littérature, comme nous le montrerons tout à l'heure. La vie entière de l'auteur russe paraît d'ailleurs conditionnée par ces deux facteurs: la conviction,

60 Boulgakov M. *Récits d'un jeune médecin*. Lausanne: Editions l'Âge d'Homme; 1994. p. 5.

61 Ermolinski S, en introduction: Boulgakov M. *Le maître et Marguerite*. Paris: Robert Laffont; 2012. p. 8.

62 Boulgakov M. *Récits d'un jeune médecin*. Lausanne: Editions l'Âge d'Homme; 1994. p. 3.

63 Gourg M. Mikhaïl Boulgakov 1891-1940, *Un Maître et son destin*. Paris: Robert Laffont; 1992. p.203.

64 Curtis JAE. Mikhaïl Boulgakov, *Les Manuscrits ne brûlent pas, Une vie à travers des lettres et des journaux intimes*. Paris : Julliard ; 1993. p. 31.

65 Episode narré dans: Gourg M. Mikhaïl Boulgakov 1891-1940, *Un Maître et son destin*. Paris: Robert Laffont; 1992. p. 88.

précoce, intime, enracinée même au pire de l'inconfort physique et psychique, d'être un grand écrivain (ainsi, entre autres, ce passage de son journal intime, en 1923: "Au milieu de mon cafard et de ma nostalgie du passé, j'ai parfois, comme tout de suite, des accès de confiance en moi et de force malgré les conditions absurdes où l'on vit, pressés les uns contre les autres, dans la pièce sordide d'une maison non moins sordide. En ce moment aussi je sens mes pensées prendre leur vol et c'est vrai que je suis un écrivain incomparablement plus puissant que tous ceux que je connais. Mais les conditions de vie actuelles vont sans doute me rendre plus humble."⁶⁶) et la connaissance, probablement toute aussi innée, que ce destin ne peut se réaliser que dans l'incompromission, non pas forcément politique, mais artistique. Comme si, pour Boulgakov, la qualité de son travail dépendait d'une sincérité absolue de sa part, qu'elle soit idéologique ou stylistique, dans un mépris souverain de l'air du temps – temps qui lui donnera raison, puisque on le place aujourd'hui "au rang [des] géants de la période soviétique de la littérature russe"⁶⁷. Au passage, notons le cas du personnage de Rioukhine, dans *Le maître et Marguerite*, poète doté d'une situation confortable dans les milieux littéraires moscovites, qui réalise soudain, à sa propre attention, que "la gloire n'appartiendra jamais à ceux qui écrivent de mauvais vers"⁶⁸ et, s'interrogeant sur les raisons de sa médiocrité, de répondre par lui-même "je ne crois pas un mot de ce que j'écris!"⁶⁹. Nous trouvons donc, ici, toute notre dichotomie boulgakovienne.

De fait, de sa première pièce, *Les jours des Tourbine*, en passant par son adaptation théâtrale du poème de Gogol *Les Âmes mortes*, jusqu'à sa biographie *La vie de Monsieur Molière*, Boulgakov se montrera inflexible face aux critiques, responsables de théâtre et commanditaires le jugeant souvent trop audacieux, ou voulant, à ses yeux, dénaturer ses oeuvres^{70,71,72}. Ainsi, ce qui de loin s'apparente à un refus de la facilité apportera son lot d'ennuis à l'écrivain, ce dans tous les domaines. Il s'en plaindra beaucoup, et pas à n'importe qui, puisqu'il prend la décision, en 1930, d'écrire sa fameuse lettre à Staline - preuve s'il en est de l'incroyable sincérité de l'écrivain. Il y décrit le dénigrement répété dont il est l'objet dans les milieux littéraires, y assume son absence de convictions communistes, et prie le gouvernement de l'URSS de donner un emploi, quel qu'il soit, ou une autorisation de partir, à lui, l'auteur confronté, et ce sont les derniers mots de sa missive, "à la misère, à la rue, à la mort"⁷³. S'ensuivra un appel-surprise de Staline à Mikhaïl Boulgakov, où l'occasion lui est donnée d'émigrer. L'écrivain décline la proposition. J. A. E. Curtis résume bien les enjeux d'une telle conversation: "Nous ne saurons jamais ce qui serait arrivé si à ce moment-là Boulgakov avait déclaré qu'il voulait effectivement quitter le pays. Il est du moins certain qu'il se rendait parfaitement compte du risque qu'il courait: au lieu de lui accorder ce qu'il demandait, Staline aurait fort bien pu ordonner son arrestation pour antisoviétisme."⁷⁴

Si nous revenons à cette grille de lecture simpliste composée des deux conditions citées (conviction d'un destin de postérité, accessible que par une fidélité totale à lui-même) réunies chez un artiste résidant en URSS, il est possible d'en éclairer de nombreux faits établis de la vie de l'auteur : celle d'un écrivain pratiquement impublié de son vivant, critiqué de toute part, quasiment pestiféré, menacé, surveillé⁷⁵, persécuté jusqu'à en devenir déprimé, angoissé, agoraphobe⁷⁶, victime de tics⁷⁷ mais qui, inlassablement, continuera à travailler, s'entêtera à produire son œuvre rejetée coûte que coûte, jusqu'à sa mort en 1940 à Moscou. Dans un enchaînement que l'Histoire affectionne, seule la disparition de Boulgakov, dans un premier temps, puis la disparition de son époque, dans un second temps, à la chute progressive de l'URSS, lui donneront raison : il fut un grand écrivain. A la différence d'autres artistes à la célébrité posthume, le

66 Curtis JAE. Mikhaïl Boulgakov, *Les Manuscrits ne brûlent pas, Une vie à travers des lettres et des journaux intimes*. Paris : Julliard ; 1993. p. 69.

67 *Ibid.* p. 9.

68 Boulgakov M. *Le maître et Marguerite*. Paris : Robert Laffont ; 2012. p. 157.

69 *Ibid.* p. 157.

70 Gourg M. Mikhaïl Boulgakov 1891-1940, *Un Maître et son destin*. Paris: Robert Laffont; 1992. p.139.

71 *Ibid.* p. 195.

72 *Ibid.* p. 210.

73 *Ibid.* p. 186.

74 Curtis JAE. Mikhaïl Boulgakov, *Les Manuscrits ne brûlent pas, Une vie à travers des lettres et des journaux intimes*. Paris : Julliard ; 1993. pp. 133-134.

75 Gourg M. Mikhaïl Boulgakov 1891-1940, *Un Maître et son destin*. Paris: Robert Laffont; 1992. p. 231.

76 *Ibid.* p. 219.

77 *Ibid.* p. 141.

drame de Mikhaïl Boulgakov réside peut-être dans le fait qu'il fut conscient par avance d'être condamné à l'obscurité de son vivant. Ainsi, il reprendra à son compte cette phrase de Gogol: "Je sais que mon nom sera plus heureux que je ne l'ai été!"⁷⁸.

La vie Dr. Boulgakov et celle du jeune médecin des *Récits* : ressemblances et discordances

Les *Récits d'un jeune médecin* sont rédigés progressivement entre 1919 et 1920. Ils paraissent partiellement en 1925 et 1926 dans différentes revues. Comme déjà évoqué, ces textes sont connus pour une composante autobiographique indéniable : à la fin de ses études de médecine, en 1917, Mikhaïl Boulgakov est assigné à l'hôpital de Nikolskoïe, dans la province de Smolensk, où, selon l'attestation reçue à la fin de son mandat, il soigna 15'631 patients⁷⁹, pratiqua "une amputation de la cuisse, une trachéotomie, une version podalique et l'extraction d'éclats de côtes dus à une blessure par balle."⁸⁰

La correspondance entre ce compte-rendu et certains textes des *Récits* est frappante : le héros pratique en effet les différentes interventions citées, à l'exception de la dernière. De même, l'isolement extrême décrit par le narrateur se retrouve tout à fait dans les descriptions historiques du poste qu'occupait Boulgakov. Il est toutefois quelques points intéressants à soulever, signes, dans un premier débrouillage, que l'œuvre à laquelle nous avons affaire est loin d'être un ouvrage autobiographique brut, mais bien le fruit d'un travail recherché, romancé. Ainsi, une première discrépance : Boulgakov vivait avec sa femme à Nikolskoïe. Elle l'aidait même au plus fort de l'action, comme le décrit Marianne Gourg: "Pendant que le jeune médecin s'affaire auprès [de la patiente], son épouse tourne les pages du manuel d'obstétrique qu'il vient de temps à autre consulter en cachette."⁸¹. Il est cependant fait nulle mention d'une éventuelle compagne au narrateur des *Récits*, ce alors que les affects et la vie intérieure du narrateur nous sont pourtant bien décrits (à noter que cette première épouse de Boulgakov, Tatiana Nikolaïevna, pour ainsi dire rayée des *Récits*, le sera aussi de la vie de l'écrivain, celui-ci l'abandonnant sans élégance pour une autre femme lorsqu'il commence à connaître une certaine reconnaissance, à ses débuts. J. A. E. Curtis souligne ici d'un "aspect peu attrayant"⁸² de l'auteur russe. Au point que ce dernier demandera en vain, à sa mort, à voir Tatiana Nikolaïevna pour obtenir son pardon⁸³). La seconde discordance, non des moindres, est la suivante : il est connu que Boulgakov souffrait de morphinomanie à l'époque où il exerçait à Smolensk. Or, il a bien accordé à ce problème une existence littéraire, pas dans les *Récits*, où il n'en est pas question, mais dans un texte ad hoc, *Morphine*, texte à la tonalité différente des écrits sujets du présent travail. Nous nous pencherons plus en détails sur les explications à donner à ces deux décalages majeurs entre réalité biographique et fiction littéraire.

La responsabilité éthique d'un médecin russe en 1917

Le sujet de la responsabilité éthique d'un médecin russe dans la période pré-soviétique mériterait un mémoire en soi. Cela étant, nous tenterons d'établir un bref aperçu de ce sujet épineux. Il est amusant de noter que, dans l'article *Medical ethics in Russia before the October Revolution (1917)*, le premier souci des auteurs, après avoir souligné la difficulté de qualifier une éthique médicale à cette époque, est de nous recommander le recours à ... la littérature! Ainsi: "Given the dominance of censorship, political and philosophical ideas were often expressed using the Aesopian language of literature. As Alexander Herzen wrote, "literature in people without political freedom is a sole tribune from the height of which they can hear the cry of their indignation and their conscience" (Herzen 1956, 7:198) Problems of medical ethics were not dealt with in treatises but through literary works by such writers as Leo Tolstoy ("The Death of Ivan Iljich") and Anton Chekhov ("Ward N6", "Ionych", etc.)."⁸⁴.

Toutefois, nous pouvons ébaucher quelques notions factuelles: dans son affectation en 1917, la fonction du jeune Mikhaïl Boulgakov correspond à celle de médecin du *zemstvo*. Les *zemstvo* sont des sortes

78 Gourg M. Mikhaïl Boulgakov 1891-1940, Un Maître et son destin. Paris: Robert Laffont; 1992. p. 191.

79 Boulgakov M. *Récits d'un jeune médecin*. Lausanne: Éditions l'Âge d'Homme; 1994. p. 5.

80 *Ibid.*, p. 5.

81 Gourg M. Mikhaïl Boulgakov 1891-1940, Un Maître et son destin. Paris: Robert Laffont; 1992. p. 5.

82 Curtis JAE. Mikhaïl Boulgakov, Les Manuscrits ne brûlent pas, Une vie à travers des lettres et des journaux intimes. Paris : Julliard ; 1993. p. 48.

83 *Ibid.* p. 48.

84 Lichterman BL, Yarovinsky M. Medical Ethics in Russia before the October Revolution (1917). *Journal International de Bioéthique*. 2005;16 :18.

d'assemblées locales de gouvernement⁸⁵, créées sous la Russie impériale au milieu du XIX^e siècle qui regroupent les notables d'une région, élus au suffrage censitaire, et possèdent plusieurs prérogatives d'intérêt public, parmi lesquels, entre autres, l'organisation d'un système de soins. Ces derniers sont donc gratuits, comme l'écrivent B. L. Lichterman et M. Yarovinsky: "This zemskaya medicine became a prototype for socialized healthcare in Russia. Zemskaya medicine was based upon the principles of free and accessible health care and preventive medicine.⁸⁶". On peut voir en cela une particularité culturelle ancienne que les auteurs soulignent: dans ce pays, pourtant pas encore communiste, les choses s'organisent naturellement dans une supériorité de la communauté sur l'individu, "[a] supremacy of the community over the individual, the state over the personality.⁸⁷". Qui plus est, les médecins du *zemstvo* sont réputés pour leur dévouement: "Most zemskie physicians were idealists who viewed their work as a public duty. They shared the idea of caring for the people and a sense of indebtedness to the people.⁸⁸". Il faut toutefois pondérer ces généralisations du fait qu'elles ne sont, sans doute, pas totalement applicables à Mikhaïl Boulgakov. Lorsque Orlando Figes explique, que, au sujet des débuts d'une prise de pouvoir de la société civile « deux grands groupes se portèrent au premier rang de cette campagne publique dans la décennie qui conduisit à la révolution de 1905: les "hommes des *zemstvos*" libéraux et les étudiants⁸⁹ », ou encore que « les universités étaient le foyer de l'opposition au régime tsariste depuis les années 1860. En russe, les mots "étudiant" et "révolutionnaire" étaient presque synonymes⁹⁰ », on sent bien que ces définitions ne cadrent pas avec les éléments connus des idées de Boulgakov, malgré l'appartenance de celui-ci (quoique toute relative pour le *zemstvo*) aux deux catégories en question.

Lorsqu'il s'agit d'aborder véritablement l'éthique médicale, les choses sont nettement plus floues: "According to Uvarov, "the ethics of zemskie physicians is very simple and has little difference from the ethics of public figures..."⁹¹". Malgré de débats de plus en plus présents à la fin du XIX^e siècle, aucun véritable code éthique ne semble appliqué par une majorité de praticiens. Tout ceci donne l'impression générale d'une éthique plus dépendante de l'individualité de chaque médecin, celui-ci étant vu d'abord comme homme d'honneur ayant pris la vocation de soigner ses congénères, que d'une véritable réflexion commune sur le rôle et la responsabilité éthique du professionnel de la santé qu'il incarne. Certains écrits de l'époque vont dans ce sens, opposant ces deux visions: "Danilevsky wrote, "the substitution of moral duty based on principles of altruism common to all mankind by official duty will inevitably result in the belittling of the moral foundations of the medical profession (...) Instead of internal freedom, a physician will feel external coercion which will lead to the physician's depersonalization without fail" (Danilevsky 1921, 395)."⁹². On y voit la crainte paradoxale d'une disparition de l'individualité de la personne du médecin – précisément dans sa caractéristique altruiste – et la peur d'une restriction de son champ d'action, de pensée ainsi que, sans doute, de sa responsabilité. L'être humain est mis au premier plan. La pensée de fond semble indiquer qu'une responsabilité éthique médicale, perçue comme artificielle, ne peut exister qu'au détriment d'une responsabilité humaine, citoyenne, perçue comme sincère.

Les auteurs de l'article concluent donc à la très grande difficulté de définir l'éthique des médecins russes pré-révolutionnaires.⁹³ Ils citent enfin Chekhov: "The following statement by Anton Chekhov is symptomatic: "A desire to serve the common weal should be absolutely the need of a soul, a condition of personal happiness; if it comes from another source, from theoretical or other considerations, it is not true." (Chekhov 1987, 17: 8). Finally, medical morality was understood as the moral life in action.⁹⁴". Il est certain qu'il faut étudier ce constat à travers l'intrication de multiples facteurs: culturels, religieux, politiques, sociaux, etc... Il est donc difficile de définir le canevas éthique dans lequel pratiquait le jeune Boulgakov, formé à Kiev et très

85 Figes O. La révolution russe. Paris : Denoël ; 2007. p. 80.

86 Lichterman BL, Yarovinsky M. Medical Ethics in Russia before the october Revolution (1917). Journal International de Bioéthique. 2005;16 :20.

87 *Ibid.* p. 18.

88 *Ibid.* p. 21.

89 Figes O. La révolution russe. Paris : Denoël ; 2007. p. 229.

90 *Ibid.* p. 231.

91 Lichterman BL, Yarovinsky M. Medical Ethics in Russia before the october Revolution (1917). Journal International de Bioéthique. 2005;16 :21.

92 *Ibid.* p. 28.

93 *Ibid.* p. 29.

94 *Ibid.* p.30.

tôt plongé dans le vif du sujet. Nous pouvons, néanmoins, noter encore un point abordé par les auteurs: celui des conditions de travail dantesques d'un médecin du Zemstvo, dont ils font la description édifiante: "By the beginning of the 20th century zemskaya medicine was viewed as an anachronism. While the pattern elsewhere was for medicine to become increasingly specialized, a zemsky physician continued to combine surgeon, internist, obstetrician, ophthalmologist and other specialists in one person. A majority of zemstva had one physician for every 25,000-30,000 people, who lived in areas as large as 25-30 square kilometers without proper roads. Apart from working at the hospital (usually about 20 beds), a physician had to see between 80 and 100 ambulatory patients daily (up to 20,000 outpatient visits annually). With this patient load the zemsky physician would take as little as 2-3 minutes to examine a patient. He or she also had to travel to remote villages to deliver babies, fight epidemics, and supervise the sanitary conditions of 15-16 rural schools. The working day of a typical zemskie physician lasted for 10 hours.⁹⁵".

Boulgakov et la médecine

Nous pouvons tout d'abord noter chez Boulgakov une certaine ferveur pour la science, puisque il est connu pour avoir abandonner la foi chrétienne, au grand dam de sa famille, en prenant connaissance des théories darwinistes. Cet intérêt pour la science et son entourage, constitué de plusieurs médecins, semblent l'avoir convaincu, dans sa jeunesse, de devenir un disciple d'Hippocrate. Mais, parallèlement à cela, sa vocation pour l'écriture paraissait se développer précocement, probablement dès 1912⁹⁶.

La relation de l'écrivain avec la médecine est difficile à définir – en dehors de ce que nous indique les *Récits* en eux-même – car elle semble tourmentée, ambivalente, faite de rejet comme de respect. En premier lieu, il y a bien sûr la question de l'abandon, en 1920, total et irrévocable, de la pratique médicale. Les biographes sont divisés à ce sujet. Ainsi, S. Ermolinski, évasif, se contente de s'en étonner: "Mais comme il était jeune à cette époque et qu'il avait envie de vagabonder et de voir des choses, il ne tenait pas en place et il partit. Ou peut-être était-ce l'époque qui brisait toutes les normes de la vie? Il n'était plus un jeune homme, il avait une trentaine d'années environ, il avait déjà une petite expérience de médecin, petite mais réelle et, bien ou mal, il était installé dans la vie. Alors que chercha-t-il? Quand cette fantasque décision de devenir écrivain mûrit-elle en lui? Quoi qu'il en soit, elle était mûre, de toute évidence.⁹⁷". J. A. E. Curtis se montre, lui, peut-être plus affirmatif: "Son aversion pour le métier qu'il a choisi, son désespoir d'être relégué au bout du monde et son refus du nouveau destin de la Russie sont si forts que pendant un séjour qu'il fait à Valdikavkaz dans le Caucase du Nord, entre 1919 et 1921, il cache ses diplômes de médecin et s'engage dans une nouvelle carrière comme auteur dramatique.⁹⁸". Au cours de sa vie, en plus de créer quelques personnages médecins, Boulgakov écrira sur son ancienne profession. Parfois, pour la regretter, comme il l'exprime dans son journal le 23 octobre 1923: "Je regrette amèrement d'avoir abandonné la médecine et de m'être condamné à une vie précaire. Mais, Dieu en est témoin, la seule raison en a été mon amour de la littérature.⁹⁹". De manière générale, cette passion dévorante pour le monde des lettres et l'écriture paraît s'opposer à ce mariage de raison qu'aurait constitué la poursuite de la médecine. A la fin de sa vie, Boulgakov, malade, semble ne plus se sentir la moindre affinité avec son passé de praticien. Il écrit, dans une lettre datée du 28 décembre 1939: "Je ne peux ajouter qu'une chose. Arrivé à la fin de ma vie, j'ai eu une nouvelle déception: elle concerne les médecins. Je ne dirai pas que ce sont des assassins, ce serait trop cruel, mais je les traiterai volontiers d'amateurs, de nullités et d'imposteurs. Il y a certes des exceptions si, mais qu'elles sont donc rares! Et du reste, que peuvent ces exceptions si, pour des maladies comme celle dont je souffre, les allopathes, non contents de ne disposer d'aucun remède, sont parfois impuissants à diagnostiquer le mal? Le temps passera et l'on rira de nos thérapeutes comme l'on rit des médecins de Molière.¹⁰⁰". Ici, la compétence des médecins se

95 *Ibid.*, p. 22.

96 Curtis JAE. Mikhaïl Boulgakov, Les Manuscrits ne brûlent pas, Une vie à travers des lettres et des journaux intimes. Paris : Julliard ; 1993. pp. 20-21.

97 Introduction par Sergueï Ermolinski dans : Boulgakov M. Le maître et Marguerite. Paris : Robert Laffont ; 2012. p. 8.

98 Curtis JAE. Mikhaïl Boulgakov, Les Manuscrits ne brûlent pas, Une vie à travers des lettres et des journaux intimes. Paris : Julliard ; 1993. p. 13.

99 *Ibid.*, p. 72.

100 Gourg M. Mikhaïl Boulgakov 1891-1940, Un Maître et son destin. Paris: Robert Laffont; 1992. p. 272.

trouve remise en cause en terme d'efficacité, de légitimité scientifique. Il est sans doute risqué d'y chercher davantage que le désarroi d'un malade.

Une révolution et une guerre d'une discrétion rare

Comme le note Marianne Gourg, la révolution russe et la guerre sont étrangement absents des *Récits*, "absence atypique et lourde de sens"¹⁰¹, dit-elle. Si Mikhaïl Boulgakov parla de la révolution dans ses textes, il est certain que ce fut de façon peu favorable à celle-ci, comme il le fit à quelques reprises par la suite. De même, il est probable qu'il ait pu songer à se censurer de son propre chef. Marianne Gourg note aussi que "Boulgakov va vivre les événements révolutionnaires de loin, à tous les sens du terme. Nikolskoïe et Viazma sont à des années-lumière des capitales où un monde est en train de disparaître à tout jamais dans le fracas et la violence. Les nouvelles sont lentes à parvenir, la drogue adoucit les impressions, les nimbe d'une sorte d'irréalité, peut-être permet-elle de supporter l'insupportable."¹⁰² Il faut en effet distinguer la révolution à la ville, où, en 1917, "la politique envahit tout"¹⁰³ ("On ne pouvait pas acheter un paquet de cigarettes, prendre un fiacre, écrira dans ses souvenirs Constantin Paoustovski, sans être entraîné dans une discussion politique."¹⁰⁴) de la révolution "au village" où "plusieurs semaines durant, jusqu'à la fin avril, un calme apparent règne dans les campagnes. Les "désordres" restent très limités, [...]."¹⁰⁵ Les premières actions paysannes liées à la révolution consisteront à la récupération, par les paysans, des terres dont les propriétaires ne sont pas capables de s'occuper à eux seuls¹⁰⁶.

De fait, il est délicat, dans une interprétation d'événements historiques, de mesurer le degré de connaissance qu'en possèdent les contemporains de ceux-ci. Ainsi, la révolution marquait-elle les esprits d'alors comme le bouleversement qui allait changer la face de l'Histoire pour le siècle à venir ("l'événement le plus important du vingtième siècle"¹⁰⁷, va même jusqu'à affirmer l'historien Richard Pipes)? Pour certains, elle semblait dans tous les cas imprédictible, comme le décrit le même auteur: "Si on lit la presse russe et étrangère d'avant 1917, ou les mémoires de l'époque, on s'aperçoit que pratiquement personne non plus ne s'attendait à la chute de l'Empire. [...] Le tsarisme n'était-il pas sorti indemne de tous les assauts et de toutes les crises?"¹⁰⁸. Par la suite: "Pendant et immédiatement après la révolution d'octobre 1917, l'événement avait été généralement perçu comme un classique *coup d'État* plutôt que comme une révolution populaire [...]."¹⁰⁹. L'auteur russe écrivit certes ses *Récits d'un jeune médecin* avec un certain recul sur les événements révolutionnaires, en 1920. Mais rien ne nous dit qu'il ne choisit pas de rester fidèle, dans la teneur de ses écrits, à l'état d'isolement qui était le sien durant cette période.

Il importe, cela étant, d'ajouter une précision: Boulgakov eut bien maille à partir avec la révolution et ses suites, non pas comme un événement d'actualité, mais de façon concrète et violente, lors d'un passage à Moscou, fin 1917. Dans une lettre à sa sœur de la même année, il décrit cette expérience: "Pendant mon récent voyage à Moscou et Saratov, il m'a été donné de voir ce que je voudrais ne plus jamais revoir. J'ai vu les foules briser les vitres des trains, j'ai vu frapper des gens. J'ai vu des maisons démolies et incendiées à Moscou... J'ai vu des queues d'affamés devant les magasins, des officiers traqués et pitoyables, j'ai vu des journaux où on ne parle, somme toute, que d'une chose: du sang qui coule au sud, à l'ouest, à l'est..."¹¹⁰. Là encore, il le narre dans un texte proche des *Récits* dans sa forme et son contenu, mais pourtant bien séparé de ceux-ci: *Les aventures singulières d'un Docteur*.

101 *Ibid.* p.74.

102 Gourg M. Mikhaïl Boulgakov 1891-1940, Un Maître et son destin. Paris: Robert Laffont; 1992. p. 64.

103 Werth N. 1917 La Russie en révolution. Paris : Gallimard ; 1999. p. 48.

104 *Ibid.*, p. 48.

105 *Ibid.*, p. 57.

106 *Ibid.*, pp. 57-58.

107 Pipes R. Les trois pourquoi de la révolution russe. Paris : de Fallois ; 2013. p. 11.

108 *Ibid.* p. 22.

109 *Ibid.*, p. 49.

110 Curtis JAE. Mikhaïl Boulgakov, Les Manuscrits ne brûlent pas, Une vie à travers des lettres et des journaux intimes. Paris : Julliard ; 1993. p. 31.

Influences littéraires

Il est connu que Boulgakov s'inspira, pour ses *Récits*, d'un ouvrage d'un autre écrivain médecin, Vikenti Verressaïev, né en 1867. Il s'agit des *Confessions d'un médecin*, parues en 1901. Il est tout à fait intéressant de constater que ce livre en question fera grand bruit à l'époque de sa publication, et sera, qui plus est, l'objet de véritables débats quant à la profession de médecin et son éthique¹¹¹. Comme le cite Lichterman, Verressaïev manifestera lui-même son opposition à tout code éthique propre au médecin, mais pour en appeler à un travail de réflexion plus profond : « Ethical problems of our profession will not be settled by a tiny code of professional ethics [...] that just regulates the relationship between doctors and public and between doctors themselves. Ethics in a broad, philosophical sense is needed.¹¹² ».

Quant à la portée de cet ouvrage sur les *Récits*, si le sujet et le titre sont similaires, on peut noter une claire différence de forme : les *Confessions* s'apparentent davantage à un traité ou une revue méthodique de la profession, agrémentée d'une vision personnelle, là où les *Récits* constituent un recueil de nouvelles, histoires indépendantes et centrées sur une action bien précise, avec une véritable intrigue, comme nous le verrons plus tard. Les titres des chapitres respectifs sont d'ailleurs évocateurs. Pour les *Confessions*, nous trouvons des chapitres dignes d'un manuel de médecine, avec, par exemple : « Examination and autopsy », « What medicine has not accomplished and what it has », « The question of vivisection »¹¹³... Alors que les différents *Récits* portent des noms bien plus littéraires tels que *La serviette brodée d'un coq*, *La tempête de neige*, etc. On peut conclure simplement que Boulgakov, avec ses *Récits*, s'inscrit tout à fait dans la tendance des *Confessions* : une approche autobiographique assumée de la pratique médicale, sans barrière ou concession. Il s'en démarque toutefois nettement par la qualité romancée, et, en conséquence, la prétention moins explicitement pédagogique, voire idéologique de ses *Récits*. A noter que Verressaïev était connu pour son obédience marxiste¹¹⁴. Ainsi donc, les deux auteurs sont des écrivains-médecins, et cette caractéristique influence indéniablement les deux œuvres, mais les *Récits* semblent laisser davantage de place à l'écrivain que les *Confessions*.

Il faut noter, enfin, de manière plus générale, que J. A. E. Curtis s'attache à décrire Pouchkine et Gogol comme les « maîtres russes » de Boulgakov¹¹⁵, ainsi qu'à montrer l'héritage incontestable de Molière sur son oeuvre¹¹⁶. Plus intéressant encore quant à ce travail, il tente un rapprochement de l'écrivain avec le courant littéraire du Romantisme. Il souligne la difficulté de ce lien (« for while the individuality of his work continues to frustrate endeavours to relate Bulgakov to any of the literary groupings of his day, his debt to the nineteenth century has yet to receive a thorough investigation¹¹⁷ »), mais note certaines caractéristiques typiques du Romantisme chez notre auteur : sa subjectivité¹¹⁸, son ironie¹¹⁹, sa liberté, son indépendance vis-à-vis des conventions esthétiques¹²⁰. A aucun moment il ne cite les *Récits d'un jeune médecin*, mais, lorsqu'il écrit, au sujet de la confusion entre narrateur, auteur et héros dans le Romantisme : « Whatever the ultimate distinctions which, as critics, we may feel bound to draw between artist, hero, and artist-hero, it is entirely characteristic of Romantic writing that the distinctions should deliberately be blurred by the author himself.¹²¹ », on ne peut s'empêcher de penser très exactement à l'objet de notre travail ! En outre, il est difficile de ne pas voir, dans le médecin des *Récits*, tourmenté, combatif, parfois mélancolique, une part de héros romantique classique.

111 Lichterman BL, Yarovinsky M. Medical Ethics in Russia before the October Revolution (1917). *Journal International de Bioéthique*. 2005;16 :25.

112 Lichterman BL. *Memoirs of a physician*. *British Medical Journal*. 2007 Aug 11;335:307.

113 VERESSAEV, Vikenti, *The Memoirs Of A Physician*, traduction par Simeon Linden, Alfre A. Knopf, New-York, 1916.

114 Lichterman BL. *Memoirs of a physician*. *British Medical Journal*. 2007 Aug 11;335:307.

115 Curtis JAE. *Bulgakov's last decade The writer as a hero*. Cambridge : Cambridge University Press ; 1987. pp. 74-108.

116 *Ibid*. p. 29.

117 *Ibid*. p. 188.

118 *Ibid*. p. 193.

119 *Ibid* . p. 194.

120 *Ibid*. p. 195.

121 *Ibid*. p. 193.

Et l'*intentio auctoris*, alors?

Imaginons avoir l'*intention* de construire un texte littéraire qui, basé sur une expérience vécue, parlerait de la médecine et de ce que c'est que de découvrir sa pratique. Alors, nous y décririons le quotidien du médecin, le contact avec les patients, les enjeux, les angoisses et les joies propres à cette profession. La responsabilité que cela implique, de soigner des humains, jour après jour. Mais, pour donner une portée universelle à ce texte, pour approcher au plus près la nature du métier décrit – et rester sur notre sujet – nous nous débarrasserions des parasitages du personnel, du particulier, de l'impropre à une transposition en d'autres lieux, en d'autres temps - sans le jeter pour autant aux oubliettes, mais nous le réserverions à d'autres textes, à part, avec leurs desseins propres. Par contre, nous garderions, voire exagérerions, les éléments qui font, racontent et exacerbent mieux qu'aucun autre la condition du médecin: l'isolement géographique, l'absence de hiérarchie, la présence d'autres professionnels de santé, le défilement constant des patients, la gravité de leurs pathologies parfois inconnues... Enfin, arrivés là, nous choisirions un titre volontairement générique, prosaïque, descriptif: "Les récits d'un jeune médecin", par exemple.

Est-il possible que Mikhaïl Boulgakov, ait lui aussi, un jour, imaginé cela? Y répondre par l'affirmative serait céder à la tentation de plier l'interprétation dans le sens qui nous convient. Toutefois, il est indéniable que les failles et les non-dits qui rendront les *Récits* anecdotiques, voire négligeables aux yeux de l'historien ou du biographe, ces mêmes silences ne rendront ces textes que plus pertinents, valables, et parlants aux oreilles du médecin. La responsabilité éthique du personnage peut s'exprimer sans le voile de fumée qu'aurait jeté une dépendance aux opioïdes sur l'action, sans l'atypie discrète que représente de travailler avec sa femme comme aide-opérateur, sans l'intrusion immense, carnassière pour le récit, d'une guerre ou d'une révolution. Ajoutons à cela le fait que, à l'époque en question, il n'existait pas de code éthique clair en vigueur, que la littérature constituait une réponse plausible à cette carence de ressources théoriques, que l'incarnation de la responsabilité du médecin dans le récit de Boulgakov devait se faire, par conséquent, tout entier par le personnage-même qui, de son inexpérience, se voit condamné à inventer au jour le jour sa propre condition. Alors, à ce point, de là à dire que les *Récits d'un jeune médecin*, par ailleurs publiés pour certains dans la revue *Le travailleur médical*¹²² dans les années 1920, constituent un manifeste romancé sur la responsabilité du médecin, il n'y a qu'un pas, pas que franchirent peut-être les médecins de 1920 et dont il importe, dans la suite de ce travail, de déterminer si les médecins de 2015 trouveraient bénéfice à le faire à leur tour, à la suite de leurs lointains prédécesseurs.

122 Gourg M. Mikhaïl Boulgakov 1891-1940, Un Maître et son destin. Paris: Robert Laffont; 1992. p. 72.

Chapitre II : Analyse textuelle, ou la responsabilité dans le texte

Introduction

Les *Récits* sont au nombre de cinq dans l'édition de L'Âge d'Homme de 1984, et de six dans la réédition (collection *Le Livre de Poche*, mais avec les droits de L'Âge d'Homme) de 1994, où *L'Eruption étoilée*, retrouvé après les autres, a été ajouté¹²³. Comme déjà souligné, l'avant-propos donne au lecteur l'avertissement suivant: «l'auteur n'ayant jamais eu l'occasion de les rassembler lui-même en un tout, on ne s'étonnera pas d'y relever quelques incohérences de dates et de lieux.¹²⁴ ». Malgré cela, il existe une certaine continuité entre les différents textes, avec, parfois, des références des uns aux autres.

En guise de préambule, notons encore l'une des rares et brèves descriptions faites sur le style des *Récits*, en l'occurrence par Marianne Gourg dans sa biographie de l'auteur: “[Les *Récits*] se situent dans la tradition de la prose russe classique. Concision, clarté, recherche de la litote, émotion et tendresse contenues, autodérision et fierté ombrageuse [...]. Le texte est indiscutablement un document factuel sur le sort du médecin perdu au fin fond de la campagne russe du début du siècle.¹²⁵”. Nous avons déjà noté la tendance des critiques à voir dans l'œuvre qui nous intéresse une sorte de compte-rendu, de témoignage, de grande anecdote. Toutefois, si les *Récits* peuvent effectivement être perçus comme un document factuel (“indiscutablement”, même), il nous semble réducteur de se contenter de cette vision. L'objet de ce travail n'est certes pas de prouver le contraire, mais sa vocation implique de reconnaître à l'ouvrage de Boulgakov une autre envergure. Sans doute est-ce finalement au lecteur d'en juger par lui-même – nous y reviendrons.

L'écueil de la traduction

Dans ce chapitre, qui s'attache à comprendre la matière du texte *per se*, un autre obstacle évident doit être relevé : en tant que non-russophones, nous nous trouvons à la merci du texte traduit. Combien de nuances des signifiés, de sonorités des signifiants, de figures de style échappent-elles ainsi à notre commentaire? Comment parler même du style? Livrons-nous à un exercice fascinant. Prenons ce passage, anodin, de l'édition de 1984, avec une traduction du russe par Hélène Gilbert:

“La visite, je la faisais d'un pas précipité, entraînant à ma suite l'infirmier, l'infirmière et deux gardes-malades. M'arrêtant près du lit d'un malade à la respiration plaintive, qui fondait littéralement sous l'effet de la fièvre, je pressais mon cerveau pour en extraire tout le contenu.¹²⁶”

Lisons à présent ce même passage dans l'édition de 1994, où la traduction est faite par Paul Lequesne:

“J'effectuais ma tournée au pas de course, suivi à grand peine par un feldscher, une sage-femme et deux infirmières. Chaque fois que je faisais halte devant un lit sur lequel un malade, respirant plaintivement, se consumait de fièvre, j'exprimais de mon cerveau tout ce qui pouvait s'y trouver.¹²⁷”

Ainsi, une fois, le médecin crée la dynamique de son équipe, l'autre fois, celle-ci le suit en renâclant – une équipe dont les membres changent de qualification au passage. Deux malades s'opposent, l'un qui, maladroitement, “fond littéralement sous l'effet de la fièvre” et l'autre qui, plus élégamment, “se consume de fièvre”. Enfin, comme il semble plus imagé, mieux trouvé de “presser son cerveau pour en extraire le contenu” que de lourdement “exprimer de son cerveau ce qui peut s'y trouver”! Tant de changements sur deux phrases, sans même parler des nuances... Dans ce qui n'est pas le règne de l'arbitraire – pareille affirmation constituerait une injure à l'art de la traduction – mais l'expression d'une certaine liberté, il nous

123 Boulgakov M. *Récits d'un jeune médecin*. Lausanne: Editions l'Âge d'Homme; 1994. p.5.

124 *Ibid.*, p. 5.

125 Gourg M. Mikhaïl Boulgakov 1891-1940, *Un Maître et son destin*. Paris: Robert Laffont; 1992. p. 72.

126 Boulgakov M. *Récits d'un jeune médecin*. Lausanne : Editions l'Âge d'Homme ; 1984. p. 62.

127 Boulgakov M. *Récits d'un jeune médecin*. Lausanne: Editions l'Âge d'Homme; 1994. p.44.

faut, pour notre analyse, accepter le texte traduit comme une vérité, mais bien comme une vérité dérivée de celle détenue par le texte originel en russe. En ce sens, notre démarche n'est pas si éloignée de celle du physicien qui mène son expérience en admettant quelques approximations, comme le très classique: "en ne tenant pas compte des forces de frottement", et démontre ainsi ce qu'il a à démontrer, en s'éloignant du cas particulier comme des détails encombrants. Dans cette analyse textuelle, nous cherchons à montrer la responsabilité incarnée par les mots, reconstruite et peut-être sublimée par les briques de la littérature. Quant à la validité de nos résultats, peu importe, à vrai dire, si ces mots sont issus de l'esprit de Mikhaïl Boulgakov ou de son traducteur. C'est seulement s'agissant de l'interprétation de ces résultats qu'il est nécessaire de rester prudent pour éviter, par exemple, d'attribuer telle qualité du texte à l'auteur en ignorant le rôle du traducteur, ou encore l'effet de différences parfois irréductibles entre deux langues. C'est dans l'analyse contextuelle qu'il eût fallu, pour être rigoureux, étudier la vie, l'œuvre, les influences et l'époque... des traducteurs! Enfin, il convenait de trancher, et nous avons donc décidé de baser notre analyse textuelle sur l'édition de 1994 des *Récits d'un jeune médecin*, avec une traduction de Paul Lequesne, selon l'idée répandue qui veut que, si les originaux sont atemporels, les traductions vieillissent.

Une responsabilité omniprésente

Dans les *Récits*, la responsabilité est omniprésente. La machinerie du texte tient sur deux ressorts: le héros-médecin se voit, du début à la fin, sommé de répondre à des demandes extérieures. Elles s'incarnent parfois dans de très concrètes requêtes de soin, mais aussi par l'appel du devoir, celui des circonstances, tout en passant par de véritables SOS, comme cette pittoresque lettre d'un collègue désespéré dans *La tempête de neige*. Le jeune diplômé se trouve ainsi sans cesse tourné vers l'Autre, en prise avec ces injonctions à répondre, à agir. Si l'histoire s'arrêtait là, nous aurions, déjà, notre document factuel sur la vie d'un médecin. Mais il se fait que, dans un mouvement de balancier constamment perceptible dans le texte, le narrateur, quoique happé dans cet ouragan permanent, ne s'en tourne que toujours plus vers lui-même. Ses tourments intérieurs font directement écho aux situations auxquelles il est confronté, et vont parfois jusqu'à prendre le pas, dans le récit, sur celles-ci. Ce mécanisme d'interaction, transparent, nous montre ainsi les rouages d'une responsabilité à un niveau de fonctionnement primaire, profondément humain, comme un *primum movens* de la responsabilité. Pour en donner l'illustration, nous avons choisi de commenter différents extraits exprimant chacun des temps de la responsabilité bien précis.

La responsabilité comme une tension en trois actes

Nous n'ignorons pas – et nous commençons ici par une entorse à l'enracinement textuel de ce chapitre – que Boulgakov fut un grand auteur et amateur de théâtre. Or, la composition sous-jacente de ses textes peut facilement rappeler le théâtre, avec une intrigue en trois actes : exposition, nœud, dénouement. Ainsi, dans la majorité des histoires, le narrateur médecin découvre d'abord une situation médicale, bien souvent atroce et urgente (une jeune femme à la jambe broyée, une enfant en train de mourir étouffée, une femme en train d'accoucher...). Puis, après un instant de flottement, décision est prise de chercher à résoudre le problème. Alors vient la confrontation, la décision de sauver la victime du mal (amputation, trachéotomie, version...). Et, finalement, la résolution, souvent instantanée, de la situation. Cette structure se montre particulièrement propice à notre analyse de la responsabilité du médecin des *Récits*. En effet, lorsque celle-ci est étudiée comme une tension, son évolution peut se superposer, avec un léger décalage, aux trois échelons de l'intrigue, dans une configuration similaire: anticipation, confrontation et résolution. Nous verrons que certains de ces moments de la responsabilité sont pour ainsi dire compartimentés temporellement, mais aussi spatialement.

Pour revenir à la théâtralité des *Récits*, elle s'étend aux personnages secondaires, aux apparitions véritablement fracassantes mais ne trouve pas de reflet chez le héros médecin. Une grande partie des enjeux du récit se situe, comme mentionné précédemment, dans les seules pensées de celui-ci, narrateur homodiegétique et non-omniscient. Cela rend difficile toute comparaison plus poussée avec l'art dramatique, et rapproche par instant les *Récits* du journal intime, comme nous le verrons dans différents extraits.

L'anticipation

Comme son nom l'indique, cette phase précède l'exercice de la responsabilité. Elle se développe souvent dans l'attente du prochain patient, qui, fatalement, viendra. La plupart du temps, le héros se trouve seul, dans son logement de médecin. Il se perd alors dans des énonciations impressionnantes – pas totalement dénuées d'une veine comique – de pathologies hypothétiques, dont l'évocation découvre à chaque fois un monde de catastrophes, toutes dues à son incapacité supposée à prendre en charge ces patients tout aussi imaginaires. La puissance de ces évocations réside dans le fait que, quoique irréelles, leurs effets se font bel et bien sentir chez le docteur isolé. Il en va ainsi de ce passage révélateur, dans le récit *La serviette brodée d'un coq*, où le narrateur, fraîchement arrivé dans son hôpital, est pris d'appréhension:

“J'avais bien prévu, là-bas, dans la grande ville, que je voulais partir comme médecin auxiliaire. Non. Ils souriaient, ils disaient: “Vous vous en sortirez!”. Vous vous en sortirez, tu parles! Et si on m'amène une hernie? Comment je m'en sortirai avec elle, expliquez-moi!? Et surtout comment va se sentir le malade entre mes mains? Il s'en sortira dans l'autre monde (à cet instant un frisson glacé me parcourut l'échine...). Et une appendicite purulente? Hein?! Et le croup diphtérique chez les gamins des campagnes? Quand il est indiqué de pratiquer une trachéotomie? Ah, d'ailleurs, même sans trachéotomie, je ne me sentirai pas très à l'aise... Et... et... les accouchements? J'avais oublié les accouchements! Les présentations anormales! Qu'est-ce que j'en ferai? Hein? Quel homme inconséquent je suis! J'aurais dû refuser ce poste. J'aurais dû. [...]J'arpentai mon cabinet, assombri par l'angoisse et l'heure du crépuscule.”¹²⁸

La souffrance du médecin

Dans ce qui reste un monologue, le narrateur, accusateur, questionne un interlocuteur factice, que l'on devine être un quelconque administrateur coupable de la situation inconfortable du héros. Cette conversation est révélatrice, à notre sens, du mécanisme le plus primaire de la responsabilité du médecin boulgakovien. Là où une personne lambda réagit face à l'Autre en souffrance en le plaignant, en priant pour lui, ou, au mieux, en s'identifiant à lui – en faisant preuve d'empathie – le médecin, lui, se crée sa propre souffrance, nouvelle, différente, et c'est là le prodige de la responsabilité que de faire passer son homme de cette pensée: “L'autre a une hernie, comment va-t-il s'en sortir?” à celle-ci: “L'autre a une hernie, comment *vais-je* m'en sortir?”. Le médecin ne souffre pas seulement pour l'Autre, il souffre pour lui-même. La preuve de cette nuance pourrait se situer précisément dans cette phase d'anticipation: le médecin souffre même en absence de l'Autre.

Par ailleurs, le procédé dont use Boulgakov pour exprimer les angoisses de son personnage est particulièrement bien choisi. Car ce dialogue tronqué, fait de nombreuses apostrophes (“Expliquez-moi!”, “Hein?!”, “Qu'est-ce que j'en ferai? Hein?”) sans réponse, ne fait que souligner davantage la solitude du héros et la condition de cette responsabilité, qui ne peut exister qu'en l'absence de cette réponse. En effet, si nous nous adonnons à l'exercice d'imaginer ce même dialogue mais avec des réponses aux questions du jeune docteur, la responsabilité de celui-ci en serait aussitôt diluée par la multiplicité des réponses (nous nous rapprochons du sens étymologique du mot “responsabilité”), et ses angoisses s'en trouveraient probablement apaisées. On observe ici une correspondance avec l'expression française “le poids de la responsabilité”, qui, chez le médecin de Boulgakov, ne se partage pas. On peut aussi noter ces angoisses dans l'anticipation au début du *Baptême de la version*, ou encore du *Gosier en acier*. A vrai dire, les *Récits* en sont peuplés. Notons par ailleurs que le vocabulaire utilisé pour exprimer ce poids, entre le “frisson glacé [qui] me parcourut l'échine” et l’“angoisse” correspond déjà à la définition d'une responsabilité *physique*, « insomniaque et [qui] creuse les traits » citée dans notre introduction. Nous verrons à quel point cela se vérifie par la suite.

La confrontation

Après l'anticipation, la confrontation: le patient est là, il n'y a plus de place pour les pathologies inventées. Cette phase a presque toujours lieu en salle d'opération ou dans l'hôpital-même. Chacun des *Récits* est fait d'une ou plusieurs rencontres avec des patients, à l'exception de *La tempête de neige*. Parfois, la situation correspond effectivement aux pires attentes du jeune médecin; parfois, elle se révèle tout à fait inattendue.

128 Boulgakov M. *Récits d'un jeune médecin*. Lausanne: Editions l'Âge d'Homme; 1994. p.13.

Nous avons choisi un extrait où la confrontation est double: elle se joue tout à la fois dans le paroxysme de la responsabilité, l'instant de la prise de décision, mais aussi dans une véritable confrontation entre le héros et la famille de l'enfant à soigner. En effet: le jeune docteur voit en urgence une petite fille, Lidka, amenée par sa mère et sa grand-mère. Le médecin remarque immédiatement la gravité de la situation: "Cette fillette a un croup diphtérique, sa gorge est déjà obstruée par les pseudo-membranes et bientôt sera bouchée complètement...¹²⁹". Le passage suivant correspond à la prise de décision quant à une trachéotomie. On devine, déjà, la tension qui peut en résulter.

"-Voilà, déclarai-je, étonné par mon propre calme; la situation est la suivante. Il est trop tard. La fillette est en train de mourir. Et rien ne peut la soulager, excepté une chose: une opération.

Je fus moi-même terrifié par ce que je venais de dire, mais je ne pouvais pas le taire. "Et si jamais elles acceptent?!" me vint-il soudain à l'esprit.

-Comment ça? demanda la mère.

-Il faudrait ouvrir au bas de la gorge et y introduire un tube d'argent, pour permettre à l'enfant de respirer. Alors peut-être, nous pourrions la sauver, expliquai-je.

La mère me regarda, comme elle eût regardé un fou, et couvrit la fillette de ses bras pour l'écarter de moi. Quant à la vieille, elle se remit à marmonner:

-Tu te rends compte! Ne le laisse pas faire ça! Tu te rends compte? Lui trancher la gorge?!

-Fous le camp, la vieille! lui criai-je avec haine. Faites une injection de camphre! ordonnai-je au feldscher.

Quand elle vit la seringue, la mère refusa d'abord de donner l'enfant, mais nous lui expliquâmes que ça n'avait rien de dangereux.

-Peut-être que ça va la guérir? risqua la mère.

-Absolument pas.

Alors la mère éclata en sanglots.

-Arrête de pleurer, lui dis-je. – Je tirai ma montre et ajoutai: - Je vous donne cinq minutes pour réfléchir. Si vous n'êtes pas d'accord au bout de ces cinq minutes, je ne me charge plus de rien.

-Je ne suis pas d'accord! répondit la mère d'un ton brusque.

-Vous n'avez pas notre accord! renchérit la vieille.

-Bon, comme vous voulez! conclus-je d'une voix sourde, et je pensai: "Voilà, c'est tout! Je me sens soulagé. J'ai parlé, j'ai fait une proposition. Tiens! les deux sages-femmes en ouvrent des yeux tout ronds. Elles ont refusé, et me voilà sauvé." Et à peine avais-je pensé ceci, qu'un autre s'écria à ma place, d'une voix que je ne reconnaissais pas:

-Mais enfin, vous êtes devenues folles?! Comment ça, vous n'êtes pas d'accord? Vous êtes en train de la laisser mourir! Donnez votre accord! Comment n'avez vous pas pitié?

-Non! Cria à nouveau la mère.

A l'intérieur de moi je pensais: "Qu'est-ce que je suis en train de faire? Je vais la tuer, cette gosse!" Mais je disais tout autre chose:

-Allez, vite, donnez-moi votre accord, vite! Donnez-moi votre accord! Elle a déjà les ongles qui bleussent.¹³⁰

L'improvisation de la responsabilité

Des éclats de voix, des pleurs, des personnages se disputant, s'arrachant presque un petit paquet emmaillotté comme des loups un reste de proie, objet de convoitise: encore une fois, on imagine tout à fait pareille scène sur les planches. Cet extrait renferme par ailleurs un extraordinaire concentré d'éléments qui font la responsabilité du médecin au travers du livre. Il faut noter au préalable une caractéristique récurrente chez les patients des *Récits*: paysans, villageois, ils apparaissent profondément incultes, ignorants, naïfs. Il n'est donc pas rare de voir le narrateur éprouver peu de considération pour ses patients, les traitant sans le ménagement qu'il réserve à d'autres personnages, ou à de rares patients tenus à l'évidence en plus haute estime. Un texte entier est d'ailleurs consacré à l'explicitier, au titre métaphorique: *Les ténèbres d'Egypte*.

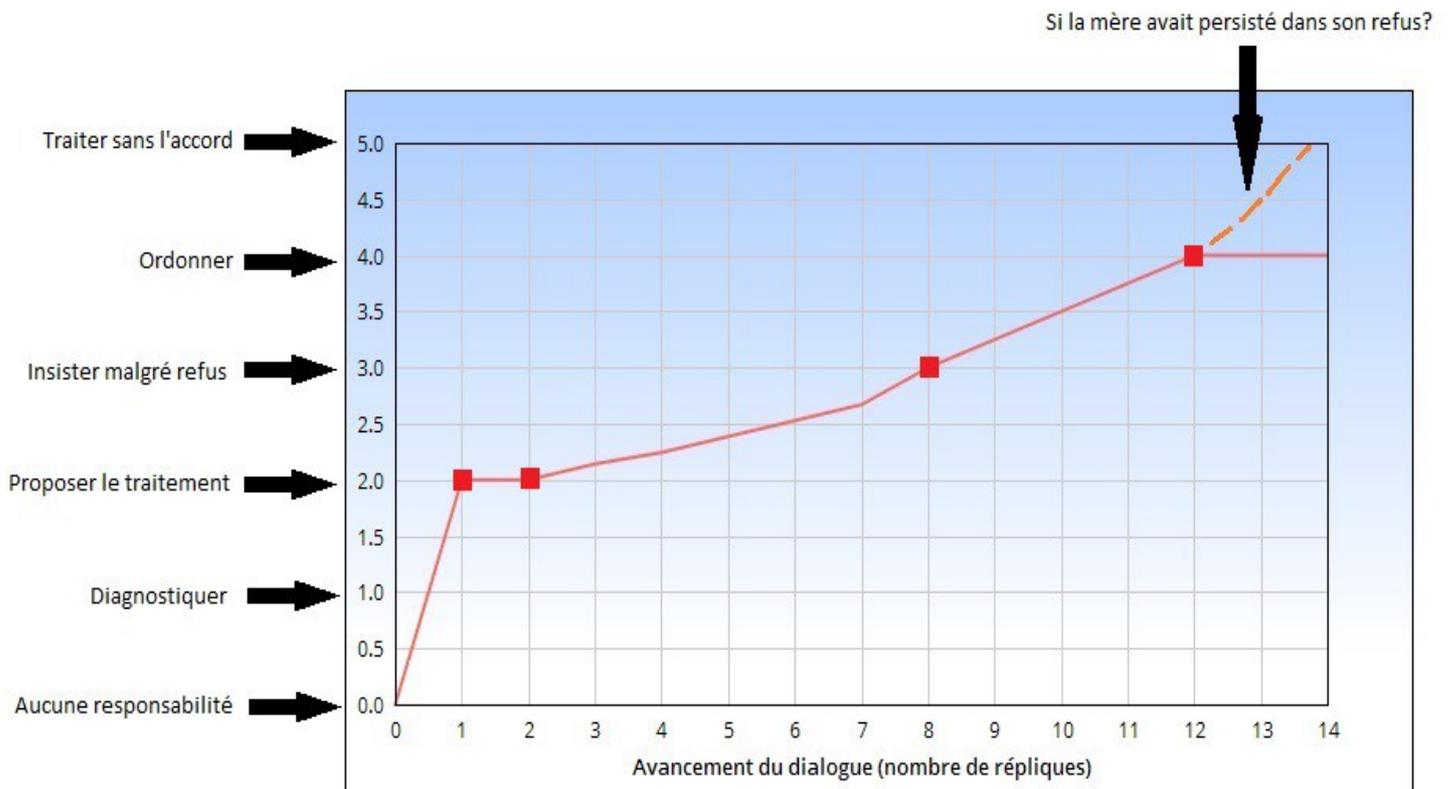
Penchons-nous plus en avant sur les caractéristiques de cet extrait. Les champs lexicaux de l'urgence (la fillette est "en train de mourir", "il est trop tard", l'injonction "vite" présente à plusieurs reprises) et du conflit (le ton est "brusque", le médecin parle même avec "haine", l'échange est empli de "pleurs" et de cris)

¹²⁹ *Ibid.* p. 36.

¹³⁰ *Ibid.* p.39.

dominant. Cette urgence constitue un facteur décisif: la réponse doit être immédiate. Elle place la temporalité au premier plan dans ce passage, comme intimement liée à la prise de décision. Cela s'incarne très concrètement dans le récit, puisque le médecin sort sa montre, pour mesurer avec exactitude les cinq minutes qui doivent permettre à la situation de se décanter. Mais ce que nous offre ici Boulgakov, par cette confrontation, par cette immédiateté, cette urgence non pas dans l'action, mais dans la décision de l'action, c'est un *direct* de l'exercice de la responsabilité. Le pauvre médecin invente, dans le feu de l'action, son domaine de responsabilité, fluctuant, incertain, dans une chronologie si subtile qu'il change d'une réplique à l'autre. Le dialogue est un prétexte au déploiement de la responsabilité du docteur, qui se fait le devoir, d'abord, d'énoncer le traitement ("je ne pouvais pas le taire"), puis de le proposer, en espérant qu'il ne soit pas accepté, puis, en fait, quand même, d'insister devant le refus, puis de convaincre, puis d'aller jusqu'à pratiquement forcer la main de ses interlocutrices. Le franchissement de chacune de ces étapes, comme les marches d'un escalier, nécessite pour le héros, à chaque fois, une réévaluation, une remise en question, ou une justification: "je ne pouvais pas le taire", "Et si jamais elles acceptent?", "Si vous n'êtes pas d'accord au bout de ces cinq minutes, je ne me charge plus de rien" (une menace qui sonne comme une tentative d'auto-absolution), "Voilà, c'est tout! Je me sens soulagé. J'ai parlé, j'ai fait une proposition.", avant le rebondissement final, qui s'incarne par cette phrase absurde dès lors qu'elle est ordonnée: "Donnez-moi votre accord!". Cette évolution du champ de la responsabilité transparait jusque dans le mode des verbes: au début du dialogue, la proposition se fait au conditionnel ("il *faudrait* ouvrir au bas de la gorge, "nous *pourrions* la sauver") pour finir, comme nous l'avons vu, par de l'impératif.

Illustration de l'extension du domaine de responsabilité du médecin dans le passage cité



L'axe vertical n'a aucune prétention d'exactitude et symbolise les échelons de la responsabilité du médecin des *Récits*. Très vite, les premiers échelons sont atteints: on peut penser que c'est là un niveau de base de responsabilité (propre à tout médecin à travers les âges?). Par la suite, la pente se fait moins nette, traduisant peut-être des niveaux moins évidents de la responsabilité. Sans l'insistance du jeune médecin, on aurait pu trouver une droite horizontale, au niveau 2.0 en ordonnée.

Divergence et enjeux éthiques

Notons que cette courbe est assez similaire à celle de la contraction isométrique du muscle en physiologie. Pour comprendre le pourquoi de ce crescendo, on peut penser à une armoire que vous voulez déplacer. Vous savez que vous voulez la mettre un peu plus loin, c'est votre objectif. Vous commencez à pousser, mais elle est trop lourde et ne bouge pas. A noter que, dans une conception boulgakovienne du monde, à chaque instant de votre effort, vous n'êtes pas tout à fait départi de l'inquiétude de savoir si l'armoire va se déplacer, comme attendu, ou se renverser. Vous augmentez malgré tout votre force, toujours plus, déraisonnablement, jusqu'à finalement vaincre la résistance, constante, due au poids de l'armoire sur le plancher – et aux forces de frottement, bien entendu. Le poids de l'armoire, dans le récit, est le fruit d'une autre responsabilité: celle de la mère de l'enfant (on pourrait comparer le rôle de la grand-mère aux forces de frottement). C'est elle qui contraint, par son refus, le jeune médecin des *Récits* à surenchérir dans son propre domaine de responsabilité. Aucun des deux ne se sent le droit de « laisser faire ». Là où, au premier abord, devant l'opposition primaire, quasiment existentielle de la mère (« Non ! »), on peut penser qu'il n'y a qu'ignorance, inconscience et crainte irrationnelle, là se cache sans doute davantage. Imaginons un instant, dans un anachronisme assumé, que le jeune docteur ait pris les cinq minutes déjà citées non pas pour laisser les femmes réfléchir seules et sans autre outil que leur peur, mais pour entamer une concertation. On peut supposer que surgirait à cette occasion une vraie légitimité à la défiance de la mère, car loin d'une idée que nous exprimerons comme: "l'enfant va mourir, il n'y a rien à perdre à tenter la trachéotomie", il y a justement à perdre l'idée d'une mort naturelle, plus acceptable que celle de se faire égorger par un médecin fou furieux. Le narrateur verbalise d'ailleurs cet enjeu, pour lui-même, quelques lignes plus loin. Risquer de tuer sur une table d'opération, ou laisser mourir? Le dilemme, pas tout à fait obsolète dans la pratique clinique moderne, se retrouve par ailleurs aussi dans *Le baptême de la version*. En somme, dans notre extrait, la confrontation se situe peut-être davantage dans une confrontation des responsabilités que dans un combat opposant le savoir possédant le monopole du bien à l'ignorance, néfaste et source du mal. Bien sûr, la situation se complique encore du fait que le jeune praticien semble bien incapable d'exprimer ce que l'on nommerait de nos jours une "balance bénéfice-risque": lui aussi est persuadé de mettre à mort la petite Lidka en l'opérant...

Nous trouvons donc la marque d'une responsabilité improvisée, instinctive, inventée pour l'occasion: une responsabilité des tripes et du moment présent, proche en cela de *l'expérience existentielle* décrite par Bruno Cadore. Elle nous est perceptible en tant que telle uniquement par le procédé de Boulgakov, qui nous fait lire, à chaque instant, les pensées du personnage. Sans cela, nous aurions à nous contenter de l'image d'un médecin sûr de lui, constant, prêt à opérer depuis le début: cela nous conduirait alors à l'idée d'une responsabilité construite, prédéfinie, réfléchie.

Une responsabilité morbide et dévorante

Le jeune médecin et la mère de l'enfant partagent, en outre, un point commun: un violent mouvement d'émotion, une sorte de terreur qui frappe d'un côté comme de l'autre. Le narrateur, d'abord "étonné par [son] propre calme", de courte durée, se dit ensuite "terrifié". On peut aussi imaginer son état intérieur quand il se persuade ainsi: "Je vais la tuer, cette gosse!". Nous y voyons la dimension paroxystique de ces "symptômes" physiques de la responsabilité, évoqués d'abord comme une angoisse dans la phase d'anticipation. On peut trouver ces stigmates partout dans les *Récits*: les sueurs froides ("des gouttes de sueur s'échappaient de mon bonnet blanc et couraient irrésistiblement sur mon front¹³¹" dans *La serviette brodée d'un coq*, alors que l'opération n'a pas commencé, ainsi que dans *L'œil disparu*, lors d'un accouchement compliqué: "Ah, combien de sueur m'a coulé alors dans le dos!¹³²"), les larmes (dans la suite du *gosier en acier*: "J'étais déjà prêt à tout laisser tomber et à fondre en larmes¹³³"), les rides (dans *La tempête de neige*: "une ride verticale s'était creusé un lit au-dessus de la racine de mon nez, comme un ver¹³⁴"). Dans *L'œil disparu*, on trouve même un homme "prêt de défaillir", puis "vaincu, brisé, écrasé par la cruauté du sort¹³⁵", après l'accouchement où le héros casse malencontreusement le bras du nouveau-né. Enfin, cette souffrance, lorsqu'il est persuadé d'avoir brisé la mâchoire d'un soldat en lui extrayant une dent: "Je vécus une semaine

131 *Ibid.* p. 19.

132 *Ibid.* p. 76.

133 *Ibid.* p. 42.

134 *Ibid.* p. 45.

135 *Ibid.* p. 76.

comme dans un brouillard, je maigris terriblement et commençai à dépérir.¹³⁶ On observe ici un glissement de la responsabilité vers la culpabilité sur lequel nous reviendrons.

Si nous avons noté toutes ces descriptions d'un état physique, c'est que nous les avons définies au préalable comme des traces, pour ainsi dire, de la responsabilité du médecin. Celle-ci repérée, il nous faut à présent en étudier le mécanisme. Il est un point qui, à nouveau, trouve son paroxysme dans la confrontation et s'observe dans l'extrait choisi: la transposition au médecin, dans le langage, d'un vocabulaire qu'on attendrait comme destiné au patient. Ainsi, cette pensée du jeune docteur, au moment du refus de la mère: "Elles ont refusé, et *me* voilà sauvé.¹³⁷". Ce alors même que ce "sauvetage" du médecin condamnerait la fillette à une mort quasi certaine!

Détresse et responsabilité d'une compétence technique

On trouve un exemple autrement plus frappant de cette tendance dans *La serviette brodée d'un coq*. En effet, le narrateur découvre une jeune fille accidentée, la jambe broyée. La situation paraît désespérée, la malheureuse se vide de son sang. Malgré tout, le jeune médecin prend la décision d'amputer. Bien conscient du fait que l'opération sera compliquée, il se met à implorer sa patiente: "Meurs! Meurs vite! pensai-je. Meurs! Sinon, que vais-je faire de toi?¹³⁸". Le lecteur suit alors, une fois de plus, l'évolution de la pensée du médecin parallèlement à celle de la situation médicale. Avant d'opérer, il y a, encore une fois: "Ah! Pourquoi ne meurt-elle pas?". Puis, quand l'opération commence: "Je suppliais à présent le sort pour qu'elle ne mourût pas dans les prochaines demi-heures... Qu'elle meure dans la chambre, quand j'aurai terminé l'opération! ...". Quelques lignes plus loin, plus éloquent encore: "Encore, encore un peu... Ne meurs pas, pensais-je avec ferveur, attends jusqu'à la chambre, laisse-moi me tirer sans dommage de cet atroce épisode de ma vie.". Le narrateur terminera l'intervention en ordonnant à son infirmier: "Quand elle sera morte, envoyez-moi chercher, sans faute [...]". Toutefois, l'opération est réussie, et c'est là la résolution claire de la tension liée à la responsabilité (le héros, de façon toute symbolique, se regarde dans un miroir, rassuré sur sa compétence), quand bien même la patiente reste, à priori, condamnée! On peut s'effarer de voir un esprit se plaindre de l'"atroce épisode" qu'il est en train de vivre alors même que, sous ses yeux indemnes, se trouve le "semi-cadavre", pour reprendre les mots du narrateur, d'une jeune fille à la jambe arrachée. Mais on comprend mieux le mécanisme de cette responsabilité si puissante qu'elle aveugle, qu'elle attaque, et qu'elle dévore son homme, empêchant toute empathie de la part du médecin. Pour le médecin des *Récits*, il semble même que l'engagement total dans la voie du soin à l'Autre engendre un mal propre, avec ses propres symptômes, physiques et psychiques, de telle sorte que l'accueil de la souffrance de l'Autre ne peut plus tout à fait se faire dans une proportion convenable. On peut aussi en cerner l'origine dans une responsabilité tout entière tournée vers l'offre d'une compétence technique, délaissant l'idée d'un devoir d'offrir, aussi et autant, une attitude empathique.

Résolution

Comme dans l'exemple de l'amputation, la phase de résolution de la tension est presque toujours superposée à la résolution médicale de la situation. Quand cette dernière n'est pas totale, quand le héros ne sort pas tout entier victorieux de l'affrontement avec la maladie, comme dans *L'œil disparu*, alors c'est, véritablement, *vae victis*: le médecin sombre dans la culpabilité et ce qu'il appelle lui-même la « neurasthénie ». Il est intéressant de voir que la résolution arrive toujours, même avec un temps de retard. S'agissant de l'épisode du bras cassé de l'enfant, qui, on l'a vu tout à l'heure, plonge le narrateur dans des abîmes d'autoflagellation, un peu de relativisme et de sommeil suffisent ! Ainsi :

« [...] je me tenais déjà le discours suivant : "Ce bras cassé, ce n'est rien. Ça n'a aucune importance. L'enfant était déjà mort. Ce n'est pas au bras de l'enfant qu'il faut penser, mais au fait que la mère est vivante." La lanterne m'avait ragailardi, le perron familial également, mais malgré tout, une fois à l'intérieur de la maison, tandis que je gravissais l'escalier, éprouvant la chaleur du poêle et savourant à l'avance le sommeil libérateur de tous les tourments, je marmonnais ceci : "Peut-être ai-je raison, mais quelle horreur, tout de même, et

136 *Ibid.* p.81

137 Italique ajouté par nous.

138 *Ibid.* p.76.

quelle solitude ! Quelle infinie solitude !"¹³⁹ »

Dans une approche psychologisante, on parlerait ici d'un mécanisme de *coping*. De façon plus pertinente, on pourrait y voir, également, une pirouette littéraire qui préserve ainsi le héros dans son statut jusqu'ici toujours conservé. Quoi qu'il en soit, on s'étonnera d'observer que, dès la culpabilité disparue, écartée, peut poindre enfin une considération plus générale sur la souffrance de l'Autre : « quelle horreur, tout de même ! »...

Les visages de la souffrance

Il faut parler, pour rendre justice à Boulgakov et à son médecin, du soin extrême qui est mis dans la description des visages des personnages en souffrance. On ne peut pas penser que ces visages n'agissent pas, certes comme des ressorts dramatiques à destination du lecteur, mais aussi comme des aiguillons de la responsabilité du praticien. Nous citons, dans notre introduction, Mylène Baum-Botbol sur Levinas: « La responsabilité naît dans l'instant ou l'autre m'affecte, et cette affectation me rend responsable malgré moi. ». L'émotion qui transparait dans ces descriptions est bien celle du narrateur, et cela vient contre-balancer cette image d'un médecin affairé dans la technicité du soin. Voyons, par exemple, cette belle et dramatique évocation de l'enfant du *Gosier en acier* :

« Je n'eus qu'à poser mes yeux sur elle pour oublier pour un temps la chirurgie pratique, la solitude, et mon bagage universitaire trop mal approprié : j'oubliai tout, absolument tout, devant la beauté de l'enfant. A quoi la comparer ? Il n'y a que sur les boîtes de bonbons qu'on peint de pareils enfants : aux cheveux qui s'enroulent naturellement en grosses boucles presque couleur de seigle mûr. Des yeux bleu sombre, immenses, des joues de poupée. Ce sont les anges qu'on peignait ainsi. Cependant une ombre étrange nichait au fond de ses yeux, et je compris que c'était la peur : elle ne pouvait plus respirer.¹⁴⁰ »

Le temps d'un instant, c'est l'homme qui parle, débarrassé de sa condition de médecin, « oubliée ». Mais cet homme ne fait que mieux préparer le passage de relais au clinicien, qui ne doit plus sauver une petite fille, mais à présent un ange. Le récit se poursuit en effet immédiatement – la transition s'amorce déjà à la fin du passage cité – par la description des symptômes de la petite patiente, et la prise en charge que l'on connaît.

L'imposteur et ses juges

Dans la relation à trois termes de la responsabilité définie par Bruno Cadoré, il est question de « l'instance devant laquelle il s'agit de rendre des comptes », comme cité dans notre introduction. L'accusation d'imposture est la hantise du jeune médecin des *Récits* et concrétise, pour lui, toute éventuelle faillite de sa responsabilité d'une compétence technique. Il a à répondre, véritablement, devant un tribunal qui, à l'instar des pathologies anticipées, est imaginaire ! Ainsi, affirme-t-il dans *Le baptême de la version* : « Je ressemble au faux Dimitri¹⁴¹ », en référence à l'histoire de cet homme, qui, au XVIIe siècle, devint Tsar en se faisant passer pour le fils d'Ivan IV le Terrible, Dimitri V, dont « la mort énigmatique permit à plusieurs imposteurs de se faire passer pour lui.¹⁴² ». On peut comprendre les craintes du médecin de Boulgakov lorsque l'on sait que cet homme meurt massacré et que, selon *Wikipédia*, «son corps est dépecé et ses cendres sont tirées au canon en direction de la Pologne.¹⁴³ ». Sans aller jusqu'à pareille extrémité, notre héros s'imagine « un personnage terrible, noir, énorme, [allant] apparaître, faire irruption dans l'isba et proférer d'une voix de glace: “Très bien. Qu'on lui prenne son diplôme!”¹⁴⁴ ». Ici, Boulgakov, en donnant un caractère si fantasmagorique aux angoisses de son narrateur, montre tout à la fois leur puissance et leur irrationalité. Le procédé en devient comique lorsque le pauvre médecin, prostré, construit un scénario riche de détails où son patient, le soldat à la mâchoire prétendument brisée par lui, développe peu à peu une complication fatale de l'intervention. Il le conclut ainsi : « On exhume le corps du soldat. Jugement. Déshonneur. Je suis la cause de

139 *Ibid.* p.78.

140 *Ibid.* p. 36.

141 *Ibid.* p. 13.

142Le Petit Robert 2. Paris : Dictionnaires Le Robert. p. 537.

143Wikipedia.org [internet]. Faux Dimitri. Cité le 02.12.15. Disponible sur:

https://fr.wikipedia.org/wiki/Faux_Dimitri,

144Boulgakov M. *Récits d'un jeune médecin*. Lausanne: Editions l'Âge d'Homme; 1994. p.76.

la mort. Et voici que je ne suis plus médecin, mais un homme malheureux jeté par-dessus bord, ou plutôt: l'ombre d'un homme.¹⁴⁵ ». On devine ici les traits d'une responsabilité qui, plus que médicale, touche à l'honneur. C'est le médecin qui a failli, mais l'homme lui-même en est ébloué : il en perd sa substance et ne devient plus qu'une « ombre » (notion présente sous une autre forme dans la traduction d'Hélène Gilbert : « Je ne suis plus un homme¹⁴⁶ »). Parfois, dans une configuration plus sobre mais non moins dramatique, le *hara-kiri* n'est pas loin : « "[...] à présent c'est certain, nous avons égorgé Lidka", et j'ajoutai sévèrement en moi-même : "Sitôt rentré chez moi, je me tire une balle..."¹⁴⁷ ». Après une responsabilité morbide, on découvre une responsabilité mortifère.

Les juges sont partout

Ce sentiment d'imposture, en plus d'être directement nommé par le narrateur, est continuellement renforcé, de manière implicite dans le texte, par un procédé où Boulgakov se sert du lecteur comme d'un complice. En effet, nous l'avons vu : nous sommes, souvent, les seuls récipiendaires de la vraie pensée du héros, distillée à notre intention. Il y a donc un constant décalage entre le personnage du narrateur, s'adressant à nous, et le médecin, agissant, interagissant avec les personnages du roman. Celui-ci se sent le devoir d'incarner pour tout autre que le lecteur, une figure (!) – une figure du médecin respectable, voire imposant le respect. Peut-être, aussi, du médecin responsable. Il déclare ainsi, dans *La serviette brodée d'un coq* : « Ma jeune figure m'empoisonnait l'existence à chaque pas¹⁴⁸ », expliquant que les gens le prennent pour un étudiant. Il regrette alors de ne pas souffrir d'un trouble de la vue qui lui permettrait de porter des lunettes, gage de maturité, et énumère les moyens mis en œuvre pour tenter de contrer cette tendance : « [...] je m'efforçais d'élaborer en ma personne un certain maintien qui inspirât le respect. Je tâchais de parler d'une manière grave et posée, de contenir dans la mesure du possible mes gestes désordonnés, de ne pas courir comme courent tous les jeunes gens de vingt-trois ans qui viennent de terminer l'université, mais de marcher posément.¹⁴⁹ ». Il souligne ici « ce code de conduite qu'on n'eût trouvé dans aucun livre ». Est-ce un regret ? Si c'en est un, il n'a plus lieu d'être : ce code existe à présent dans un livre... les *Récits d'un jeune médecin*.

Ce souci du paraître est constant et se traduit par de nombreuses situations où le jeune diplômé feint, simule un savoir qu'il ne possède pas à seule fin de ne pas perdre la face devant ses collaborateurs. Avant de prendre en charge un accouchement compliqué – une première pour lui – il exprime ainsi ses angoisses : « Quel désastre si je ne sais pas m'en tirer ! Quelle honte devant les sages-femmes¹⁵⁰ ! ». Le médecin des *Récits* ne répond pas de sa compétence technique seulement devant ses patients ou à des juges imaginaires, mais aussi devant son équipe. Avant l'opération, le héros prétextera de s'absenter pour chercher des cigarettes afin de, en vérité, potasser un manuel d'obstétrique ! Puis, pendant toute l'intervention, il guettera les réactions des sages-femmes, cherchant l'approbation, glanant des informations « à partir de paroles fragmentaires, de phrases inachevées, d'allusions jetées au passage¹⁵¹ ». Le lecteur, témoin de ce manège où le narrateur subit la torture de son angoisse et étale une absence totale, presque caricaturale, de confiance en soi, s'étonnera d'autant plus avec le héros de voir une sage-femme déclarer, l'opération terminée : « On peut dire, docteur, que vous avez bien réussi cette version, avec une telle assurance ! ». Les exemples respectant ce schéma sont nombreux (notamment dans *La serviette brodée d'un coq* et *Le gosier en acier*). Il y a là, bien sûr, un moyen littéraire de favoriser la tension dramatique de ce rebondissement en forme de félicitations.

« Je est un autre »

Plus, encore : Boulgakov esquisse ainsi deux personnages principaux au fil de ses *Récits*. L'un, narrateur pétri d'émotions, d'angoisse surtout, mais aussi d'humour et de joie, personnage réservé aux yeux du lecteur. L'autre, à l'inverse, médecin solide comme un roc aux yeux de tous les protagonistes, que la sage-femme

145 *Ibid.* p.81.

146 *Ibid.* p.112.

147 *Ibid.* pp.41-42.

148 *Ibid.* p.10.

149 *Ibid.* p.10.

150 *Ibid.* p.26.

151 *Ibid.* p.31.

félicite ainsi à la fin du *Gosier en acier* : « Vous faites tout avec un tel sang-froid...¹⁵² », alors que l'ensemble du texte est une idée de ce que sont la terreur et le bouillonnement intérieur. Ce personnage de fer intervient partout dans les *Récits*, à chaque fois que la tension est insoutenable, que cette oppression observée tout au long de notre analyse atteint des niveaux insupportables et que, pourtant, il faut agir, il faut répondre. Ainsi, dans le passage mis en exergue pour la phase de confrontation, le narrateur lui-même ne s'en cache pas : « un autre s'écria à ma place, d'une voix que je ne reconnaissais pas ». Le même phénomène a lieu dans *La serviette brodée d'un coq*, où le le narrateur inquiet, stupéfait, fataliste devant le spectacle atroce de la jeune fille mourante prend soudainement la décision d'agir, comme possédé : « Puis, brusquement, j'ordonnai d'un ton sec, sans reconnaître ma propre voix : -Camphre !¹⁵³ ». Le seul instant, d'une tension extrême, où ces deux personnages sont sur le point de se rejoindre, de fusionner, c'est lors de l'opération de la petite Lidka. Le médecin « désespère » de trouver la trachée. Il pense que « c'est foutu ». Alors, vient ce passage au pouvoir d'évocation certain :

« La sage-femme, sans rien dire, m'essuya le front. "Poser le bistouri ; dire : je ne sais pas quoi faire ensuite", voilà ce que je venais de penser quand les yeux de la mère me revinrent à l'esprit. Je levai à nouveau le bistouri, et d'un geste brusque et insensé, je poignardai Lidka, en entaillant profondément la gorge. Les tissus s'écartèrent, et brusquement la trachée m'apparut.¹⁵⁴ »

Cette abdication impossible ne se fait donc jamais. Ici, ce sont « les yeux de la mère » qui agissent comme révélateurs de ce médecin que rien n'arrête, à qui tout réussit. Tout porte à croire que, par l'irréductible dualité de son personnage, procédé bien littéraire, Boulgakov isole la part inhumaine de cette responsabilité, qui ne peut être vraiment supportée que lorsqu'elle attribuée à un personnage inhumain, infaillible, tout puissant dieu-médecin. Le constat est d'autant plus amer lorsque l'on compare la vérité du texte à celle de la biographie de l'écrivain, qui, comme déjà évoqué, plongea dans une dépendance dévastatrice à la morphine lors de son séjour à Nikolskoïe. Au début du texte *Morphine*, nous trouvons un narrateur très proche de celui des *Récits*, à ceci près qu'il a terminé son année d'affectation en hôpital de campagne et exerce à présent, soulagé, dans le confort d'un hôpital de chef-lieu. Il n'est plus « coupable de la hernie étranglée¹⁵⁵ » et se sent « pour la première fois un être humain dont l'ampleur de la responsabilité [reste] contenue dans certains cadres.¹⁵⁶ ». Il trouvera, néanmoins, le journal de son successeur dans l'établissement de province, un certain docteur Poliakov, ancien camarade d'université. Dans ce texte, sont explorés « jusqu'au vertige les gouffres de la détresse, de la maladie et de la folie¹⁵⁷ ». Poliakov, d'ailleurs, se suicide à la fin. Doit-on comprendre que c'est là le destin auquel a échappé notre médecin des *Récits* ?

Conclusion

On ne peut réduire la responsabilité du héros à la responsabilité d'une compétence technique. Les décisions éthiques qui en découlent inévitablement – le bien ne résidant pas dans la simple possession d'un savoir-faire – font le quotidien du héros. Si elles n'apparaissent pas en tant que telles dans le texte, elles transparaissent dans certains passages, certaines confrontations, et participent à la condition du narrateur-médecin. Une responsabilité totale, écrasante, imprévisible et improvisée, qui attaque à tout instant, s'insinue partout, dans le corps comme dans l'esprit, et ne laisse ni répit, ni porte de sortie à sa victime, la belle responsabilité du médecin-chirurgien, la responsabilité dérangeante et angoissante du soignant, mais aussi la responsabilité crasse et hurlante de quiconque qui voit quelqu'un se noyer sous ses yeux – en tenant compte du fait que lorsque les gens se noient, ils ont une fâcheuse tendance à le faire chez le médecin – l'appel est là, impossible de se défausser, sous peine de disgrâce, de déshonneur, et de mort, car c'est cela, la responsabilité du médecin des *Récits* : une lutte à mort. Sa façon d'y faire face ? Il s'y livre tout entier, corps et âme, et en ressort presque toujours victorieux. Nous verrons au chapitre suivant dans quelle mesure il est possible de s'inspirer d'un tableau si haut en couleurs dans la pratique clinique actuelle.

152 *Ibid.* p.44.

153 *Ibid.* p.17.

154 *Ibid.* p.41.

155 Boulgakov M. *Récits d'un jeune médecin. Morphine*. Lausanne: Editions l'Âge d'Homme; 1994. p.107.

156 *Ibid.* p.107.

157 Boulgakov M. *Récits d'un jeune médecin*. Lausanne: Editions l'Âge d'Homme; 1994. Quatrième de couverture.

Chapitre III : Analyse de « réception » ou les *Récits* pour un jeune médecin

À la recherche du...

Le médecin des *Récits* exerce il y a un siècle – partout, on observe, pris par l'émotion avec laquelle on regarderait les photos d'enfance de vieux amis, les marques de ce passé : des diagnostics au nom souvent familiers, posés sur la seule base clinique, des médicaments inconnus ou à l'usage désuet dans certaines situations (le camphre, la caféine, la belladone, la quinine), des coutumes opératoires qui prêtent à sourire, les trajets urgents en voiture à cheval, les communications épistolaires, les relations paternalistes à l'extrême du médecin aux patients, une hiérarchie non moins marquée entre celui-ci et son équipe. Tout cela fait le charme des *Récits*, un charme qui touchera tous les proustiens aimant à humer cette odeur de début du XXe siècle. Mais ce charme est aussi celui du recul, du confort de s'arrêter un instant pour tourner la tête et regarder derrière soi ce qui est passé et ne reviendra plus. Cela, nous dit l'évidence, c'est le temps qui nous l'a offert. Chaque génération a eu et aura ses *Récits* : ceux-ci ont constitué, pour certains, un témoignage actuel, comme celui d'un fils ou d'un frère, puis sont devenus, pour d'autres, les récits d'un père ou d'un grand-père, jusqu'à devenir, dans la lente fuite du temps, pour la plupart des jeunes médecins d'aujourd'hui, ceux d'un arrière grand-père. Un jour, ils seront peut-être ceux d'un lointain aïeul que l'on lira comme on lit aujourd'hui les textes de Suétone ou Pline le Jeune. Le lecteur commence spectateur pour devenir archéologue. Ce polymorphisme du texte dans la réception nous offre donc la puissance d'un regard qui se pose un siècle après : du nez dans le guidon, on se trouve à apercevoir un bout d'horizon. « Le temps est père de vérité », disait Rabelais.

Contre-figure

En échange, cependant, ce siècle de différence nous a pris tout ce qu'ont pu être un jour les *Récits* : une vision actuelle de la médecine, directement inspiratrice d'une certaine éthique, d'une certaine responsabilité médicale (il faut, coûte que coûte, au péril de sa vie, sauver le corps des patients, même malgré eux) surtout pas réfléchi ou codifiée, une vision révélatrice d'une saine relation médecin-malade (le jeune docteur des *Récits* sait se montrer autoritaire, « cadrant » comme on peut penser qu'il faut l'être si l'envie nous prend de s'essayer au paternalisme le plus primaire), ou encore indicatrice d'une figure d'un médecin parfait, non pas dans l'absolu, car les *Récits* sont parsemés d'une impitoyable autodérision ainsi que d'une lucidité dévastatrice du narrateur sur ce qu'il pense être ses faiblesses, mais dans son effort constant pour tendre à cette perfection. De nos jours le bénéfice à tirer d'un pareil tableau dans la pratique clinique apparaît clair : celui d'une contre-figure. Cela rejoint ici l'un des aboutissants de l'Histoire de la médecine. Il serait anachronique et injuste de parler d'« erreurs du passé » à ne pas reproduire, mais on peut profiter ainsi de cet éclairage littéraire permettant de décrire tout à la fois les travers anciens de la médecine et de n'en cerner que mieux, sans doute, les travers actuels !

L'intemporalité d'une expérience existentielle ?

Malgré tout, impossible de nier que les *Récits* nous ont parfois frappé par leur actualité, voire l'exactitude et la justesse de leurs évocations de la condition du médecin. Mais avant même d'aborder ces considérations personnelles, notons des thèmes très présents dans l'ouvrage : l'angoisse dans la responsabilité, la solitude du médecin, la pression pour une infaillibilité technique, la crainte de l'erreur, la culpabilité. On en trouve les résonances partout dans le monde médical d'aujourd'hui. Prenons, par exemple, le constat du président de l'ASMAV (Association suisse des médecins assistants et chefs de clinique vaudois) en 2013 lors du compte-rendu d'un symposium « Profession médecin : rêve, réalité et futur » à Lausanne, paru dans la Revue Médicale Suisse. On lui demande de lister ce qui « caractérise le parcours d'un médecin assistant¹⁵⁸ » : « il est souvent rempli de doutes sur sa formation/sa carrière ; il doit assumer beaucoup de responsabilités d'un jour à l'autre ; il est souvent seul ; il doit s'intégrer dans des équipes déjà en place ; il doit souvent travailler

158 Deriaz S, Bridel Grosvernier L, Tissot JD. Profession médecin : rêve, réalité et futur. Revue Médicale Suisse. 2013 ;9 :686-688.

beaucoup d'heures.¹⁵⁹ ». Le jeune médecin des *Récits* n'aurait rien perdu à assister à ce symposium ! Comment ne pas penser, aussi, au héros de Boulgakov lorsque l'on lit un article sur la manière de réagir des jeunes médecins face à leurs erreurs (*Residents' Responses to Medical Error: Coping, Learning, and Change*), où l'on nous décrit que ces jeunes praticiens connaissent des émotions intenses dans cette situation, au premier rang desquelles la détresse, puis la culpabilité, la frustration et la solitude (« isolation »), que l'angoisse générée est corrélée à la fois à la gravité de l'erreur ainsi qu'au degré de responsabilité personnelle, et où enfin, on lit certains témoignages de médecins pour lesquels l'angoisse est due à l'impression d'un manque de savoir (« knowledge »)¹⁶⁰.

Confrontation des littératures

Plus proche de nous encore, cette parution, sous forme de revue de la littérature, du *Bulletin des médecins suisses* en 2012 : *Le bien-être du médecin influe sur la qualité du traitement*. On y lit, études à l'appui (dont la qualité nous est certes inconnue), que : « [...] les médecins présentent des risques plus élevés vis-à-vis des maladies psychiques et que le burn-out ou épuisement professionnel est très répandu parmi eux [7–9]. Les symptômes et les effets du burn-out sont entre autres une fatigue chronique, l'épuisement, la perte de concentration, les humeurs dépressives et le sentiment de tension intérieure. Parmi les symptômes concomitants se manifestant fréquemment dès le stade précoce de la maladie [10], on trouve la peur de commettre des erreurs, de passer à côté de quelque chose ou de se ridiculiser face à ses collègues.¹⁶¹ ». Chacun de ces mots trouve une correspondance directe chez le jeune médecin des *Récits*, sauf, peut-être, la « perte de concentration », et bien sûr le *burn-out* – la possibilité d'un diagnostic à posteriori reste ouverte... Cependant, même la peur du ridicule devant les collègues y est. La prose de la littérature scientifique de 2012 semble se borner à redire ce qui a été dit – et mieux dit, sans doute – par celle de Mikhaïl Boulgakov dès 1920. Si l'on voulait se montrer provocateur, on glisserait : « Est-ce cela, le progrès scientifique ? ». En poursuivant notre lecture, nous nous rapprocherons de *Morphine* : « Par rapport au reste de la population, l'utilisation abusive de médicaments et de drogues est plus répandue parmi les médecins, sachant que, notamment, la plus grande accessibilité et la possibilité d'auto-prescription est un facteur-clé dans le cas des médicaments [12].¹⁶² »... Ainsi que de la conclusion dudit texte : « Le suicide est la cause la plus fréquente de mort prématurée chez les médecins et la deuxième cause de décès chez les étudiants en médecine [10]. Les médecins sont ainsi 2,45 fois plus menacés par le suicide que l'ensemble de la population [15]. Il est frappant de constater que le suicide est plus fréquent chez les *médecins de campagne* et les psychiatres que chez les médecins de ville et les autres spécialistes.¹⁶³ ». Frappant, vous dites ?

Des constantes prévalant sur les variables

Il est sans doute possible de continuer longtemps une telle recherche de similitudes dans les contenus. Ainsi, d'un côté, cette médecine perdue au fin fond de ce qui est plus ou moins la brousse de l'Empire russe, en 1917, autant dire la préhistoire pour un jeune médecin d'aujourd'hui, et de l'autre la médecine suisse des années actuelles, où l'on se targue du fait que « la prise en charge médicale de la Suisse fait partie des meilleures au monde.¹⁶⁴ ». Des ingrédients si différents, comme énoncé au début de ce chapitre, des années-lumière en terme de technologie, mais, pourtant, un même résultat : le médecin comme une proie de sa responsabilité face à la souffrance de l'Autre, une responsabilité débordante au point d'en être existentielle. Ce constat nous pousse à réviser, pour une part, notre jugement : les ingrédients en jeu sont bien les mêmes. Il y a, aux deux endroits, aux deux époques, la combinaison d'une machine à penser, ressentir, souffrir, aimer – l'humain – avec une fonction qui impose d'être à la fois un peu plus qu'un humain – un *superman*, la responsabilité de sauver – et un peu moins qu'un humain – la responsabilité de supporter l'insupportable : celle de médecin.

159 *Ibid.*

160 Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM. Residents' Responses to Medical Error: Coping, Learning, and Change. *Academic Medicine*. 2006 Jan ;81 :86-93.

161 Hostettler S, Hersperger M, Herren D. Le bien-être du médecin influe sur la qualité du traitement. *Bulletin des médecins suisses*. 2012;93:656.

162 *Ibid.* p. 656.

163 *Ibid.* p. 656. Italique par nous.

164 *Ibid.* p. 655.

Le résidu après filtre

Une dualité devant l'insoutenable, la fragmentation d'un être en deux, l'un qui sauve, l'autre qui souffre : Boulgakov a poussé l'idée à son extrême dans une configuration que la littérature, seule, permet. Sans doute est-ce là l'atout principal des *Récits*, cette résultante des forces tout à la fois d'un vécu, indubitable, indispensable et d'un talent certain dans l'usage des possibilités propres à la littérature – entité que certains appelleront « génie ». A parler de force, on parle bien sûr de force d'évocation. Comme une peinture produit parfois plus d'effet qu'une photographie d'un même objet, on peut penser que les *Récits* sont plus à même d'exprimer une idée que la prosaïque énumération des composants de cette idée, plus à même de *marquer* le lecteur.

Si une part de cette plus-value intervient probablement de manière immédiate, à la première lecture, notre expérience semble montrer que de nombreuses impressions émergent au fil des lectures répétées du texte, ainsi que par la mise en perspective avec la biographie de l'auteur, le contexte de l'écriture, comme par la recherche dans le texte, dans le dialogue, dans les mots, dans des situations à priori comiques, dans des caractéristiques à priori historiques, dans des procédés à priori stylistiques, la recherche de toutes ces marques qui construisent peu à peu une narration nouvelle, mais propre au texte, de la responsabilité du médecin – bref, ce processus que nous avons appelé analyse et qui fait la vocation de ce travail.

Résonances personnelles et figure d'une certaine responsabilité

Poussons l'exercice de la *réception* jusqu'au bout et adoptons la première personne du singulier. Sans plus ample réflexion, mais comme un témoignage, je me propose de citer, pêle-mêle quelques situations issues de ma mince expérience de quelques stages en Suisse. Toutes, elles m'évoquent les *Récits d'un jeune médecin*. Il y a d'abord ce jeune assistant en chirurgie à qui le chirurgien chef dit, au début de l'opération, comme un reproche : « Mais pourquoi vous suez déjà? », et l'assistant de se murer dans le silence, piteux. Ce même jeune médecin, reconnu comme compétent, traînant toutefois dans tout le service la réputation d'avoir les mains tremblantes. Il y a aussi cette situation récente : Madame B., la soixantaine, mourante, sans capacité de discernement du fait d'un état confusionnel mais n'en exprimant pas moins le souhait d'en finir. Les chirurgiens veulent tenter une opération (intervention sur un abcès profond), sa seule chance de survie. Laisser mourir avec le maximum de confort possible ou risquer de tuer sur une table d'opération ? C'est le dilemme qui émergera du colloque multidisciplinaire. Ou encore, ma première ponction lombaire, sur une dame jeune, tout à fait consciente et vigile. Je suis stressé, l'infirmière me scrute, je ne m'efforce de rien montrer, il faut faire preuve de sang froid. La patiente me pose des questions anodines sur le déroulement habituel d'une ponction lombaire. Lui avouer que j'en ai jamais pratiqué? Je n'y céderai pas, quelque chose me retient. Quelques temps plus tard, un camarade de promotion m'interroge : « Dis, je dois commencer à faire des ponctions lombaires bientôt. Tu lui dis, toi, au patient, que c'est ta première ? ». Bonne question. Récemment, encore, il me faut me déplacer tous les jours, avec un assistant, au chevet d'un patient aux soins intensifs. Pour s'y rendre, nous devons passer devant un autre patient qui, alité, nous appelle « Aidez-moi ! J'ai besoin d'aide ! ». Le personnel soignant nous prend à l'écart et nous explique : « Prenez l'autre porte quand vous venez, il fait ça tout le temps, à tout le monde. ». Plus loin, le patient, seul, continue de hurler : « Je vous dis que j'ai besoin d'aide ! ». Nous partons, l'air de rien. Je me surprends à penser : « Boulgakov irait, lui. ».

Conclusion

La construction d'une figure

Si l'on s'en réfère à nos objectifs initiaux, le premier d'entre eux était de trouver des figures de la responsabilité du médecin dans la littérature. Parmi tous les médecins littéraires, nous avons choisi celui des *Récits* de Boulgakov. Ce personnage se prêtait particulièrement bien à notre travail : l'intrigue dans laquelle il évolue se trouve centrée sur la pratique médicale et la composante autobiographique prononcée du texte confère à celui-ci le relief de l'authenticité. Ainsi, nous avons là un modèle « tout prêt » : un personnage médecin, central et pratiquement héros unique du texte, qui passe le plus clair de son temps à pratiquer la médecine, le tout étant écrit par un médecin. L'enjeu, pour nous, a été de partir de ce qui s'imposait, à vrai dire, déjà comme une figure du médecin, mais bien une figure *historique*. Sans s'y perdre, il a fallu d'abord chercher à mettre en évidence une figure de la *responsabilité* du médecin – la nuance est grande entre un grand écrivain dont le diplôme de médecin ajoute une ligne à la biographie et le praticien en tant que tel – mais aussi de chercher la figure *littéraire* de la responsabilité du médecin. Ces deux particularités nous ont contraint à nous extraire de l'image pourtant répandue de *Récits* purement autobiographiques d'un écrivain somme toute peu pris dans sa vocation de médecin. C'est seulement en affirmant qu'il y a une distinction entre Boulgakov et son personnage – marquant – que l'on peut oser parler d'une figure littéraire de la responsabilité du médecin.

Le regret à exprimer, quant à cet objectif, est bien sûr de n'avoir pu, dans le cadre de ce travail, s'attaquer à d'autres personnages médecins. Ce trop plein d'ambition initial tend à nous confirmer une chose : comme déjà évoqué, faire émerger une figure d'un texte requiert une construction, une narration et... du temps.

Par ailleurs, il aurait été intéressant de se saisir d'un personnage à la littérarité plus évidente, à la « médicalité » peut-être moins prononcée, et dont le rôle dans le récit ne se confine pas à la pratique médicale, celle-ci n'étant pas nécessairement le « sujet » du livre. Pourquoi, aussi, se confiner à des personnages diplômés de médecine, alors même que nous avons pris la responsabilité comme une entité existentielle, commune à ceux qui accueillent la souffrance de l'Autre ? Il y aurait une réelle richesse à exploiter en élargissant le champ de recherche dans cette ressource que constitue la littérature.

L'impératif éthique

A ce propos : ressource ou luxe ? Le débat, comme montré dans notre introduction, ne date pas d'hier. Nous nous référons ici au second objectif de notre travail : « esquisser la possibilité d'une utilité de ces personnages littéraires pour le médecin réel ». Cet objectif, nous pensons l'avoir rempli dans la prudence du verbe « esquisser ». En effet, en montrant dans un premier temps qu'il existe de par le monde de nombreuses façons de mettre à profit la littérature en médecine, chez des étudiants ou des médecins – les débuts d'une certaine *pratique* –, puis en mettant en évidence, dans un second temps, l'existence d'une œuvre littéraire qui répond avec une adéquation parfaite aux préoccupations médicales issue de la pure littérature scientifique, en les anticipant d'un siècle au passage, nous avons l'impression d'avoir tracé une certaine voie dans le mouvement-même où nous l'empruntons sur un plan personnel. Un navigateur découvre une route maritime. Elle fonctionne, puisque elle a fonctionné pour lui. Mais est-elle rentable ? Est-elle vraiment la plus rapide ? Est-elle reproductible ? Est-elle sûre ? Praticable ? Sans nous comparer à un quelconque explorateur, cette métaphore permet de pointer le fait que notre travail pêche dans la réponse à ces questions. Cependant, cette réponse ne peut s'apporter que dans une mise en pratique à large échelle, sortant du cadre de ce projet conceptuel. Nous pouvons toutefois faire deux remarques à ce sujet : une certaine intégration de la littérature existe déjà dans le cursus médical à Lausanne sous forme de séminaires en première année ; et d'autre part, un projet réunissant Boulgakov et de jeunes médecins pourrait voir le jour à la suite d'une rencontre et d'une discussion ayant eu lieu tout à fait par hasard dans le cadre d'un stage.

Science...

L'envie ne manque pas de se lancer dans un plaidoyer pour l'usage de littérature en médecine, d'appeler à la concrétisation d'une pratique à l'efficacité mesurable, à l'aune de la preuve statistique. Cependant, lorsque l'on voit la somme d'études scientifiques réalisées – à la finalité validée, puisque publiées – pour déterminer

qu'un médecin peut souffrir de sa responsabilité, on sent poindre l'impression d'un gâchis à l'idée que trois mois de pratique de la médecine et la lecture attentive des *Récits d'un jeune médecin* de Boulgakov suffisent à ce même constat, avec autrement plus de force qu'une liste d'émotions réparties par catégories. Ici, si la littérature est un luxe, alors l'*Evidence Based Medicine* constitue le comble du somptuaire. Nous pourrions encore affirmer, après une revue de la littérature fouillée, qu'aucune étude randomisée en double aveugle ni méta-analyse vraiment sérieuse n'a jusqu'ici prouvé que l'eau mouille : c'est donc une croyance à démontrer. Par l'absurdité, on l'a compris, nous cherchons à placer ce travail dans le champ d'un questionnement plus vaste sur les fondements de la pratique scientifique actuelle, notamment sur la place de la preuve en lien avec celle de la culture. On peut penser, en effet, que c'est bien ce patrimoine humain plurimillénaire qui devrait guider l'utilisation de la preuve à bon escient et non l'inverse. Cela n'a, certes, absolument rien de nouveau, et nous ne résisterons pas à l'idée de citer la très classique sentence de Rabelais (à nouveau): « Science sans conscience n'est que ruine de l'âme ».