

CHAPITRE 2

MÉDECINE NARRATIVE ET PHILOSOPHIE¹

Langage et interprétation pour prendre soin de l'autre : quand l'écoute devient éthique

Christian Tannier, Christophe Frot,
Thierry du Puy-Montbrun, Christian Martens, Laure Gontard,
Serge Perrot, Véronique Lefebvre des Noëttes

« Aimer quelqu'un c'est l'entendre raconter sa vie et la lui raconter à son tour; et exister en général c'est le récit de sa vie. Alors le récit peut être de telle ou telle nature, héroïque, comique, et cetera... Mais il faut un récit, il faut raconter; il faut relater; il faut transformer sa vie dans une chose qu'on peut dire. Nous avons tous besoin d'un récit pour exister. »

Michel Serres

1. Introduction : écouter l'autre souffrant

S'adresser à un sujet, à un personnage, par un effort d'écoute empathique, accéder à sa souffrance, quelle qu'elle soit, par l'analyse de sa narration, faire de cette démarche un geste éthique étayant l'humanité de la relation de soin, tels sont les points de rencontre entre la philosophie et la médecine narrative, que nous nous proposons d'aborder dans ce chapitre. Le but n'est évidemment pas d'être exhaustif, mais de donner quelques repères permettant de tracer l'influence de la philosophie sur les concepts de la médecine narrative. Commençons par la naissance du sujet, qu'il est légitime de rapporter à la réflexion cartésienne.

1. Les signataires de ce chapitre ont animé des enseignements dirigés de médecine narrative, et ont suivi des formations diplômantes de philosophie pratique à Paris-Est, masters et doctorats.

2. La naissance du sujet : Descartes, apports et limites

Cherchant ce dont on ne peut douter, Descartes, par une géniale intuition, aboutit à cette vérité, « si ferme et si assurée que toutes les plus extravagantes suppositions des sceptiques n'étaient pas capables de l'ébranler »² : *Je pense, donc je suis*. Ce *cogito* est une intuition fulgurante, qui jaillit dans l'instant : je me saisis moi-même et je suis certain d'exister pendant tout le temps que je pense. Cette expérience subjective de soi, à la première personne, reste une donnée très moderne en occident, à la base de la notion de sujet, conscient de soi, autonome et capable de liberté, interprétant le monde à sa façon. Elle renverse complètement le monde de la philosophie grecque, pour laquelle le *cogito, ergo sum* n'a aucun sens. Dans la Grèce antique « le monde de l'individu n'a pas pris la forme d'une conscience de soi, d'un univers intérieur définissant, dans son originalité radicale, la personne de chacun »³.

Reconnaissons donc à Descartes d'avoir initié la philosophie du sujet, qui est un des piliers de la relation de soin que tente de privilégier la médecine narrative : le soignant, au sens large, médecin ou non-médecin, s'adresse à un sujet original, qui possède son monde intérieur et extérieur. Cependant, l'illustre philosophe qui a donné son nom à l'Université dans laquelle est enseignée la médecine narrative, prête le flanc à quelques critiques.

D'abord Descartes va « manquer » deux dimensions essentielles fondant la relation de soin : celle de l'intersubjectivité et de l'écoute empathique d'une part, celle de la construction de l'identité par la narration d'autre part. Ces deux autres piliers, qui soutiennent la médecine narrative, fondent une éthique du soin : il s'agit de rendre son humanité à une médecine moderne que la préoccupation technoscientifique éloigne de la rencontre entre deux sujets.

Car le dualisme de Descartes, séparant l'esprit (ou âme) du corps et abordant le corps sous un angle strictement mécanique (nous ne serions à ce niveau que de « subtils automates ») est à l'origine à la fois du prodigieux essor de la médecine technoscientifique, mais également des dérives dans lesquelles risque de nous entraîner le concept de « corps-objet ».

Nous allons donc envisager les origines philosophiques des notions d'intersubjectivité et d'empathie, qui passent par la révolution phénoménologique et l'herméneutique, avant de développer l'importance du récit dans la constitution de l'identité et dans l'éthique de la relation de soins.

2. Descartes, *Discours de la méthode*, Paris, Hatier, 2006, p. 37.

3. J.-P. Vernant, *L'individu, la mort, l'amour*, Paris, Gallimard, Folio/histoire, 2007, p. 226.

3. Du sujet à l'intersubjectivité et à l'empathie : Husserl

La philosophie n'a pas toujours pensé la relation intersubjective. On a beaucoup reproché au *cogito* cartésien son solipsisme⁴ : si l'*ego* constitue la seule réalité existante, le risque est double. D'une part, celui de l'hypertrophie du moi, ce *moi-je* qui doute de tout, ce « moi haïssable » ainsi que l'écrivait Pascal. D'autre part, ce moi « souffre et jouit indissolublement d'un égoïsme originel »⁵, et définir l'homme par l'*ego* risque de le condamner à un égoïsme structurel, obstacle infranchissable pour l'autre qui se voit réduit à l'objet car, pour connaître, l'*ego* ne peut que *mettre à distance*⁶. C'est cela même qui interdit tout processus empathique car ce que l'*ego* rencontre c'est le corps de l'autre – un corps-objet – mais jamais l'autre dans sa globalité. D'où la conclusion sans appel : « Fondamentalement, l'*ego* exclue l'*alter ego* »⁷ s'opposant par là et de façon radicale à toute possibilité d'empathie.

Husserl s'appuyant sur la phénoménologie⁸, va au contraire affirmer dans les *Méditations cartésiennes* que ce qui est premier n'est pas la subjectivité d'une conscience individuelle réduite au *cogito*, mais l'intersubjectivité, c'est-à-dire la relation entre les consciences : ma conscience va découvrir celle de l'autre comme elle a découvert le monde, par l'intentionnalité. Pour Husserl en effet, la conscience n'est pas une substance dans laquelle le monde s'imprime passivement, mais elle est fondamentalement intentionnelle, c'est-à-dire que c'est l'acte de conscience qui nous fait apparaître le monde et lui donne un sens, la connaissance des objets du monde n'étant donc que pure subjectivité. Ainsi, selon la formule célèbre des *Méditations cartésiennes*, qui sera reprise par Sartre, « toute conscience est conscience de quelque chose »⁹, ce qui constitue la définition même de l'intentionnalité.

4. Théorie selon laquelle le sujet est la seule réalité.

5. Jean-Luc Marion, *Questions cartésiennes*, Paris, PUF, Philosophie d'aujourd'hui, 1991, p. 190.

6. Objectiver c'est étymologiquement « placer devant ». Cette « mise à distance » s'exerce par la raison : « être objectivement ne signifie autre chose, qu'être dans l'entendement en la manière que les objets ont coutume d'y être », précise Descartes (*Objections, premières réponses*, in Descartes, *Œuvres et lettres*, Paris, Gallimard, La Pléiade, 1953, p. 344. Souligné par l'auteur). C'est ainsi que l'autre est réduit à l'objet.

7. Jean-Luc Marion, *Questions cartésiennes, op. cit.*, p. 207.

8. « Étude des phénomènes, autrement dit de ce qui apparaît à la conscience », André Comte-Sponville, *Dictionnaire philosophique*, Paris, PUF, 2013, p. 760.

9. « Tout état de conscience en général est, en lui-même, conscience de quelque chose, quoiqu'il en soit de l'existence réelle de cet objet [...] Ces états de conscience sont aussi appelés états intentionnels. Le mot intentionnalité ne signifie rien d'autre que cette particularité foncière et générale qu'a la conscience d'être conscience de quelque chose [...] », E. Husserl, *Méditations Cartésiennes, Introduction à la phénoménologie*, trad. par Emmanuel Lévinas et Gabriell Peiffer, Paris, J. Vrin, 2014, p. 65.

Cependant la conscience intentionnelle d'Husserl appréhende l'*alter ego*, non pas comme un objet du monde, mais comme une relation intersubjective. Par la « noèse » (l'acte de la conscience intentionnelle), l'*ego* va accéder à l'*alter ego*. Citons Paul Ricœur :

« La V^e Méditation cartésienne tente de combler la grande lacune du cartésianisme, qui ne comporte aucune théorie de l'existence d'autrui. Elle établit qu'autrui est un être qui se constitue « dans » mon Ego, mais qui s'y constitue précisément comme un autre Ego, qui m'échappe, qui existe comme moi et avec lequel je peux entrer dans une relation réciproque »¹⁰.

Il s'agit bien d'une relation entre sujets autonomes, comme le précise Husserl : « Admettre que c'est en moi que les autres se constituent en tant qu'autres est le seul moyen de comprendre qu'ils puissent avoir pour moi le sens et la valeur d'existences et d'existences déterminées »¹¹. Il y a donc entre deux sujets une reconnaissance réciproque d'équivalence dans le *pleinement-être* sans pour autant en faire les mêmes. En d'autres mots il me faut reconnaître l'autre, non en tant qu'identique à tous les autres c'est-à-dire se fondant dans un moule excluant toute singularité, mais en tant qu'*autre comme-moi-sans-être-moi* avec ses mêmes prérogatives singulières. C'est ce qui permet l'empathie.

L'empathie (traduction de : *Einfühlung*) constitue pour Husserl le fondement de l'intersubjectivité et de l'accès à la connaissance de l'*alter-ego* : par un acte volontaire, je peux me mettre en imagination à la place d'autrui, interpréter son vécu psychique et son comportement : « Cette théorie de l'expérience de ce qui est étranger, c'est ce qu'on appelle théorie de l'*empathie* »¹². E. Stein, élève d'Husserl, dira que l'empathie, c'est « l'expérience de la conscience d'autrui, la manière dont l'homme saisit la vie psychique de son semblable »¹³. Cette connaissance de l'autre s'effectue essentiellement à travers la perception de ses affects, et plus particulièrement de leur perception extérieure et corporelle, phénoménologique : un visage rayonnant me laisse deviner sa joie, me permet de la ressentir. Mais ce sentiment ne se mélange pas au mien, je suis capable de le distinguer de ce que je ressens moi-même. On parle donc bien de saisir les vécus d'autrui tels que lui-même les a vécus, et non en les réduisant à son propre champ de conscience

L'empathie, pour le soignant et l'aidant, outre la capacité d'être affecté par ce que ressent autrui, est aussi un effort pour entendre les affects et les représentations du patient, une attention et une disponibilité à sa souffrance ainsi qu'à ses

10. P. Ricœur, « Husserl et le sens de l'histoire », *À l'école de la phénoménologie*, Paris, Vrin, 1986, p. 55.

11. E. Husserl, *Méditations Cartésiennes*, *op.cit.*, p. 208.

12. E. Husserl, *Idées directrices pour une phénoménologie*, Paris, Gallimard, 1950, p. 197.

13. E. Godart, *Edith Stein, l'amour de l'autre*, Paris, L'œuvre, 2011, p. 73.

questionnements. Il s'agit de recevoir et de comprendre son point de vue, de le reformuler, de mettre des mots sur son émotion, d'assouplir sa propre subjectivité, de ne pas se cabrer sur des certitudes, de savoir s'effacer par rapport à ce que dit le patient. C'est finalement la capacité d'entendre la parole (ou les signes non verbaux) de l'autre et d'admettre qu'elle peut différer de la sienne et qu'un dialogue entre niveaux différents de conscience est possible. N. Depraz, commentant la conscience intentionnelle d'Husserl, insiste sur cette véritable conversion nécessaire de l'activité consciente et de l'attention¹⁴, qui doit passer d'un mouvement dynamique de soi vers le monde à un mouvement de simple accueil et d'écoute, d'un « aller chercher » à un « laisser venir », un « laisser se révéler ». Il y a là « attente sans connaissance du contenu qui va se révéler ». C'est ce temps que R. Charon nomme la « diastole », par opposition à la « systole » de l'interprétation. Ainsi Husserl et les phénoménologues nous recommandent lors de l'écoute active du patient de suspendre tout jugement, tout savoir, tout préjugé, toute croyance. Il ne s'agit pas de nier ou de négliger ce que nous pensons immédiatement de ce patient et de sa problématique, de sa vie et de rejeter comme fausses nos premières opinions, mais de ne plus y adhérer naïvement pour être en mesure d'en interroger le sens.

Cette dimension de la conscience attentionnelle, avant même d'être intentionnelle, possède une résonance éthique intrinsèque, liée à l'expérience de l'altérité, puisqu'il s'agit d'être non seulement attentif, mais aussi affecté et attentionné face à l'autre. On reconnaît ici les compétences de la médecine narrative : savoir écouter, absorber, interpréter et être ému par le récit des patients.

L'empathie n'est pas qu'une disposition psychologique ; elle est aussi une vertu éthique et, de ce fait, s'apprend, se cultive et s'entretient, dans des réunions, des enseignements et des échanges. Kant nous disait bien qu'il fallait certes penser par soi-même et en accord avec soi-même, mais aussi « *penser en se mettant à la place de tout autre* », ce qu'il appelait la pensée élargie¹⁵. Essayer de voir la réalité d'un autre point de vue que le sien, savoir faire un « pas de côté » par rapport à ses propres conceptions du monde, c'est pour le soignant à la fois respecter son patient en tant que sujet autonome et s'enrichir soi-même à son contact. On rejoint ici le constat de base de la médecine narrative : la signification d'un récit provient et est créée par la rencontre du conteur et de l'auditeur ou lecteur.

Levinas fera même de cette rencontre avec l'autre une responsabilité première, primitivement éthique, ontologiquement éthique : c'est la crainte pour autrui, la crainte pour la mort de l'autre homme, qui fonde la responsa-

14. N. Depraz, « Husserl. La conscience comme vigilance : ouverture à l'autre, altérité à soi, attention à autrui », *L'Expérience et la conscience*, Arles, Actes Sud, 2004, pp. 243-286.

15. E. Kant, *Critique de la faculté de juger*, Paris, Flammarion, 1995, §40, pp. 278-281.

bilité. Mais Levinas semble se situer en fait en amont ou en deçà de l'intersubjectivité, car le lien avec autrui n'est pas celui qui nous rattache à un proche ou à un malade particulier¹⁶, mais une obligation impérieuse envers l'autre, représenté par un visage impersonnel: « La meilleure manière de rencontrer autrui, c'est de ne pas même remarquer la couleur de ses yeux ! Ce qui est spécifiquement visage, c'est ce qui ne s'y réduit pas »¹⁷.

Revenons donc à l'intersubjectivité, pour dire que sa première condition, c'est de ne pas réduire l'autre à un objet, et singulièrement à un corps-objet. C'est ce que nous allons maintenant développer.

4. Les conditions de la reconnaissance de l'autre : l'insuffisance du corps-objet

Les dangers d'un dualisme radical

Le primat des sciences « dures » tant dans la sélection des étudiants, au sortir du baccalauréat, que tout au long des années d'étude atteste clairement de l'adhésion de la médecine au discours de la science et de la technique. C'est là son *credo*, sa croyance en un savoir qu'elle veut objectif et universel. Elle s'y abandonne caressant l'espoir de posséder et maîtriser la totalité de l'homme-vivant. L'être se voit réduit au corps et le corps à la mécanique, à un super « lego ». C'est à la dénonciation de ce contre-sens que participe la médecine narrative au nom de la *personne* – de l'être incarné, unique, singulier, insubstituable porteur d'une histoire à nulle autre pareille qu'est le malade. De fait, une médecine du corps-objet n'aurait de médecine que le nom puisque n'ayant pour seul langage que celui de la science elle n'aurait d'autre issue que de réduire le malade à sa maladie oubliant ainsi que le patient est aussi *biographie*, qu'il est une *complexité* qu'informe l'expérience dans un *temps-bio*, celui de *sa vie* – expérience indéfectiblement liée à *l'autre* tant l'altérité est seule à même de donner sens à *une* histoire, à *son* histoire. Pour que le malade ne soit pas maladie, pour que sa singularité historique expulse le symptôme hors du champ de la neutralité organique, pour qu'elle soit reçue en tant que telle par le soignant il faut que puisse s'instaurer entre médecin et malade un espace de liberté – liberté que chacun donne à l'autre d'accéder à son *être* dans un élan empathique afin que nul ne soit *ob-jet*.

16. « La responsabilité pour autrui ne peut avoir commencé dans mon engagement, dans ma décision [...]. La responsabilité pour autrui ne saurait découler d'un engagement *libre*, c'est-à-dire d'un présent. Elle excède tout présent actuel ou représenté », E. Levinas, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, Paris, Le Livre de Poche, 2011, p. 24 et p. 180.

17. E. Levinas, *Éthique et infini*, Paris, Poche, 2006, p. 79.

Comment sortir de l'isolement où nous enferme le concept « corps-objet » ? En refusant la fracture dualiste telle que la finalisa Descartes pour asseoir la science. Pour la fonder il a primé l'âme (ou l'esprit : il ne les distingue pas¹⁸) : seul l'entendement connaît.

« Nous ne concevons les corps que par la faculté d'entendre qui est en nous, et non point par l'imagination ou par les sens, [...] nous ne les connaissons pas de ce que nous les voyons, ou que nous les touchons, mais seulement de ce que nous les concevons par la pensée¹⁹ ».

Le corps n'est donc d'aucun secours pour qui veut connaître, pire encore il est obstacle car les sens nous trompent, nous font voir l'oasis là où elle n'est pas, où nous disent que le bâton plongé dans l'eau est brisé. La sentence ne se fait pas attendre : « je ne suis point cet assemblage de membre que l'on appelle le corps humain [...] je suis une chose qui pense²⁰ ». Ainsi s'instaure une extra-territorialité indépassable du corps – en qui il n'y a aucun esprit – qui amène Descartes à être le premier à le penser comme une machine, à le comparer aux horloges, aux fontaines, démarche fondatrice de la médecine moderne puisqu'elle permet, par l'objectivation du corps, de traiter le malade comme s'il n'était qu'un objet de soins. Certes, il faut se garder de trop simplifier le dualisme de Descartes ; même s'il a une très haute idée de l'âme, de l'esprit et de la conscience, il n'a jamais nié les interactions de l'âme et du corps. Dans ses lettres, notamment à Elisabeth, Descartes précise sa pensée et affirme même qu'il y a deux choses qui définissent l'âme humaine, « l'une est qu'elle pense, l'autre, qu'étant unie au corps, elle peut agir et pâtir avec lui »²¹. Cependant, l'histoire de la pensée médicale a retenu le dualisme fondamental de Descartes et sa responsabilité dans le concept de corps-machine : si le corps est machine, la médecine est réparation, avec en prime l'avantage considérable pour celui qui en devient le technicien que contrairement au malade la maladie n'a pas d'« état d'âme ». On sait les dérives d'une telle médecine, on mesure son caractère réducteur et ses conséquences : gestion et non pas soin, uniformité au détriment de toute singularité, mode d'emploi et non plus histoire. Telle est *L'erreur de Descartes*²² qu'Antonio Damasio a dénoncée en démontrant que « la capacité d'exprimer et de ressentir des émotions fait partie des rouages de la raison²³ » ce qui veut dire que les sens sont indispensables à la connaissance : la totalité du corps doit être mobilisée pour que soit opérationnelle

18. « Mens, sive anima, quo non distinguo » (l'esprit ou l'âme de l'homme, ce que je ne distingue point), Descartes, *Abrégé des six méditations*, AT, IX, 10, Paris, Poche, 1990, p. 304.

19. Descartes, *Méditation seconde*, in *Œuvres et lettres*, Paris, Gallimard, La Pléiade, 1953, p. 283.

20. *Idem*, p. 277.

21. Descartes, *Lettres à Elisabeth*, 21 mai 1643, *op. cit.*, p. 1152.

22. A. R. Damasio, *L'erreur de Descartes, la raison des émotions*, Paris, Odile Jacob, 1995, p. 368.

23. *Idem*, p. 8.

la capacité de raisonner. La pensée n'est pas *causa sui*, autonome comme se suffisant à elle-même. Ne sait-on pas d'ailleurs, depuis Aristote, que rien ne se peut en l'homme sans la conjonction de l'âme et du corps ?

La phénoménologie nous propose de distinguer le corps et la chair. Ce qui spécifie un corps c'est sa structure organique (matérielle) mais ce qui spécifie *le corps de l'homme* c'est qu'il est chair, cette chair par laquelle je suis *du monde*, cette chair rebelle à toute réduction scientifique car « n'étant pas composée de particules ni d'atomes mais de plaisirs et de souffrance, de faim et de soif, de force et de joie »²⁴, cette chair vivante, histoire d'une vie, fresque à nulle autre pareille. Ne pas l'oublier : c'est ce à quoi s'attache la médecine narrative.

Mais l'écoute empathique, la rencontre avec *l'alter ego*, le refus de l'objectivation, nécessaires à la relation de soin, ne peuvent cependant suffire à la résumer. Il faut aussi accéder, à travers le récit, à l'histoire d'une vie, à la compréhension de l'identité de ce sujet maintenant malade, de ce personnage qui ne résume pas à sa maladie. Savoir interpréter un récit puis accéder à la reconnaissance de l'identité d'un personnage grâce à la narration sont deux étapes de la médecine narrative que la philosophie peut éclairer.

5. L'herméneutique et l'identité narrative : « *l'ars interpretandi* » d'Aristote à Nietzsche

Depuis l'Antiquité, l'herméneutique (du grec *hermenéia*, interprétation) désigne l'art, la technique de l'interprétation (*ars interpretandi*) et les règles associées (*regulae interpretandi*), qui permettent d'interpréter les textes classiques (herméneutique littéraire), les textes bibliques (herméneutique biblique), les canons et textes législatifs (herméneutique juridique). Originellement, *herméneuein* est lié à Hermès, le messager des dieux, ce qui signifie faire connaître la volonté d'un autre, l'expliquer et la traduire. Dans sa signification contemporaine, l'herméneutique peut être envisagée comme l'analyse des phénomènes impliqués dans l'interprétation des textes et des événements.

Dès l'Antiquité, les philosophes se sont intéressés à cet art, qui recouvre aussi bien l'interprétation des œuvres poétiques que l'art divinatoire. Dans le *Ion*, Platon (428 env. – env. 347 av. J.-C.) soutient que l'*hermenéia* (en l'occurrence la déclamation et le commentaire des poèmes par les rhapsodes) ne saurait constituer ni une technique pouvant être enseignée ni, à plus forte raison, un savoir digne de ce nom. À sa suite, Aristote (385 env. – 322 av. J.-C.) introduit le concept d'interprétation dans son *Traité de l'interprétation*, en se focalisant sur l'interprétation de la réalité que le langage rend possible. L'interprétation n'est pas ici subjective, mais objective.

24. Michel Henry, *Incarnation, une philosophie de la chair*, Paris, Seuil, 2000, p. 27.

Pour Aristote, le ressenti d'une maladie s'exprime différemment selon les individus, et c'est l'individu qu'il faut guérir. À circonstances « égales » tel signe clinique survient chez les uns, est absent ou diffère chez les autres, cette disparité signant la spécificité du symptôme qui est toujours celui de quelqu'un. Si bien que ce qui est en jeu n'est plus la maladie ou la souffrance de l'homme mais d'*un* homme, d'*une* biographie singulière :

« Ce n'est pas l'homme, en effet que guérit le médecin, sinon par accident²⁵, mais Callias ou Socrate, ou quelque autre individu ainsi désigné, qui se trouve être, en même temps, homme. Si donc on possède la notion²⁶ sans l'expérience²⁷, et que, connaissant l'universel, on ignore l'individuel qui y est contenu, on commettra souvent des erreurs de traitement, car ce qu'il faut guérir avant tout, c'est l'individu²⁸ ».

C'est cet individu qu'il faut considérer – ce qui fait qu'il est *lui* et non « comme *tout* le monde », c'est cet « inaccessible à la science » qui le spécifie qu'il nous faut lui reconnaître pour s'interdire d'en prendre la maîtrise comme on le ferait d'une mécanique. Soigner c'est aussi s'ouvrir au dévoilement et de l'autre et de soi. C'est se donner le temps et le cadre pour que s'exprime, se formule dans le langage qui conviendra – verbal ou non verbal – l'« unique » de ce patient. C'est au fond créer les conditions de la *catharsis* c'est-à-dire de la possibilité de l'extériorisation voire de l'épuration des passions. C'est ce qu'avait décrit Aristote en observant les effets des spectacles dramatiques. C'est en s'appuyant sur l'écoute de la musique qu'il en démontra toute l'efficacité :

« Quand [ces gens] ont eu recours aux mélodies qui jettent l'âme hors d'elle-même, ils sont ramenés, du fait des mélodies sacrées, [à leur état normal] comme s'ils avaient pris un remède et [subi] une purification »²⁹.

La musique, comme le théâtre, ou la psychothérapie partagent cette capacité d'évacuer les émotions, de les mettre au jour c'est-à-dire *en pensée*. L'écriture et sa lecture en font tout autant. Pour agir sur les passions il faut pouvoir les formuler, ce que facilite le récit et son écoute qui reçoivent ce dire encore *in-sensé* pour lui donner sens.

Nietzsche et la joie de l'interprétation

Nietzsche est celui qui va véritablement annoncer l'herméneutique dans sa dimension expérimentale et sa subjectivité féconde, ramenant l'interprétation au statut de processus artistique (ars interpretendi) : « Quoi ! Il faudrait comprendre

25. Par coïncidence, par hasard.

26. La notion est de l'ordre du général.

27. L'expérience relève du singulier.

28. Aristote, *Métaphysique*, A, I, 981a, trad. J. Tricot, Paris, Vrin, 2000, p. 3-4.

29. Aristote, *Les Politiques*, VIII, 7, 1342a, trad. Pierre Pellegrin, Paris, GF Flammarion, 1993, p. 543.

une œuvre exactement comme l'époque qui l'a produite ? Mais on en tire plus de joie, plus d'étonnement et même plus d'enseignement si on ne la comprend justement pas ainsi ! N'avez-vous pas remarqué que toute œuvre nouvelle et belle possède sa moindre valeur tant qu'elle reste exposée à l'atmosphère humide de son temps – précisément parce qu'elle est encore trop chargée de l'odeur du marché, de la polémique, des plus récentes opinions et de tout l'éphémère qui périt du jour au lendemain. Plus tard elle se dessèche, son "actualité" se dissipe –, alors seulement elle reçoit son éclat profond et son parfum et même, si elle y est destinée, son calme regard d'éternité »³⁰.

Plus récemment, Gadamer (1900-2002) élève de Heidegger, décrit, dans *Vérité et Méthode* paru en 1960, une théorie de la compréhension des œuvres d'art et énonce une formule célèbre « l'être qui peut être compris, est langage »³¹. Pour Gadamer, l'art est la mise en œuvre de la vérité et il y a un continuum entre l'être de l'art, son histoire et le langage.

6. Ricœur et la reconnaissance de soi

S'il est un point où la pensée des modernes marque une avancée sur celle des Grecs concernant la reconnaissance de soi, nous dit P. Ricœur, c'est au plan de la connaissance réflexive de soi-même, du *self*. La notion de *self* a été introduite par J. Locke³² pour désigner cette continuité de la conscience de soi, en différents temps et lieux, grâce à la mémoire des expériences vécues, formant ainsi la représentation mentale de notre identité. Ce *self*, cette conscience de soi grâce à la mémoire (que Ricœur désigne aussi sous le vocable d'ipséité), dépasse le cogito cartésien :

« Chez Descartes, il n'y a pas de "conscience" au sens de self. [...] Le cogito n'est pas une personne définie par sa mémoire [...]. Penser n'implique pas de se souvenir d'avoir pensé. Seule la continuation de la création lui confère la durée »³³.

Descartes est donc l'inventeur du *cogito*, du *Je*, qui s'exprime au présent, Locke, est celui du *self*, du *soi*, qui s'exprime dans la durée, et Ricœur est le penseur de l'identité narrative, celle qui raconte le *self*, celle qui fait, comme le dit R. Charon, que nous ne sommes pas seulement un corps, mais aussi une conscience de soi, que nous ne sommes pas seulement faits de caractéristiques universelles, mais

30. F. Nietzsche, *Aurore. Pensées sur les préjugés moraux*, § 506 (traduit de l'allemand par Julien Hervier, Paris, Gallimard, collection « Folio/Essais », 1989, p. 260).

31. H.-G. Gadamer, *Vérité et méthode. Les grandes lignes d'une herméneutique philosophique*, Seuil, 1996, p. 500 (*Wahrheit und Methode, Gesammelte Werke [GW]*, t. I, Tübingen, Mohr, Siebeck, 1986, p. 478).

32. J. Locke, *Essai sur l'entendement humain*, II, 27, § 8 et suivants, Paris, Vrin, 2001.

33. P. Ricœur, *La Mémoire, l'histoire, l'oubli*, Paris, Seuil, p. 184.

que nous sommes une singularité, que nous ne sommes pas si facilement connaissables par la techno-science, mais aussi une mystérieuse construction de notre mémoire et de notre conscience.

Il s'agit en fait d'introduire la notion de « personnage », centre d'un « récit ». La personne, c'est l'abstraction, « l'homme considéré abstraitement des qualités, négatives comme positives, qui font de lui un personnage aimable ou détestable, admirable ou méprisable, grand ou misérable »³⁴. Cette personne abstraite transcende sa condition actuelle par sa simple appartenance à l'humanité, qui lui assure une dignité absolue et inconditionnelle. Le personnage au contraire, c'est la *persona* que cet homme endosse, le rôle qu'il joue dans le théâtre de la vie, ce qui peut aussi se définir par le mot « sujet ».

Chacun, en tant que « soi » ou *self*, cherche son identité à l'échelle d'une vie entière ; il est son histoire, chacun devient le personnage de sa vie. Il s'agit de regrouper en une narration cohérente les éléments d'une vie hétérogène, où le hasard, les événements contingents, la suite diverse des intentions et des causes deviennent récit, en permanente construction. Seul le récit d'une vie répond, nous dit Ricœur, à la question « Qui suis-je ? » : « Répondre à la question “qui ?”, c'est raconter l'histoire d'une vie [...]. L'identité du qui n'est donc elle-même qu'une identité narrative³⁵ ». « Le récit construit l'identité du personnage, qu'on peut appeler son identité narrative, en construisant celle de l'histoire racontée. C'est l'identité de l'histoire qui fait l'identité du personnage »³⁶.

Cette cohérence narrative constitue, comme le souligne encore P. Ricœur, une dimension essentielle de l'homme capable et autonome, une marque de puissance, à la base de l'estime de soi : est autonome « un sujet capable de conduire sa vie en accord avec l'idée de cohérence narrative »³⁷. Or ce n'est pas simple, la cohérence narrative représente même une « compétence de haut niveau », qui s'éduque. Faute d'avoir acquis la maîtrise de l'identité narrative, on peut aboutir à l'impuissance à s'attribuer une identité quelconque, et c'est vrai en particulier lorsqu'on est fragilisé par la maladie et que l'estime de soi de délabre.

C'est alors au travers du récit et de la parole des autres que l'identité narrative peut se maintenir. Il ne s'agit pas de juxtaposer chronologiquement des faits, mais de leur conférer une dimension historique qui permet au sujet de retrouver une cohérence. Comme le dit O. Sacks : « Pour ramener le sujet humain – le sujet affligé, luttant, souffrant – au centre du débat, il nous faut approfondir l'*anamnèse* jusqu'au récit et au conte : car c'est seulement là que nous avons à la fois un

34. E. Fiat, *Petit traité de dignité, grandeur et misère des hommes*, Paris, Larousse, 2010, pp. 84-88.

35. P. Ricœur, *Temps et Récit*, 3, *Le temps raconté*, Paris, Points Essais, 1991, pp. 442-448.

36. P. Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990, p. 175.

37. P. Ricœur, *Le Juste* 2, Paris, Esprit, 2001, p. 94.

« qui » et un « quoi », une personne réelle, un patient confronté à la maladie – à la réalité physique³⁸ ». C'est également le sens de la belle apologie du récit que nous propose M. Serres, dans la phrase citée en début de ce chapitre.

Si la famille du patient, si les soignants maintiennent par la parole et l'écrit, mais aussi par les photographies ou les films, le récit d'une vie, alors ils ont en main l'identité narrative de celui dont ils sont désormais responsables, et ils en sont les garants³⁹. Il s'agit en quelque sorte d'une « transfusion de sens ». La narration faite par autrui, qui se réfère au passé pour mieux assurer l'identité présente, renforce l'image de soi d'un patient dont l'identité s'effrite.

La narration est à la base du maintien de l'estime de soi, car celle-ci est fondée sur la conscience que nous avons de notre manière originale et irremplaçable d'être au monde, de pouvoir agir sur lui et de raconter notre histoire. Il s'agit d'un véritable travail de sécurisation narcissique.

Selon Ricœur, et on rejoint ici parfaitement la théorie de la médecine narrative, les règles de construction du récit autobiographique sont les mêmes que celles d'un roman, avec une mise en intrigue des événements, un début et une fin. Et on pourrait ajouter avec une épiphanie, c'est-à-dire la révélation du nœud de l'histoire, « la prise de conscience et d'évidence soudaine de signification⁴⁰ », permettant une vraie rencontre entre le soignant et le soigné.

P. Ricœur décrit dans *Temps et Récit* la façon dont le temps de l'action, de l'expérience humaine, se transforme en récit, puis comment à son tour le récit influe sur l'action, car il nous a fait découvrir quelque chose de nouveau : « le temps devient temps humain dans la mesure où il est articulé sur le mode narratif, et le récit atteint sa signification plénière quand il devient une condition de l'existence temporelle »⁴¹. Ce sont les trois phases de la « Mimésis »⁴². Après un premier mouvement de « précompréhension » de l'action (sa traduction langagière en termes de sémantique, de médiation symbolique, de déroulement dans le temps), vient la phase essentielle de configuration du récit, de mise en intrigue, d'introduction de l'imaginaire, de formation d'une histoire signifiante dont la conclusion est parfois imprévue. Le troisième moment est celui de la fécondité du récit, qui re-figure le temps de l'action : l'auditeur ou le lecteur changent ou

38. O. Sacks, *L'Homme qui prenait sa femme pour un chapeau*, Paris, Points Essais, 1992, p. 10.

39. « Cet autre du malade qu'est le médecin se trouve chargé de compenser le déficit d'estime de soi et de courage d'être du patient... ». P. Ricoeur, « La différence entre le normal et le pathologique comme source respect », *Le juste 2*, *op.cit.*, p. 225.

40. A. Verghese, *The Physician as Storyteller*, *Ann. Intern. Med.*, 2001, 135, pp. 1012-7.

41. P. Ricœur, *Temps et récit*, 1, Paris, Seuil, 1983, p. 105.

42. P. Ricœur emprunte ce concept à Aristote (*Poétique*), dans sa signification d'imitation, mais surtout de représentation et de mise en intrigue.

modulent leur action et leurs sentiments en fonction du récit reçu ou composé, en reconstituant le monde dont il est porteur. Il s'agit, au mieux, d'un cercle vertueux⁴³ qui enrichit notre monde, le récit ayant une fonction de médiation symbolique entre deux temps de l'action.

La mise en récit devrait donc permettre au patient de conforter son estime de soi, mais aussi au médecin d'accéder à une meilleure compréhension de la maladie de son patient, à travers son histoire racontée ; on pourrait même ajouter que la pratique du récit devrait favoriser l'empathie, car « elle consiste en une expérience de pensée par laquelle nous nous exerçons à habiter des mondes étrangers à nous-mêmes »⁴⁴.

Ces trois piliers de la médecine narrative : intersubjectivité, écoute empathique, accession à l'identité par le récit d'une histoire, fondent une éthique permanente du soin. Laquelle ?

7. Conclusion : L'inscription du récit de soi dans une éthique du soin

La médecine moderne est devenue d'une efficacité impressionnante pour guérir ou traiter nombre d'affections aiguës ou chroniques. C'est une médecine technoscientifique, analytique, qui découpe et analyse le corps et les organes dans leur fonctionnement et leurs dysfonctionnements, qui cherche à tout connaître, s'attache à trouver des lois universelles, est basée sur la statistique et trouve son point d'aboutissement dans *l'evidence based medicine* (EBM), productrice de normes et de standardisation. Sa connaissance et sa pratique semble incontournable. Être un bon médecin, c'est d'abord être compétent et expert dans son domaine. Mais c'est aussi arriver à appliquer humainement ce qu'il sait. Et c'est cela qui est difficile⁴⁵. Car la médecine technoscientifique est potentiellement déshumanisante, parce qu'elle favorise l'objectivation du corps aux dépens de la subjectivité de l'être, l'universel et la statistique par rapport au singulier, l'image aux dépens de l'écoute et de l'examen clinique, le codage technique du savoir par rapport à la narration.

Ainsi la médecine narrative s'inscrit-elle dans une éthique qui ne rejette pas la médecine nécessairement objectivante (replaçant la plainte du malade dans un référentiel connu), mais est en même temps attentive à la subjectivité du malade

43. P. Ricœur n'évite pas les critiques possibles de violence ou de redondance de l'interprétation.

44. P. Ricœur, *Temps et Récit*, 3, Paris, Seuil, 1991, p. 446.

45. S. Fortin, « Prendre soin et médecine hospitalière », in *À quels soins se fier ? Conversations avec Winnicott*, Paris, PUF, 2015, p. 102.

(sa plainte telle qu'il la vit, inscrite dans son histoire personnelle)⁴⁶. C'est une éthique qui nécessite de véritables qualités morales de la part des soignants, et non pas seulement des dispositions psychologiques : vigilance et compétence, mais aussi disponibilité à l'expression des besoins d'autrui, intelligence sensible permettant de s'ouvrir à l'autre, dans sa fragilité et son altération, de manière empathique et imaginative. Cette éthique du souci de l'autre ne vient pas seulement compléter le diagnostic technoscientifique tel un récit qui viendrait adoucir la médecine basée sur les preuves ; il s'agit d'emblée d'intégrer la maladie et la démarche diagnostique dans une anamnèse narrative.

Ces qualités s'apprennent et se cultivent au sein d'une organisation de soins qui fait place à la réflexion éthique ; elles s'ancrent alors dans l'exercice même du métier de soins. Alors le récit prend-il lui-même une dimension éthique, car il est la traduction littéraire des émotions, jugements, désirs, valeurs, qui animent la relation intersubjective.

46. R. Crémer, « Face au refus de soin des patients : fragilités théoriques de la médecine et chemin vers une "éthique continue", constructrice de relation », *Éthique, la vie en question*, <http://eep.u-pem.fr/revue-ethique/>