

---

## Les récits multiples de la médecine narrative

Références & usages

*The Various Narratives in Narrative Medicine. References & Uses*

Isabelle Galichon

---



### Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/essais/12879>

ISSN : 2276-0970

### Éditeur

École doctorale Montaigne Humanités

### Référence électronique

Isabelle Galichon, « Les récits multiples de la médecine narrative », *Essais* [En ligne], 20 | 2023, mis en ligne le 19 juin 2023, consulté le 23 juin 2023. URL : <http://journals.openedition.org/essais/12879>

---

Ce document a été généré automatiquement le 23 juin 2023.



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International - CC BY-NC-SA 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

---

# Les récits multiples de la médecine narrative

Références & usages

*The Various Narratives in Narrative Medicine. References & Uses*

Isabelle Galichon

---

« On sait d'ailleurs comment le récit que fait le malade au médecin au commencement du traitement peut devenir le début d'un processus de guérison. »

Walter Benjamin, *Images de pensées* (1935)

- 1 Dans un dossier consacré aux « nouvelles figures du soin », publié par la revue *Esprit*, Frédéric Worms définit le soin relationnel en le comparant au soin thérapeutique : « Si le soin relationnel ou thérapeutique est global et intégratif, le soin thérapeutique est nécessairement et inévitablement partiel et dissociatif »<sup>1</sup>. Afin de penser à nouveaux frais ce soin thérapeutique, relationnel, Rita Charon propose, pour compléter *Evidence Based Medicine* (E.B.M.), une *Evidence and Narrative Based Medicine* (E.N.B.M) qu'elle définit comme « une médecine exercée avec une compétence narrative permettant de reconnaître, d'absorber, d'interpréter les histoires de la maladie, et d'être ému par elles »<sup>2</sup>. Développée à Columbia University dès les années 1990, la médecine narrative fait du récit l'élément clé du réinvestissement de la relation de soin centrée sur la personne. À la même époque, un mouvement similaire est suivi à l'Université McGill avec le « Physicianship Program » sous la direction de Balfour Mount, pionnier dans le développement des soins palliatifs, et J. Donald Boudreau, mais ce dernier est davantage orienté vers l'étude de l'empathie. En Europe, Trisha Greenhalgh (University of Oxford) et Brian Hurwitz (King's College London) publient une série d'articles dans le *British Medical Journal* en 1999 consacrée à l'importance des récits dans le parcours et la pratique des médecins. Il faut attendre 2009 pour que la médecine narrative soit introduite en France, à l'université Paris-Descartes, par François Goupy.
- 2 Déjà, les humanités médicales – en plein essor depuis les années 1970 aux Etats-Unis et largement encouragées depuis le décret de 1992 en France – cherchaient à redonner

une place aux sciences humaines dans l'enseignement de la médecine, mais le constat que dresse Rita Charon sur ce retour des humanités en médecine reste contrasté : « Jusqu'à récemment, ces changements n'ont pas eu beaucoup d'impact parce que personne ne sait vraiment comment décrire les éléments qui manquent à la médecine ou comment les enseigner. »<sup>3</sup> La singularité de la médecine narrative dans le champ des humanités médicales porte sur l'importance accordée à la littérature dans le cursus médical, en abordant les études littéraires par la pratique. En effet, lorsqu'elle pressent l'importance du rôle que le récit peut revêtir en médecine, Rita Charon, professeur en médecine interne, entreprend à Columbia, en 1999, un Ph. D en littérature sur Henry James, auteur qui demeure une de ses références pour appréhender la dimension éthique de la fiction. Ainsi la littérature pourrait *pointer* non seulement les manques cliniques de la médecine actuelle – dresser un diagnostic autre –, mais encore la nécessité d'aborder de nouveaux enseignements par la pratique. Il s'agit pour Rita Charon de pallier les déficiences des systèmes de soins en associant à l'exercice de la médecine un entraînement littéraire, et une pratique du récit en particulier, afin de replacer l'expérience singulière et subjective, celle des soignants comme celle des patients, au centre des préoccupations de la clinique. Si l'on considère la médecine comme la science la plus proche des sciences humaines, le récit n'est-il pas précisément une expression commune à la médecine et à la littérature, véritable « pont entre "deux cultures" »<sup>4</sup> ?

- 3 Par ailleurs, Gérard Danou souligne combien il serait souhaitable de « distinguer l'apprentissage de la science médicale, d'un "devenir médecin" (...) qui implique à la fois désir ardent et regard critique sur sa discipline »<sup>5</sup>. Le récit peut répondre à cette exigence d'exercice critique, que ce soit dans la perspective d'une « relation critique »<sup>6</sup> selon Jean Starobinski que dans celle d'une pratique « ontologi[qu]e critique de soi-même »<sup>7</sup> telle que l'envisageait Michel Foucault dans sa lecture kantienne des Lumières. En tant qu'écriture réflexive et créative, le récit relève d'une pragmatique de soi<sup>8</sup> qui favorise un processus de subjectivation éthique en vue d'une émancipation<sup>9</sup>. Le récit constitue donc, en médecine narrative, un exercice de formation personnelle à l'usage de tous les soignants, et un entraînement pour appréhender la relation avec les patients « avec plus d'acuité et comprendre leur situation plus profondément »<sup>10</sup>. En tant que pratique de soi, le récit devient une technique éthique et littéraire qui permet de s'exercer à recevoir l'histoire du malade : « suivre le fil narratif du patient, pour interpréter son langage figuré, pour saisir le sens des histoires racontées, et pour imaginer la maladie à partir de ses perspectives contradictoires »<sup>11</sup>. Il s'agit donc, pour les soignants, non seulement de prendre conscience des effets pragmatiques du récit, par une connaissance théorique adossée à une pratique visant à développer des compétences narratives, mais encore de compléter leur formation dans la perspective d'un devenir-soignant.
- 4 C'est pourquoi la notion de récit selon la médecine narrative ne relève pas du récit thérapeutique de la psychanalyse ou des thérapies narratives selon Michael White et David Epston. Les études littéraires, pour la médecine narrative, constituent un socle épistémologique à partir de la pratique de l'écriture et de la lecture ; de même, dans un mouvement de réciprocité, le récit en médecine narrative devient pour les littéraires et les philosophes, si l'on reprend l'expression de Raphaël Baroni, « un contexte d'apprentissage et de recherche pour développer, par ailleurs, une réflexion plus générale sur la narrativité »<sup>12</sup>. Tel est l'objet de cet article qui vise à mettre en évidence les références littéraires et éthiques sur lesquelles la médecine narrative,

conceptualisée par Rita Charon, s'appuie, afin d'en tirer une réflexion plus générale sur la narrativité. Le récit, en médecine narrative, trouve bel et bien son acception et son cadre épistémologique dans le champ littéraire mais il élargit son horizon vers d'autres disciplines et retravaille ainsi la question de la narrativité. Il s'agira alors d'entendre ce que recouvre la notion de récit en médecine narrative à la fois par les attentes qu'on lui assigne et les références qu'on lui donne afin de définir les apports que la médecine entend tirer du récit. On envisagera enfin, dans le cadre d'une « une réflexion plus générale sur la narrativité »<sup>13</sup>, ce que la médecine narrative peut apporter à l'étude du récit.

## Ancrages théoriques et conceptuels du récit en médecine narrative

- 5 Alors que dans le cadre du tournant narratif des années 1980, les sciences humaines abordent le récit dans une perspective cognitive, en médecine narrative Rita Charon revendique en premier lieu un ancrage littéraire : « La médecine peut profiter de l'apprentissage de savoirs détenus par les professeurs de lettres, les psychologues, les anthropologues et les narrateurs – ce qu'est la narration, comment elle se construit, comment elle transmet son savoir sur le monde, ce qui arrive quand une histoire est racontée et entendue, comment la narration organise la vie et comment elle laisse celui qui la vit se rendre compte de ce que cela signifie »<sup>14</sup>. Le récit en médecine narrative ne se limite pas à un usage fonctionnel, il prend en compte un savoir narratologique et une poéticité de la langue.
- 6 Deux axes qui se veulent complémentaires se dessinent dans les références rassemblées par Rita Charon, le premier renvoyant à une définition cognitive du récit, le second portant sur la littérature et la philosophie. Si ces deux approches peuvent paraître contradictoires ou tout du moins problématiques<sup>15</sup>, il s'agit de comprendre qu'elles se rapportent à deux moments narratifs différents. Le premier correspond à la production du récit du malade et se réfère à une définition cognitive : le médecin doit comprendre que le malade cherche à mettre en intrigue l'histoire de sa maladie, il est en quête de sens et le récit est un moyen pour comprendre son expérience de la maladie. Le second moment renvoie à la formation narrative du médecin qui s'entraîne à recevoir l'histoire du malade en comprenant comment fonctionne un récit ; il s'agit alors d'éveiller les soignants à la puissance littéraire du récit, à sa dimension expressive : la pratique narrative n'est pas uniquement, en médecine narrative, une mise en récit de l'expérience vécue, il faut prendre en compte l'expérience expressive, l'*energeia*<sup>16</sup> qui se manifeste par la langue. Le médecin peut ainsi, par ses connaissances théoriques et pratiques sur le récit, apporter une plus-value sémantique à l'histoire du patient : « les méthodes littéraires peuvent nous apprendre à recevoir avec finesse les histoires de nos patients en les rejoignant pour créer ensemble du sens. »<sup>17</sup>

### La référence aux sciences cognitives

- 7 Le premier geste épistémologique de Rita Charon procède donc d'une approche relativement large du récit qui relève d'une dimension cognitive. La psychologie et l'anthropologie sont convoquées pour donner un cadre à partir duquel penser. Jerome Bruner en est la clé de voûte. Il a participé au développement de la médecine narrative

à Columbia. Il souscrit, comme Mark Turner l'affirmait dans les années 1990, au fait que la pensée humaine relève d'un modèle narratif. Il précise, afin de souligner la pertinence d'un retour au récit en médecine, qu'il est essentiel de ne pas « séparer délibérément les récits, des faits »<sup>18</sup>. En effet, nous évoluons selon lui dans deux modes de pensée : « celui austère mais bien délimité du mode de pensée paradigmatique, et celui, plein de défis, du récit. C'est en réalité lorsque nous perdons de vue que les deux modes de pensée sont liés l'un à l'autre que nous cessons d'être à même de faire face aux événements »<sup>19</sup>. Les récits en tant que mises en intrigue de l'événement constituent un acte de compréhension du monde, ils « domestiquent l'inattendu, le rendent un peu plus ordinaire »<sup>20</sup>.

- 8 Ce premier temps traduit une volonté de simplification didactique de la part de Rita Charon afin d'inviter les soignants à une réflexion sur le récit : que fait le patient, quel est le sens précis de son acte lorsqu'il raconte l'histoire de sa maladie, en particulier lors de la première consultation<sup>21</sup> ? Elle souligne en effet que « [pour] fournir à la médecine ce qui lui manque aujourd'hui, nous devons conceptualiser les problèmes en termes suffisamment universels pour envisager le tout, mais aussi en termes pratiques pour proposer des solutions exploitables »<sup>22</sup>. L'enjeu didactique est ici autant scientifique que pragmatique. Notons que les références citées par Rita Charon dans les notes du premier chapitre sur « Les origines de la médecine narrative », dans son ouvrage somme *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies (Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness)*, sont dissociées en deux catégories : la première « Pour des descriptions utiles mais non techniques de la connaissance narrative » propose des références où l'on retrouve, entre autres, Jerome Bruner ; la seconde précise : « Voir aussi les importants travaux de professeurs de lettres et de spécialistes de la narratologie tels que Seymour Chatman, *Story and Discourse* ; Shlomith Rimmon-Kenan, *Narrative Fiction: Contemporary Poetics* ; W.J.T. Mitchell, ed., *On narrative* ; Paul John Eakin, *How Our Lives Become Stories: Making Selves* et Wallace Martin, *Recent Theories of Narrative* »<sup>23</sup>. Si les deux champs de connaissance sont bien séparés, cette répartition induit davantage une gradation dans la difficulté de l'approche, une progression, plutôt qu'une distinction irréductible : la seconde vient compléter la première.

## Littérature & philosophie

- 9 Dans un second mouvement, Rita Charon donne, pour une compréhension fine, des références qui relèvent essentiellement de la théorie littéraire, d'une narratologie proche du *new formalism* et du *pluralism* pour laquelle il s'agit d'« étudier avec précision, non des textes morts, mais des textes et des discours vivants d'où qu'ils viennent, car la narration “constitue une logique à elle seule, fournissant aux êtres humains une de leurs premières ressources pour organiser et comprendre l'expérience” »<sup>24</sup> – Rita Charon citant alors David Herman qui est une référence centrale dans ses travaux.
- 10 Dans un chapitre consacré aux « Caractères narratifs de la médecine », elle recense les cinq caractéristiques que la médecine partage avec le récit mais pour lesquelles la formation médicale n'a que peu de prise ou d'intérêt :
- « les professionnels de santé manquent souvent des moyens de reconnaître d'une façon explicite la temporalité avec laquelle les vies et les maladies se déroulent. Ils manquent des moyens d'appréhender et de valoriser la singularité de chaque personne ou personnage, d'être en mesure de rechercher la causalité et de

reconnaître la contingence sous-jacente dans la vie en général et la maladie en particulier, et enfin, de comprendre les exigences intersubjectives et éthiques lorsqu'on raconte sa propre histoire ou que l'on reçoit les histoires d'autrui. »<sup>25</sup>

- 11 C'est sur ces cinq points – la prise en compte d'une temporalité de la maladie, la singularité de cette expérience, la causalité et la contingence, la question de l'intersubjectivité, et l'éthique – que la formation actuelle des soignants semble défaillante mais que le développement d'une compétence narrative pourrait aider à prendre en charge. Le récit constitue ainsi, pour Rita Charon, une pratique à partir de laquelle on peut repenser une « nouvelle philosophie de la connaissance médicale »<sup>26</sup>. La dimension narratologique du récit en médecine narrative est donc appréhendée selon ces cinq caractéristiques.
- 12 Tout d'abord, l'exercice de la médecine tout comme l'expérience de la maladie ne peuvent être pensés sans prendre en compte une certaine temporalité. À la différence du temps du médecin qui est un temps vectoriel, « un état du temps dans lequel un événement conduit à un autre et peut être conceptualisé en tant que cause », le temps du patient relève d'un « éternel permanent »<sup>27</sup>. Le récit peut accueillir, travailler et articuler ces différentes temporalités. En outre, le malade trouve dans le récit une forme et une pratique capables d'accompagner cette « nouvelle allure de vie »<sup>28</sup> : il se réinscrit par le récit dans une temporalité familière, face à une chronologie propre à la maladie qui lui échappe. Si la trilogie *Temps et récit* de Paul Ricœur est convoquée sur le plan d'une réflexion philosophique, au niveau narratologique, Rita Charon se réfère aux travaux fondateurs de Genette sur les différents temps de la narration et du récit, aux côtés de ceux de Georg Lukács, Frederic Jameson ou Wayne Booth.
- 13 D'autre part, « La capacité à saisir le singulier, l'incommensurable, ou ce qui n'est pas reproductible, distingue la connaissance narrative de la connaissance universelle et scientifique. »<sup>29</sup>. La dimension nosologique en médecine tend effectivement à occulter l'individu derrière la maladie : la prise de conscience de la singularité de l'expérience de la maladie, pour les soignants, passe par le récit et en premier lieu par la mise en récit de l'histoire du patient à travers l'anamnèse. Rita Charon convoque Genette et Todorov mais plus encore Barthes dès lors qu'il s'agit de saisir « la singularité et la créativité de leurs actes d'observation et de description »<sup>30</sup>. L'exercice paradoxal du diagnostic se décompose en deux temps qu'elle explique à partir des travaux de Roland Barthes – on pourrait aussi le rapprocher de la notion de « relation critique » de Starobinski :

« Diagnostiquer nécessite deux mouvements contradictoires simultanés, l'effort d'enregistrer les caractéristiques uniques de ce qui est observé et, en même temps, l'effort de le catégoriser afin de le rendre "lisible". Roland Barthes qui fut à l'origine du structuralisme et du post-structuralisme, distingue le lisible et le scriptible. Le lisible est un texte mort qui fut écrit autrefois et ne peut être lu que d'une seule façon. Le lecteur ne peut contribuer ni à sa signification ni à sa forme. La seule chose qu'il puisse faire face à ce genre de texte, c'est de s'y soumettre. En revanche, le texte scriptible arrive incomplet, encore vivant, réclamant une création active du lecteur qui lui rend visite. Le lecteur du scriptible est le coauteur, non pas en se conformant à ce qu'a fait l'auteur, mais en accomplissant ce que le texte exige. Barthes dit qu'un texte lisible "n'est rien de plus qu'un référendum alors qu'un texte scriptible est un présent perpétuel (...) ce texte c'est nous-mêmes qui l'écrivons". »<sup>31</sup>

- 14 La singularité de l'expérience de la maladie s'exprime ainsi dans un récit produit par le médecin mais auquel le malade doit pouvoir collaborer pour construire un sens. Il

résulte donc à la fois d'une observation technique et d'une dimension expressive qu'il ne s'agit pas de minimiser comme le souligne Charon : « Le romancier Henry James et l'homme de lettres Roland Barthes nous rappellent tous deux que le terme "expression" traduit les sensations et émotions, mais signifie aussi le processus qui extrait des choses leur essence – comme on exprime le jus d'un citron ou le lait d'un sein. »<sup>32</sup>

- 15 La notion de causalité qui, dans la mise en récit, redonne à l'expérience vécue une logique, un sens, est associée sur le plan narratologique à l'intrigue : la mise en intrigue relève de « l'action du narrateur et non de l'histoire »<sup>33</sup>. Charon s'attache à mettre en évidence avec E. M. Forster mais encore Tod Chambers et Kathryn Montgomery, l'importance de la mise en récit qui permet de construire un sens et d'échapper, en partie, à la contingence qui soumet le malade au sentiment d'être victime : « les pratiques narratives permettent à l'observateur ou au participant de vivre en se confrontant à la contingence sans essayer de l'éradiquer »<sup>34</sup>.
- 16 La question de l'intersubjectivité est abordée, quant à elle, aussi bien sur le plan de la production du récit que sur celui de la lecture, en particulier avec Paul Smith, Charles Taylor, Barbara Herrnstein Smith : le récit devient le lieu qui exprime le mieux, dans le détail et la précision, l'intersubjectivité de la relation soignant-soigné. Rita Charon complète la dimension narratologique de sa réflexion, avec l'étude de philosophes – Husserl, Heidegger, Levinas – et mentionne à nouveau « les intérêts convergents de neurobiologistes, psychologues cognitifs, psychanalystes, phénoménologues et professeurs de littérature »<sup>35</sup> sur les effets interpersonnels de la lecture. La narratologie de la médecine narrative s'ouvre à des approches qui ne se limitent pas à la psychologie cognitive et se veulent résolument pluridisciplinaires. Mais Charon conclut son étude sur l'intersubjectivité en revenant à la littérature à laquelle elle redonne la primauté en soulignant combien la relation à soi, à l'autre, procède d'une pratique narrative : « Les lettres apportent à la médecine la prise de conscience que nos relations médicales intimes passent par les mots. (...) c'est la textualité et non la corporalité qui définit la relation. »<sup>36</sup>
- 17 Enfin, la cinquième caractéristique narrative de la médecine repose sur sa dimension éthique. L'exercice de la médecine partage une propension éthique avec le récit dès lors que celui-ci est entendu comme un exercice perfectionniste, dans une approche pragmatiste. Il ne vise pas tant alors à élaborer une éthique qu'à la manifester si bien que l'étude de la narrativité ne se limite plus au champ de la littérature mais déborde nécessairement sur celui de la philosophie. Rita Charon consacre un chapitre entier à « La bioéthique de la médecine narrative », ce qui confirme le fait que le récit, en médecine narrative, en particulier parce qu'il est appréhendé à partir de la littérature, relève davantage d'une approche éthique que psychologique<sup>37</sup> : l'exercice critique, le recours à l'imagination, à la métaphore tirent le récit vers une éthique narrative. Elle procède à la fois du caractère subjectivant et émancipateur du récit de soi<sup>38</sup>, et du travail sur la langue, « L'acte même d'adapter le langage à la pensée, aux perceptions, aux sensations intérieures du narrateur pour laisser un autre "y entrer". »<sup>39</sup> Selon Adam Zachary Newton, cité par Rita Charon, « une narration est éthique, par le rôle de médiateur et d'auteur assumé par chacun envers l'histoire d'un autre. [...] Raconter une histoire engage tous les participants, ceux circonscrits à l'intérieur du récit aussi bien que ceux témoins et co-créateurs éthiques de l'extérieur, c'est-à-dire ses lecteurs. »<sup>40</sup> Avec J. Hillis Miller et Martha Nussbaum, il s'agit même de souligner la

nécessité du récit dans toute démarche éthique afin de « nous confronter au mystère cognitif de l'alliance de la pensée et du sentiment »<sup>41</sup>. Si les travaux de Ricoeur sont au cœur de la réflexion éthique de Rita Charon sur le récit, celle-ci tend cependant à dépasser le cadre éthique d'une herméneutique. En effet, l'éthique du récit de soi, dans le cadre de la médecine narrative, permet d'accéder non pas à « une connaissance sur » mais à « un vécu de »<sup>42</sup> : « le moi est l'outil du soignant le plus puissamment thérapeutique et des professionnels de santé efficaces doivent trouver les moyens d'atteindre une connaissance de soi, une autocritique bienveillante et un ressourcement intérieur. »<sup>43</sup> L'enjeu éthique n'est pas tant de découvrir une réalité cachée que de construire un devenir.

- 18 Notons enfin que, si le recours à la narratologie est essentiel pour Rita Charon, les références purement narratologiques qu'elle convoque sont relativement anciennes, s'échelonnant, pour leur date de publication, entre 1980 et 1999. De même, comme on le voit avec ce dernier point sur l'éthique plus précisément encore, la narratologie n'est pas suffisante pour l'étude du récit en médecine narrative. Une approche pragmatiste demeure nécessaire pour rendre compte de ce qu'implique le récit : « la singularité du cas n'émerge que dans l'acte de la narration et cela implique de l'entendre »<sup>44</sup>. La narrativité n'a de sens en médecine narrative que si le récit est entendu ou plus exactement écouté : l'acte de l'écoute, et pas uniquement la réception sur un plan littéraire, doit être pris en compte comme le souligne Maria de Jesus Cabral : « écouter est plus pertinent [qu'entendre] car cela implique de prendre en compte un contexte général où les patients peuvent raconter et partager leur expérience de la maladie. »<sup>45</sup>

## Ce que le récit fait à la médecine

- 19 Ainsi, ce retour au récit dans l'exercice de la médecine ne consiste pas tant à édifier un socle de « connaissances narratives »<sup>46</sup> qu'à développer des « compétences narratives »<sup>47</sup>. Si l'on reprend la définition que Rita Charon donne de la médecine narrative, une « médecine pratiquée avec les compétences narratives suivantes : reconnaître, absorber, interpréter et être ému par les histoires de maladie »<sup>48</sup>, on constate que le récit est non seulement conçu comme un acte de pensée, dans la perspective d'une narratologie cognitive, mais qu'il constitue aussi un exercice pour développer des compétences, dans une perspective pragmatique. Ces compétences narratives que le médecin peut développer sont au nombre de trois : l'attention, la représentation et l'affiliation.

« Si nous pouvons comprendre clairement le lien entre la confrontation avec une personne souffrante, la représentation de cette expérience et la réflexion subséquente sur sa signification, nous pouvons conceptualiser l'avancée vers les objectifs de la médecine narrative – améliorer l'empathie et l'efficacité des soins envers les patients dont nous nous occupons, et bâtir une communauté avec nos collègues de travail. »<sup>49</sup>

- 20 C'est pourquoi le récit peut être considéré, en référence aux travaux de Stanley Cavell sur le cinéma, comme un exercice perfectionniste qui viserait à développer une éthique médicale fondée sur un nouvel humanisme : le récit en tant que pratique éthique favorise un travail éthique qui dépasse le simple cadre de l'exercice narratif. Gérard Danou constate en effet que : « Contrairement au formatage des esprits par le storytelling des entreprises, de la publicité marchande et des conseillers en communication politique, la compétence narrative dans son usage précis en clinique

permet à l'inverse d'ouvrir les esprits et de résister au formatage désidentifiant du discours médical contemporain. »<sup>50</sup> Deux types d'exercices narratifs sont proposés par Rita Charon afin de stimuler les compétences narratives : la lecture attentive et l'écriture réflexive et créative.

## L'attention

- 21 Ces deux exercices ont pour objectif, dans un premier temps, de développer l'attention. Rita Charon fait écho aux études de Julia Connelly et de Ronald Epstein sur l'impact de la méditation sur l'attention des internes et des médecins généralistes. La méditation de pleine conscience favorise en effet un ancrage de l'expérience vécue dans un ressenti corporel – on sollicite alors le cortex insulaire. Les travaux de Richard Davidson au Center for Healthmind (University of Wisconsin-Madison), de Jon Kabat-Zinn au MIT, ou d'Antoine Lutz au Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon (projet européen « Brain and Mindfulness ») ont mis en évidence, par l'analyse d'images cérébrales par résonance magnétique, le fait que le travail de l'attention, par l'exercice de la méditation de pleine conscience, avait permis d'étendre la zone cérébrale de l'empathie<sup>51</sup>. Il semble que l'exercice de la lecture et de l'écriture de soi relèvent aussi d'un processus similaire qu'il serait pertinent de confirmer par imagerie médicale. On constate, de façon empirique, en l'occurrence qu'ils améliorent l'attention. En effet, le développement de l'attention au moment présent, c'est-à-dire au réel, à l'ordinaire, est une caractéristique qui se manifeste dans l'exercice de l'écriture de soi par le soin porté aux détails, à la description qui ne sont pas alors seulement des « effets de réel » (Barthes) mais permettent aussi d'inscrire le sujet-écrivain dans un contexte, afin de le lui rendre familier : le travail de l'attention dans l'écriture tel un exercice perfectionniste, nourrit le processus attentionnel.
- 22 En réinscrivant l'expérience de la maladie dans une temporalité qui est d'abord celle de l'écriture et devient aussi celle de l'expérience de la maladie racontée, le récit développe une attention à ce qui compte, à ce qui importe, comme l'analyse Stanley Cavell<sup>52</sup> dans le cadre du cinéma et que Sandra Laugier nomme « l'importance de l'importance »<sup>53</sup>. Rita Charon le formule en précisant qu'il s'agit d'« explorer ce qui a de l'importance pour elle [la malade], là, maintenant »<sup>54</sup>. L'exercice de l'attention, par la lecture et l'écriture de soi, permet aux soignants et aux soignés, de s'inscrire dans une présence au présent, *hic et nunc* : le médecin se rend disponible au malade, le malade à l'expérience de sa maladie. Rita Charon évoque ici l'idée de « présence complète »<sup>55</sup> et convoque alors Gabriel Marcel. Elle précise que, « en développant leur capacité d'attention, l'entraînement narratif va fournir aux médecins, aux infirmiers et aux travailleurs sociaux les moyens d'entendre les patients avec plus d'acuité et de comprendre leur situation plus profondément »<sup>56</sup>. Il s'agit là, selon elle, de la « précompréhension », premier temps de la mimesis ricœurienne, Mimesis I. L'exercice narratif permet ainsi au soignant, par le développement de l'attention, de travailler une présence incarnée à l'autre.

## La représentation

- 23 De même, cet entraînement narratif par la lecture et l'écriture, ouvre la relation de soin à l'exercice de la représentation, « le corollaire obligatoire » de l'attention<sup>57</sup>. La mise en

récit permet, en effet, d'accéder à une représentation de la maladie, comme l'exprime l'écrivaine Dominique Sigaud lorsqu'elle évoque son cancer :

« M'obliger à de la représentation. Aménager. Rendre audible, lisible ce que la vie est devenue. Chaque jour un peu, l'écriture remet un peu de forme dans le paysage de mon existence après déflagration. L'écriture est une chose effroyablement calme. Personne n'écrit en hurlant sautant sur son fauteuil et dévastant son bureau. Écrire installe une dérivation au sein de la langue, ce qui menace ne reste pas dedans, collé sans mot. La langue a cette vertu de nommer. Nommer a cette vertu d'extraire. Faire de la chose une représentation. (...) la langue dans ce minuscule bureau redevient le bien commun, j'ai besoin plus que jamais d'appartenance au commun. »<sup>58</sup>

- 24 S'il s'agit ici de la mise en récit d'un malade, chaque récit propose une perspective singulière, un point de vue selon le narrateur qui prend en charge la narration. L'exercice narratif doit amener le soignant comme le soigné à « rendre audible, lisible ce que la vie est devenue ». Rita Charon, en reprenant les analyses de Henry James, explique qu'il s'agit pour le soignant, au sujet du récit du patient, « de l'exprimer, d'en extraire littéralement de la valeur »<sup>59</sup>, comme on retire « le jus d'un citron »<sup>60</sup> selon Barthes, en tirant une plus-value sémantique. Ce temps de la représentation est associé à la Mimesis II ricœurienne où « l'auteur confère une forme, un ordre et par là une signification à ce à quoi on assiste en le tirant de l'insignifiance de la coïncidence ou du hasard vers le sens de l'histoire du malade mise en intrigue »<sup>61</sup> : le soignant décrypte la maladie au malade, son récit ne vient pas doubler l'histoire racontée par le malade, il apporte un autre niveau de sens auquel on accède non seulement par la narration, par un langage ordinaire, mais encore en restituant le récit de la maladie sous une autre forme, dans un effet de traduction. À cette fin, il s'agit de stimuler différentes compétences pour développer cette aptitude à la représentation.
- 25 L'exercice de l'imagination occupe une place déterminante. « L'imagination clinique »<sup>62</sup> est présentée par Rita Charon, dès les premières pages de son ouvrage, à travers le témoignage qu'elle tisse de sa propre expérience. Elle permet pour celui qui écoute le récit, d'accéder à la vision, à la compréhension de l'autre et ainsi de se mettre à sa place, de développer un sentiment d'empathie<sup>63</sup> ; pour celui qui livre un récit, l'imagination permet d'accéder au sens par un détour créatif. L'usage de la métaphore s'inscrit dans ce processus de facilitation de l'accès à la vision de l'autre. Dans une perspective assez proche, Cora Diamond, dans *L'Esprit réaliste*, en reprenant les thèses de Henry James, associe la lecture d'un roman à une « aventure » fondée sur l'exercice de l'imagination. La lecture du roman, en tant qu'exercice d'imagination éthique, permet de développer, d'exercer des compétences pour la vie ordinaire et en particulier une « perception imaginative de la vie, [qui est] la faculté et le désir de porter à ce qui vous arrive une attention qui le mue en aventure avec tous les dangers qui peuvent en résulter »<sup>64</sup>. L'imagination, favorisée par la pratique du récit qu'il soit lu ou écrit, constitue ainsi un exercice formateur pour faire face aux imprévus de la vie.
- 26 De même, la pratique du récit encourage le médecin à recourir à un autre langage, un langage ordinaire mais plus largement aussi à une expression créatrice. Par une langue créative, il s'agit de rompre avec un « ordre du discours » médical (Foucault), de sorte que ce que l'on pourrait appréhender comme l'ambiguïté du récit (Riffaterre) soit perçu comme une plurivocité qui laisse une place à la co-construction du sens avec celui qui le reçoit (Barthes). Au-delà d'une simple mise en intrigue ricœurienne, on pourrait défendre l'idée avec Barthes d'une mise en scène du langage (S/Z). Maria Jesus Cabral

insiste sur cette théâtralité du langage<sup>65</sup> et rejoint sur ce point Jérôme Meizoz<sup>66</sup>. Le langage dans sa dimension ordinaire et créatrice participe de l'élaboration du sens du récit.

- 27 Enfin, la représentation joue un rôle spécifique dans le récit de soi, que ce soit le récit que produit le médecin dans le « dossier parallèle » qui lui permet de comprendre l'histoire du malade<sup>67</sup>, ou la pratique du récit de soi dans la formation des futurs médecins. Elle rend compte d'un processus de subjectivation éthique<sup>68</sup> : l'écriture de soi est « une écriture dans un langage non technique, qui capture les dimensions personnelles et métaphoriques du sens, à la fois de la personne malade et de ceux qui la soignent »<sup>69</sup>. Si « le malade est isolé par sa peur de la maladie et le professionnel par sa connaissance de la maladie »<sup>70</sup>, la pratique du récit de soi fonde une éthique relationnelle, une « éthique du sujet » qui, selon Frédéric Gros, « est la manière dont chacun se rapporte à lui-même, construit à soi un certain rapport depuis lequel il s'autorise à accomplir telle chose, à faire ceci plutôt que cela. L'éthique du sujet c'est la manière dont chacun se construit et travaille »<sup>71</sup>. Une telle éthique, travaillée par la représentation, permet de travailler la rencontre avec le patient : « S'ils sont capables de s'ouvrir à une véritable intersubjectivité, ils approcheront d'une relation authentique dans laquelle la souffrance ne sépare pas mais se partage. »<sup>72</sup> Tel est bien l'enjeu de la représentation par la mise en récit : être capable de manifester une souffrance dans un climat de confiance et de l'entendre afin de lui donner un sens, une forme. Aussi, Richard Horton définit-il la visée éthique de la médecine narrative comme l'élaboration d'une relation tel un « pont de compréhension mutuelle »<sup>73</sup>.

## L'affiliation

- 28 L'exercice narratif par la lecture ou l'écriture conduit enfin à ce que Rita Charon nomme l'affiliation, l'accomplissement de ce « pont de compréhension mutuelle » selon Horton. Elle correspond en quelque sorte au troisième moment du récit ricœurrien, Mimesis III, qui met en évidence le fait que le récit ne crée pas seulement un sens mais déploie aussi des effets dans la vie concrète de celui qui le produit et de celui qui le reçoit : « la mimesis crée quelque chose dans la praxis, quelque chose qui n'existait pas avant qu'elle n'agisse. »<sup>74</sup>. Rita Charon poursuit : « Mimesis III nous permet d'établir qu'atteindre l'attention et la représentation entraîne des conséquences inévitables et puissantes dans la réalité de l'action clinique – en termes d'engagements thérapeutiques et de construction d'une communauté collégiale. »<sup>75</sup> L'affiliation se manifeste en quelque sorte à travers l'acte éthique du témoignage, dans la reconnaissance de la personne dans l'histoire du malade : c'est en rendant compte de façon empathique de l'expérience de la maladie, que le soignant peut reconnaître l'humanité du malade et ouvrir un dialogue avec la communauté médicale. Il s'agit à la fois de regarder le malade comme une personne dans son « appartenance au commun »<sup>76</sup> et d'associer soignants et soignés à un devenir commun, une *communitas* selon les mots de Rita Charon, afin de conforter l'adhésion thérapeutique. C'est en quelque sorte la fonction intégrative du récit qui à la fois manifeste la singularité du malade et l'intègre dans un monde commun.
- 29 L'affiliation est le moment du soin qui synthétise l'attention et la représentation, le récit du malade et celui du médecin, l'expérience de la maladie et le traitement de la maladie. Pour Rita Charon, « La spirale de l'attention et de la représentation (...)

culminent dans le contact. »<sup>77</sup> La notion de contact qu'elle reprend à Donald Moss<sup>78</sup>, dépasse le sens que formule les récits pour mettre à nu la nécessité du lien comme « sécurité et non-abandon »<sup>79</sup>. De même, « L'attention et la représentation culminent dans l'action. (...) Ce qui semblait au départ un heureux effet secondaire de l'entraînement narratif, en est le premier avantage. »<sup>80</sup> La stimulation, l'entraînement narratif produit l'action bénéfique et c'est ce qui fonde sa légitimité : « Si la médecine narrative ne produisait pas de résultats au niveau de l'affiliation, elle n'aurait aucune légitimité dans nos pratiques actives. »<sup>81</sup> L'affiliation résulte donc des compétences narratives et, par un effet de retour, valide leur pertinence méthodologique.

## Ce que la médecine narrative fait au récit

### Enrichir la narratologie par la médecine narrative

30 La médecine narrative est encore une pratique récente. Des jalons sont posés et confirment non seulement la nécessité d'une nouvelle éthique médicale mais encore la validité des moyens employés. On peut cependant enrichir l'appareil théorique narratologique afin de mieux définir le sens à donner au récit, et l'apport des travaux d'universitaires francophones d'une narratologie post-classique serait tout à fait pertinent à plusieurs niveaux. La perspective interactionnelle du récit, on l'a vu, doit être prise en compte et les travaux d'Alain Rabatel pourraient compléter la notion d'intersubjectivité retenue par Charon, ainsi que l'importance dévolue à l'écoute car ils permettent de :

« dépasser une narratologie d'essence structuraliste, en articulant approches linguistiques, stylistiques et littéraires (...) dépasser l'approche immanentiste du récit pour s'appuyer sur une analyse interactionnelle de la narration, inscrite elle-même dans le cadre de l'analyse de discours, du moins telle qu'elle a été développée par Maingueneau (2004), à propos de l'analyse des textes littéraires, et par Amossy (2006), notamment pour l'analyse de la dimension argumentative indirecte. »<sup>82</sup>

31 Le récit est appréhendé selon Rabatel comme une « re-présentation »<sup>83</sup> ce qui renvoie au deuxième axe de la triade de la médecine narrative de Rita Charon. De même, Rabatel travaille aussi bien sur des textes littéraires que non-littéraires, diversité sur laquelle se fonde l'approche de la narrativité par Rita Charon. Enfin, le point de vue, qui est au cœur des travaux de Rabatel, fait écho à l'importance accordée à la singularité dans l'approche narrative de la médecine, dans la mesure où la subjectivité se manifeste dans le dit et le dire : « Tout point de vue ne se limite pas à rapporter purement et simplement une vision, un événement, une analyse : percevoir, c'est en réalité toujours faire percevoir, et donc diriger les interprétations selon l'origine percevante »<sup>84</sup>. Le dire, ou *modus*, exprime aussi cette volonté de « faire percevoir ». De même, il s'agit de prendre en compte la situation de mise en récit et les différents protagonistes dans l'énonciation :

« Il nous faut examiner l'Homme narrant non plus à travers une logique du récit qui réduit son rôle à une voix plus ou moins désincarnée, assurant des fonctions de "régie narrative", mais à travers une logique de narration qui confère à cette voix un corps, un ton, un style, une inscription dans une histoire (à tous les sens du terme), des goûts et des dégoûts, des partis pris qui n'existent qu'à travers la manière de créer des mondes et des personnages, et qui profondément modifiée et interrogée, par ce processus créateur, étant donné sa dimension radicalement dialogique. »<sup>85</sup>

- 32 La question de la pluralité des voix peut être aussi nourrie par les analyses de Raphaël Baroni<sup>86</sup>, après Oswald Ducrot, sur le phénomène de la polyphonie et les problèmes d'interprétation qu'il peut susciter : lorsqu'un malade s'exprime, qui parle ? S'il est sujet parlant et locuteur, reste-t-il énonciateur ? La notion d'éthos développée par Dominique Maingueneau et Ruth Amossy nous semble aussi particulièrement pertinente afin de travailler la présence du malade relatant sa maladie, dans le récit qu'il en fait : elle permet de rendre compte de la dimension corporelle de la représentation du malade, essentielle dans le récit de soi de l'expérience de la maladie<sup>87</sup>.
- 33 Par ailleurs, l'étude du récit, en médecine narrative, ne peut pas faire l'impasse d'une approche pragmatiste. La praxis occupe une place centrale, aussi bien au niveau de la pratique clinique que la pratique narrative ; cela impose de prendre en considération, au niveau narratologique, certains travaux comme ceux d'Elfie Poulain – par ailleurs, l'importance qu'elle accorde à l'imaginaire n'est pas sans faire écho aux analyses de Rita Charon. On perçoit alors combien il devient nécessaire de saisir le récit non plus seulement dans son approche textuelle mais aussi contextuelle, en prenant en compte les différentes modalités de contextualisation, comme nous y engage Jérôme Meizoz : il s'agit d' « envisager le fait littéraire non sous la forme de “textes” désancrés, mais comme ensemble d'activités concrètes »<sup>88</sup>. Un récit n'est donc pas « donné, essentialisé, mais construit par le geste heuristique » de la contextualisation selon la modalité choisie.

## Une pratique exploratoire

- 34 Cette dimension pragmatique est essentielle aussi à un niveau philosophique : à travers la notion de pratique, c'est bien celle d'expérience qui est au cœur de la médecine narrative et renvoie ainsi au pragmatisme et plus exactement au transcendantalisme. En effet, l'expérience du médecin, l'expérience du malade façonnent les pratiques qui deviennent à leur tour une expérience : la mise en récit de l'expérience de la maladie en tant que pratique narrative relève aussi d'une expérience. Sandra Laugier, dans son analyse d'Emerson, de Thoreau et de Wittgenstein, apporte un cadre théorique transcendantaliste particulièrement pertinent pour saisir l'importance de la pratique du récit en tant qu'expérience, en médecine narrative : « On voit alors la révolution opérée par le transcendantalisme. La question n'est plus : comment connaître à partir de l'expérience (question qui, on le sait depuis Hume, conduit à la réponse : on ne connaît rien du tout – et donc au scepticisme), mais plutôt : comment se rapprocher du monde ? Comment avoir une expérience ? »<sup>89</sup>
- 35 Ainsi, si l'on comprend la nécessité d'associer aux pratiques narratives, en médecine, une réflexion théorique, en particulier en narratologie, si l'on comprend l'importance que revêt le récit pour l'exercice de la médecine, on peut aussi avancer l'hypothèse qu'une réflexion sur le récit puisse être alimentée par une pratique émanant de nouveaux usages, par un retour d'expérience. À l'instar de Raphaël Baroni qui prône une narratologie transmédiatique pour une étude du récit ouverte à des supports autres que textuels, il s'agirait d'accueillir en narratologie les retours d'expériences de pratiques exploratoires comme ceux de médecine narrative. Là encore le recours à la philosophie transcendantaliste peut être intéressant pour comprendre ce mouvement épistémologique : « Il ne faut pas dépasser l'expérience par la théorie, mais aller au

rebours de ce qui est, en philosophie, le mouvement même de la connaissance. Il faut dépasser la théorie par l'expérience, et c'est ce mouvement qui définit la confiance en soi, l'autorité de sa propre expérience. »<sup>90</sup>

- 36 L'expérience dans le cadre d'une pratique exploratoire propose alors une approche autre du récit en médecine narrative. La notion d'exploration est à entendre ici selon les travaux de Florent Costes pour qui la littérature relève d'une expérience. Ainsi la pratique du récit, en médecine narrative, procède d'une expérience en tant que pratique exploratoire littéraire. Dans son ouvrage *Explore - Investigations littéraires*<sup>91</sup>, il souligne la nécessité pour les études littéraires de se rapprocher de la philosophie du langage et de l'épistémologie des sciences sociales, afin de leur donner un « tournant pratique » ; il y propose des exercices pour engager un processus que Meizoz analyse comme une « transformation du regard [qui] conduit à interroger non plus seulement un "texte" mais l'"activité" littéraire dans sa globalité »<sup>92</sup>. Il s'agit d'explorer la langue, à partir de ses usages et du langage ordinaire. Le modèle de l'exploration relève « d'une aventure de l'enquête, de l'incertitude et du dépaysement, elle reste guidée par le souci d'élargir notre familiarité avec les pratiques et les formes de vie humaines »<sup>93</sup>. Ce cadre épistémologique de la pratique exploratoire est à appréhender comme « métathéorique ou métopoétique »<sup>94</sup> et il permettrait de tirer un large profit du croisement des disciplines et des pratiques, pour l'étude du récit.

## L'indisciplinarité

- 37 En outre, cette approche littéraire qui prendrait en compte le récit comme pratique exploratoire s'inscrirait dans la réflexion engagée sur une troisième voie possible dans les études littéraires, « la troisième critique », une approche qui se situerait entre l'exercice journalistique et l'étude universitaire, comme l'explique Vincent Message. Dans un geste de « Résistance à la spécialisation », il invite à considérer la lecture littéraire comme une activité exploratoire<sup>95</sup> qui échapperait à une analyse essentiellement technique.
- 38 Dans un mouvement semblable qui vise à remettre en question les règles et frontières du savoir, Yves Citton propose de dépasser l'interdisciplinarité vers une indisciplinarité : il définit cette approche indisciplinaire comme une approche verticale et intégrative de la littérature et enjoint les universitaires à jouer la carte de l'indiscipline en refusant le jeu du dogmatisme par un geste d'indocilité, en suivant Viveiros de Castro : « S'il est parfaitement légitime pour un scientifique de traquer sans pitié l'erreur pour nous aider à maîtriser de nouvelles dimensions de notre réalité, il est non moins indispensable de laisser l'anthropologue et le littéraire cultiver une indiscipline nourrie d'équivocité – de façon à compenser les risques de notre colonisation progressive de la nature, par "un état de décolonisation permanente de la pensée". »<sup>96</sup> On perçoit alors combien l'indisciplinarité, par rapport à l'interdisciplinarité, relève d'un geste politique qui sous-tendait déjà l'idée de pratique exploratoire et d'une politique de la littérature<sup>97</sup>. Rita Charon accorde à la médecine une fonction politique qui se manifeste dans le dialogue de l'affiliation. Aussi pourrait-on considérer la pratique de la médecine narrative comme une activité d'indisciplinaire à un double niveau : elle est à la fois indisciplinée vis-à-vis de la médecine en refusant un modèle unique, positiviste et techniciste, et vis-à-vis de la littérature en déplaçant la pratique narrative sur d'autres terrains ; mais l'indisciplinarité de la médecine

narrative procède aussi et surtout, et l'on rejoint Citton dans la portée politique du geste de l'indiscipline, d'un refus des philosophies du sujet que la colonisation a imposées comme modèle eurocentré de l'homme, comme sujet cartésien. Le pouvoir émanant du seul médecin sachant est à nuancer, à modérer par une place toujours plus importante accordée à l'histoire et à l'action du patient. Comme le soulignait Georges Canguilhem, le malade dispose d'une connaissance de sa maladie qu'il s'agit de prendre en compte :

« Certes la pathologie est en droit de suspecter et de rectifier l'opinion du malade qui croit savoir aussi, du fait qu'il se sent autre, en quoi et comment il est autre. Parce que le malade se trompe manifestement sur ce second point, il ne s'ensuit pas qu'il se trompe aussi sur le premier. »<sup>98</sup>

- 39 Accepter de renoncer à la toute-puissance du savoir du médecin est un geste politique fort que sous-tend l'indisciplinarité de la médecine narrative. Rita Charon constate en effet : « En nivelant les différences de pouvoir et en révélant nos missions collectives de professionnels de santé – préalables à toute spécificité –, notre travail narratif partagé nous aide à reconnaître l'autre comme un égal et à rendre explicite notre engagement à offrir des soins efficaces à autrui et à nos patients. »<sup>99</sup>

## Conclusion

- 40 Certes, la narratologie constitue un pan épistémologique de la médecine narrative, mais force est de constater que celle-ci regarde aussi vers d'autres horizons : d'autres disciplines sont convoquées au point de faire de l'interaction du jeu interdisciplinaire et des activités polypragmatiques, une nouvelle approche épistémologique fondée sur une pratique narrative exploratoire relevant d'un geste indisciplinaire. Si la narratologie a nourri la médecine narrative et peut continuer à fortifier l'étude du récit dans le domaine médical, on ne peut faire l'impasse d'une approche narrative pragmatiste puisque la praxis qu'elle soit médicale ou narrative, induit des effets de retour sur le texte. Aussi semble-t-il important de prendre en considération ces éléments qui peuvent aussi, à leur tour, élargir l'horizon de la narratologie.
- 41 C'est bien la notion d'expérience qui est au cœur de l'aventure de la médecine narrative et elle permet d'élaborer ce pont entre l'expérience esthétique de la littérature qui rend compte de la maladie et l'expérience de la médecine. Les études littéraires en tant qu'analyse des récits fictifs et factuels sont donc la voie d'accès la plus pertinente pour reconsidérer *autrement* l'expérience de la maladie et de la médecine puisqu'elles donnent à voir, à entendre des expériences humaines, expressives et créatrices. La littérature, entendue comme expérience, comme pratique exploratoire, rend compte des faits, des pratiques et des sentiments, elle est riche de la diversité de la vie :

« Le pouvoir d'induire l'invisible du visible, de dépister le sens caché des choses, de juger d'un objet entier par ses grandes lignes, l'aptitude à ressentir tous les traits de la vie si profondément qu'on n'est pas loin d'en connaître jusqu'aux moindres recoins, – ce faisceau de dons, on pourrait presque dire qu'il constitue l'expérience. »<sup>100</sup>

---

NOTES

1. Frédéric Worms, « Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales », *Esprit*, 01/2006. p. 141-156.
2. Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, Paris, Sipayat, 2015, p. 13.
3. *Ibid.*, p. 37.
4. Gabriel Sevilla, « Un pont narratif entre les deux cultures ? », *Cahiers narratologie*. (Online). Mis en ligne le 5 novembre 2015 et consulté le 15 juin 2023. <https://journals.openedition.org/narratologie/7290>
5. Gérard Danou, *Langue, récit, littérature dans l'éducation médicale*, Limoges, Lambert-Lucas, 2007, p. 14.
6. Jean Starobinski, *La relation critique*, Paris, Gallimard.
7. Michel Foucault, « Qu'est-ce que les Lumières ? », *Dits et écrits t. IV*, Paris, Gallimard, 1994, p. 577.
8. Michel Foucault, « L'écriture de soi », *Dits et écrits t. IV*, Paris, Gallimard, 1994.
9. Isabelle Galichon, *Le récit de soi. Une pratique éthique d'émancipation*, Paris, L'Harmattan, 2018.
10. Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p. 228.
11. Rita Charon, Martha Montello, *Stories Matter. The Role of Narrative in Medical Ethics*, New York, Routledge, 2002, p. IX. Nous traduisons. Notons par ailleurs que le récit du patient n'est certainement pas mis au second plan puisqu'il s'agit bien de sensibiliser les soignants aux pratiques littéraires afin qu'ils disposent de meilleures compétences pour recueillir et d'interpréter ce récit contrairement à ce qu'avance Julien Grard dans « Approche(s) narrative(s) et récit à la première personne. Généalogie et politiques de l'enquête » : « Cette médecine narrative s'attache au moins à restituer le point de vue de l'expérience des praticiens que ceux des patients ou usagers. L'un des concepts centraux amenés par l'auteure [Rita Charon] est celui de "compétence narrative". Là où on penserait à une compétence qui se placerait du point de vue de l'émetteur du discours – le patient –, on se situe ici chez l'autre locuteur, c'est-à-dire le "récepteur", à savoir, sans la médecine, le praticien. Il s'agit là d'une compétence singulière que cette compétence narrative, qu'elle met au cœur de toutes les interactions que le praticien aura avec son environnement proche et plus éloigné : patients, collègues, institution médicale et monde social » (in *Vie sociale*, n°20, 2017, p. 94).
12. Raphaël Baroni, « L'empire de la narratologie, ses défis et ses faiblesses », *Questions de communication*, n°30, 2016, p. 235.
13. *Idem.*
14. Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p. 41.
15. Nous renvoyons à la lecture de l'article de Marie-Laure Ryan, « Narratologie et sciences cognitives : une relation problématique » dans les *Cahiers de Narratologie*, 28/2015.
16. Nous proposons une étude sur la notion d'*energeia* du récit de soi et de la lecture, dans « L'éthopoïétique de l'écriture de soi », à paraître dans la revue *Pantasia*, 8/2019. Voir aussi Éric Benoit « Anacrouse (étymologie, rhétorique, linguistique) », in *Écritures de l'énergie*, Pessac, PUB, coll. « Modernités », 2017.
17. Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p. 106.
18. Jerome Bruner, *Pourquoi racontons-nous des histoires ? Le récit au fondement de la culture et de l'identité*, Paris, Retz, 2010, p. 93.
19. *Ibid.*, p. 90.
20. *Ibid.*, p. 79-80.

21. On sait d'après une étude de Beckman et Frankel (1984) que les médecins, lors du premier entretien, interrompent en moyenne le récit du patient au bout de 18 secondes.
22. Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p. 39.
23. Ibid., p. 394.
24. Ibid., p. 84.
25. Idem.
26. Ibid., p. 81.
27. Ibid., p. 89.
28. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 2013.
29. Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p. 91.
30. Ibid., p. 92.
31. Ibid., p. 93.
32. Charon, Rita. (2007). "What to do with stories – The science of narrative medicine". *Can Fam Physician* (online). 53 (8). P. 1265-1267. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949238/>
33. Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p. 97.
34. Ibid., p. 99.
35. Ibid., p. 103.
36. Ibid., p. 105. Nous souhaitons ici soulever une question qui nous paraît essentielle. Si Rita Charon revendique un ancrage narratologique fort, il ne s'agit pas pour autant de remettre en question la présence des corps qui portent le récit dans la relation soignant-soigné : il nous semble effectivement qu'en médecine narrative, la textualité vient en renfort de la corporalité, mais qu'elle ne l'exclut pas, elle ne prévaut pas, il y a complémentarité. Le malade ne se limite pas à son récit.
37. C'est peut-être sur cet aspect que Rita Charon se dissocie de l'approche narrative de la médecine d'Arthur Kleinman dans la mesure où la dimension littéraire du récit prévaut sur la psychologie ce qui a comme incidence d'inscrire la médecine narrative de Charon dans un champ éthique puisque le geste littéraire s'interroge sur une esthétique qui n'est pas seulement celle du texte mais plus globalement, par le récit de soi, celle d'une existence.
38. Isabelle Galichon, *Le récit de soi. Une pratique éthique d'émancipation*, op. cit.
39. Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p. 110.
40. Adam Zachary cité par Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p. 108.
41. Ibid., p. 109.
42. Ibid., p. 112.
43. Ibid. P. 36.
44. Rita Charon, Martha Montello, *Stories Matter. The Role of Narrative in Medical Ethics*, New York, Routledge, 2002, p. IX. Nous traduisons.
45. Maria Cabral, Cabral, M. de J., Hervé, C., Mamzer, M.-F., Leroy, P., Scotté, F. (2017). "Personalised Medicine. Bringing Narrative Tools to Carpem". *Ethics, Medicine and Public Health*, N°3. p. 250. Nous traduisons. En ligne le 13 juin 2017. Consulté le 15 juin 2023. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352552517300737>
46. Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p. 40.
47. Ibid., p. 13.
48. Ibid., p. 30.
49. Ibid., p. 221.
50. Gérard Danou, *Langue, récit, littérature dans l'éducation médicale*, op. cit., p. 155.
51. Ricard, Matthieu, Lutz, Antoine & Davidson, Richard. (2015). « Méditation – Comment elle modifie le cerveau ». *Pour la science*. N°448. p. 22-29. Consulté en ligne le 15 juin 2023 : <http://www.humanisme-mindfulness.net/wp-content/uploads/2015/06/MRicard-Meditation.pdf>

52. Stanley Cavell, *Le cinéma nous rend-il meilleurs ?*, Paris, Bayard, 2003.
53. Sandra Laugier, « L'Importance de l'importance. Expérience, pragmatisme, transcendantalisme », *Multitudes*, n°23, 2005.
54. Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p. 107.
55. Ibid., p. 224.
56. Ibid., p. 228.
57. Ibid., p. 230.
58. Dominique Sigaud, *Dans nos langues*, Lagrasse, Verdier, 2018, p. 124.
59. Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p. 229.
60. Roland Barthes cité par Charon, Ibid., p. 230.
61. Ibid., p. 232.
62. Ibid., p. 34.
63. Sur le récit comme « terrain d'expérience » pour l'empathie, voir Alain Rabatel, « Récit et mobilité empathique » in *Pratiques. Linguistique, littérature, didactique*, N°181-182/2019, mis en ligne le 30 juin 2019, consulté le 17 juin 2023. <http://journals.openedition.org/pratiques/5655>
64. Cora Diamond, « Passer à côté de l'aventure, réponse à Martha Nussbaum », in *L'esprit réaliste. Wittgenstein, la philosophie et l'esprit*, Paris, PUF, 2004, p. 426.
65. Maria Jesus Cabral, « Du corps en état de langage ». *Carnets* (en ligne), 6/2016. Mis en ligne le 31 janvier 2016, consulté le 17 juin 2023. <https://journals.openedition.org/carnets/773>
66. Jérôme Meizoz, « "Écrire, c'est entrer en scène" : la littérature en personne », *CONTEXTES*, Mis en ligne en février 2015, consulté le 17 juin 2023. <https://journals.openedition.org/contextes/6003>
67. Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p. 255.
68. Isabelle Galichon, *Le récit de soi. Une pratique éthique d'émancipation*, op. cit., p. 42.
69. Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p. 250.
70. Ibid., p. 52.
71. Frédéric Gros, *Désobéir*, Paris, Albin Michel/Flammarion, 2017, p. 37.
72. Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p. 75.
73. Ibid., p. 81. L'image du pont que l'on retrouve, pourrait peut-être préfigurer aussi une relation de compréhension mutuelle, au niveau épistémologique, entre les disciplines en médecine narrative.
74. Ibid., p. 231.
75. Ibid., p. 233.
76. Dominique Sigaud, *Dans nos langues*, op. cit., p. 124.
77. Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p. 252.
78. Cette analyse peut être complétée et éclairée par l'ouvrage de Matthew Crawford, *Contact, La découverte*, 2016.
79. Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p. 252.
80. Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p. 252 ; 253.
81. Idem.
82. Alain Rabatel, *Homo narrans. Pour une analyse énonciative et interactionnelle du récit*, tome 1 et 2, Limoges, Lambert-Lucas, 2008, p. 11.
83. Ibid., p. 26.
84. Ibid., p. 110.
85. Ibid., p. 12.
86. Raphaël Baroni, « La guerre des voix. Critiques polyphoniques et divergences interprétatives dans l'œuvre de Michel Houellebecq », *CONTEXTES* (online), 2014. Mis en ligne le 10 octobre 2014, consulté le 17 juin 2023. <https://journals.openedition.org/contextes/5979>
87. Isabelle Galichon, *Le récit de soi. Une pratique éthique d'émancipation*, op. cit., p. 165.

88. Jérôme Meizoz, « “Écrire, c’est entrer en scène” : la littérature en personne », *COntEXTES*. Mis en ligne en février 2015, consulté le 17 juin 2023. <https://journals.openedition.org/contextes/6003>
89. Sandra Laugier, « L’Importance de l’importance. Expérience, pragmatisme, transcendantalisme », *Multitudes*, N°23, 2005, p. 158.
90. *Ibid.*, p. 163.
91. Florent Costes, *Explore - Investigations littéraires*, Questions théoriques, coll. « Forbidden beach », 2017.
92. Jérôme Meizoz, « “Écrire, c’est entrer en scène” : la littérature en personne », *loc. cit.*
93. Florent Costes, *Explore - Investigations littéraires*, *op. cit.*, p. 409.
94. *Ibid.*, p. 413.
95. Vincent Message, « Résister à la spécialisation : l’espace de la troisième critique », p. 10. Colloque « Littéraires : de quoi sommes-nous spécialistes ? » organisé par le mouvement Transitions, Université Sorbonne Nouvelle-Paris 3, 25-28 juin 2014. (online). [https://www.academia.edu/7561207/Résister\\_à\\_la\\_spécialisation\\_lespace\\_de\\_la\\_troisième\\_critique](https://www.academia.edu/7561207/Résister_à_la_spécialisation_lespace_de_la_troisième_critique)
96. Yves Citton, « Indiscipline littéraire et texte possible, entre présomption et sollicitude » in Escola, Marc. *Théorie des textes possibles*, C.R.I.N., n°57, Amsterdam : Rodopi. Consulté en ligne le 17 juin 2023. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00847128/document>
97. « Littératures et formes de vie ». *Pratiques*. N° 151-152, 12/2011. p. 73-88. Consulté en ligne le 17 juin 2023. <https://journals.openedition.org/pratiques/1788>
98. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, p. 66.
99. Rita Charon, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, *op. cit.*, p. 357.
100. Henry James, « L’art de la fiction », in Michel Zérafra, *L’art de la fiction et neuf études*, Paris, Klincksieck, 1978, p. 25.

## RÉSUMÉS

La médecine narrative conceptualisée par Rita Charon (Columbia University) au tout début des années 2000, propose de compléter la médecine fondée sur les preuves par un entraînement narratif destiné aux soignants afin d’en tirer les bases d’une éthique relationnelle. Dans le cadre de cet article, nous souhaitons mettre en évidence ce que peuvent s’apporter, mutuellement, la pratique du récit et celle de la médecine. Il s’agira de présenter les fondements théoriques de l’usage du récit, en médecine narrative, selon Charon, sur le plan des sciences cognitives, de la philosophie et la littérature afin de considérer ses effets sur les soignants dans leur pratique. On analysera alors comment l’usage du récit en médecine peut nourrir et conforter toute une réflexion interdisciplinaire sur le récit, résonnant avec de nouvelles approches tant narratologiques que littéraires ou philosophiques.

Narrative medicine conceptualized by Rita Charon (Columbia University) in the early 2000’s, is a proposal to complete the Narrative Based Medicine with a narrative training for caregivers in order to give them the basis of a relational ethics. This paper aims to highlight what narrative practices and medical practices can bring to each other. It will be a question of presenting the theoretical foundations of the use of narrative in the framework of narrative medicine, according to Charon, in terms of cognitive sciences, philosophy and literature in order to consider its effects on caregivers in their practice. We will then analyze how narrative in medicine can

enhance an interdisciplinary reflection on narratives, in view of new approaches in narratology, literature studies and philosophy.

## INDEX

**Mots-clés** : médecine narrative, récit, éthique relationnelle, empathie, attention

**Keywords** : narrative medicine, narrative, relational ethics, empathie, attention

## AUTEUR

**ISABELLE GALICHON**

Chercheure associée à l'UR PLURIELLES (Université Bordeaux-Montaigne)