

## Regards croisés sur les récits dans le monde du soin

Connaître et reconnaître

C. Draperi

2, route Léalvillers, 80560 Toutencourt.

Correspondance

C. Draperi,

à l'adresse ci-contre.

e-mail : catherine.draperi@sa.u-picardie.fr

**Pourquoi s'attacher au récit dans le monde de la santé et du soin ? Parce qu'il constitue le témoignage conscient par lequel l'autre propose un accès à sa situation. Parce que l'objet de la médecine n'est pas reconductible à un objet des sciences de la nature : il renvoie aussi aux « composantes d'un monde vécu » (selon l'expression de J. Habermas pour désigner l'objet des sciences humaines) que délivrent les récits. Parce qu'enfin, la compréhension, qui conditionne tous nos rapports sociaux et nos agissements quotidiens, ne va pas nécessairement de soi dans une situation de soin, à la fois dominée par une technologie très développée souvent hermétique, et confrontée à une souffrance existentielle parfois difficilement communicable.**

### Comprendre et interpréter

Le philosophe M. Heidegger présentait la compréhension comme renvoyant à un mode d'être, avant de désigner un mode de connaissance [1] ; elle désigne l'aptitude à projeter ses possibilités à partir de sa situation dans le monde. Tout comportement est un phénomène expressif dans la mesure où il déploie une certaine compréhension d'une situation. Le récit que mène une personne au sujet des maux qui l'affectent déploie le sens de l'existence, en la mettant en scène, en l'inscrivant dans une certaine cohérence ; il dessine simultanément le théâtre de l'histoire perturbée par cette rupture que constitue la maladie, et dans laquelle va s'inscrire un projet de soin et de reconstruction. Le récit n'est pas superposable à une série de faits objectifs : il est un témoignage concernant une expérience difficile d'accès. L'existence humaine tient sa complexité et son imprévisibilité, selon le terme de Bergson [2], de ce qu'elle n'est pas réductible, à l'image d'un corps physique, à une série de causes : elle est également toujours traversé de sens.

C'est la rencontre de cette complexité qui avait conduit l'historien Dilthey à introduire en sciences sociales la méthodologie compréhensive pour rendre compte du travail d'interprétation auquel se livre l'historien rencontrant des témoignages d'une époque révo-

lue : « Nous appelons compréhension le processus par lequel nous connaissons quelque chose de psychique à l'aide de signes sensibles qui en sont la manifestation » [3].

Pour accéder à la logique d'actions passées, Dilthey reprend les règles utilisées dans l'interprétation des textes anciens ; cette méthode, dite herméneutique, conduit à un travail de décryptage des textes, à distance de l'interprétation subjective qu'on serait tenté d'en faire spontanément, à partir de nos propres références : « c'est la fonction de l'herméneutique d'établir théoriquement contre l'intrusion constante de l'arbitraire romantique et du subjectivisme sceptique dans le domaine de l'histoire, la validité universelle de l'interprétation, base de toute certitude historique » [3]. L'interprétation, dans cette optique, consiste bien à expliciter l'ancrage d'un mode d'être dans une situation (*Encadré 1*).

L'écoute constitue dans certains horizons culturels un acte thérapeutique à part entière<sup>1</sup>, et même le premier acte thérapeutique qui oriente la démarche de soin à adopter. Mettre en paroles, c'est déjà dégager des possibles, c'est déjà se dégager de l'actuel ; donner à entendre, c'est déjà rompre l'isolement de la souffrance<sup>2</sup>. Comme le note

M. Merleau-Ponty, celui qui écoute, le shamann, assume un rôle de passeur, en ce qu'il accompagne un cheminement [5]. Du récit exprimant le sentiment croissant d'une déstructuration<sup>3</sup> au récit porteur de guérison<sup>4</sup>, le narratif nous dit quelque chose de l'inscription de la personne et de son mal-être dans un monde (*Encadré 2*).

En quel sens l'écoute du récit de celui qui souffre constitue-t-elle le moment séminal d'une position éthique ?

L'attention portée au narratif conduit à dépasser la conception spatiale du corps comme corps physique pour l'intégrer dans la temporalité singulière d'une existence. Comme le souligne M. Heidegger, l'homme n'est pas le seul être temporel, mais il est le seul être qui comprenne le temps dans lequel il est jeté : être-là (*Dasein*), il y trouve sa limite qui fait de lui un être de projet. La temporalité qui se dit dans le récit nous initie à l'implication de l'être parlant dans une pratique : « *sujet parlant, c'est le sujet d'une praxis* » [7], écrit M. Merleau-Ponty. Le narratif nous introduit, au-delà du dualisme du corps-objet et du sujet pensant, à l'expérience singulière du corps-propre : ce corps qui est toujours celui de quel-

1. Kaufmant A.M., « Afrique : les mots guérisseurs », in : Courrier de l'Unesco.

2. « Nous racontons des histoires parce que finalement les vies humaines ont besoin et méritent d'être racontées », (p. 95). « Toute l'histoire de la souffrance crie vengeance et appelle récit », (1, p. 115).

3. Voir par exemple le récit de Brian rapporté par B. Good. in : Comment faire de l'anthropologie médicale ? 1998, p. 251.

4. Celui, par exemple, que suscite le devin dans la géomantie.

qu'un. Cette exigence nous reconduit à la possibilité de penser ensemble, même si c'est à travers des postures différentes, les dimensions de *disease* et d'*illness* de la maladie, renvoyant respectivement à la définition biomédicale qui en est faite et à l'expérience vécue dans laquelle elle se construit (Encadré 3).

Dans cette optique, l'écoute du récit des personnes concernées par la maladie n'offre pas seulement un regard supplémentaire sur leur situation, mais conduit à renouveler la position épistémologique sur laquelle repose la recherche.

## Connaître et reconnaître

La responsabilité ne commence que dans l'adresse de l'autre [8], elle signifie souvent dans le monde soignant être solidaire de ses actes en écho à une parole qui constitue un appel. L'entente de cette altérité suppose qu'on tente d'accéder à la logique dans laquelle l'autre est impliqué, et qu'il livre dans le récit.

C'est ce regard sur la narration comme constituant un niveau fondateur de la responsabilité que présente L. Benaroyo, philosophe et médecin ; originaire à l'égard de tout respect fondé sur l'universalité de la personne, l'attention à la narration dans laquelle l'autre se livre dans sa singularité, constitue le premier degré de la reconnaissance de l'autre comme tel. Elle constitue la pierre angulaire de l'ouverture de nouvelles perspectives pour cet être dont M. Merleau-Ponty a montré que sa souffrance l'enfermait dans l'actuel. (Merleau-Ponty, 1945, p. 126) [9].

Le récit adressé au médecin ou au soignant est un récit mené au subjonctif, laissant des marges d'interprétation dans lesquelles peut s'inscrire l'ouverture de nouvelles virtualités ; il apparaît d'autre part d'emblée ancré dans une intersubjectivité. Cette intersubjectivité apparaît déjà constitutive du récit qui n'est jamais celui d'un individu abstrait, mais toujours d'une personne impliquée dans un système de relations sociales, comme l'ont fait apparaître les entretiens menés par B. Good [10] et la lecture qu'il en conduit en empruntant les catégories herméneutiques théorisées par P. Ricoeur (Encadré 4).

Se mettre à l'écoute du récit, c'est s'efforcer de décrypter ce fil rouge qui

### Encadré 1 : Herméneutique et compréhension.

L'herméneutique désigne le travail d'interprétation des récits.

La narration que conduit une personne de sa souffrance ou de son mal-être n'est pas nécessairement immédiatement accessible ; chercher à comprendre la façon dont l'autre se situe dans le monde à partir de ce témoignage exige une sorte de décryptage, ne serait-ce que pour se dégager de ses propres réflexes d'interprétation subjective : « *Partout où le sens se constitue dans une tradition et exige une traduction, l'interprétation est à l'œuvre* » écrit Paul Ricoeur [4]. Pour emprunter les termes de Schelling, on dira que l'herméneutique désigne « *les règles de déchiffrement appliquées à un monde de symboles* »<sup>5</sup> [4].

### Encadré 2 : Narration et mise en intrigue.

Le narratif, c'est-à-dire l'acte de raconter une histoire de vie, rend compte de la temporalité dans laquelle s'inscrit une existence, et singulièrement, une souffrance. L'unité d'une histoire se dégage de la mise en intrigue de celle-ci, c'est-à-dire de la façon dont son axe directeur est construit. Le narratif (à travers le récit) rend compte comme l'indique P. Ricoeur, de l'essence temporelle de la constitution de la personne : « *Le temps devient humain dans la mesure où il est articulé de manière narrative ; en retour, le récit est significatif dans la mesure où il dessine les traits de l'expérience temporelle* » (Ricoeur, 1983, p. 105) [6].

### Encadré 3 : Une expérience pédagogique d'approche du corps propre.

Pour montrer les implications de ces réflexions, évoquons, à titre d'exemple, la perspective de recherche poursuivie à Amiens avec les étudiants dans le cadre de leur formation en sciences humaines et les neurophysiologistes du service d'exploration fonctionnelle. Elle vise à articuler les moyens de visualisation et l'écoute dans la recherche d'éléments cliniques chez l'enfant épileptique. Comment articuler l'analyse neurophysiologique et ce que nous apprend l'expérience humaine ordinaire ?

Il s'agit d'interroger la possibilité d'aborder le corps propre de l'individu (corps doté de fonctions physiologiques universelles mais toujours singulier), à partir de plusieurs postures de connaissance, pour prendre en compte sa complexité phénoménale. A partir d'un travail mené sur le récit de ce vécu par les familles, on s'efforce d'apporter un éclairage complémentaire de celui que constitue l'usage des outils de visualisation. Cette analyse du récit, conduite avec les outils de l'étude narrative, cherche à articuler les facteurs individuels dans l'analyse de la clinique ; elle cherche à mettre en lumière le sens dans lequel se construit l'expérience de la maladie, en interrogeant cette dimension de la parole échangée par exemple par les enfants et de leurs familles avec la technicienne mettant en place les électrodes ; du point de vue épistémologique, cette démarche vise à mettre en lumière la complémentarité du voir et de l'écoute ouvrant aux dimensions spatiale et temporelle du corps propre, et l'intérêt d'articuler plusieurs postures de connaissance : celle, explicative, des sciences de la nature (dans l'approche objectivante des phénomènes végétatifs), et celle, compréhensive, de l'anthropologie narrative (dans l'interprétation du récit des émotions inscrites dans la singularité des histoires de vie).

Chercher à accéder à la logique d'un état pathologique revient toujours au fond à se confronter à la situation existentielle d'un semblable atteint dans son intégrité ; l'interrogation que suscite cette situation s'enracine d'abord dans une similarité de condition entre le chercheur et le sujet de la recherche : l'appartenance à un monde signifiant qui médiatise le milieu physique. (Voir p. 100, le résumé de F. Lion et A. Montigny).

donne à l'épreuve son sens et l'inscrit dans une existence singulière, c'est tenter d'inscrire les émotions en jeu dans les phénomènes végétatifs dans leur histoire et leur contexte, mais c'est aussi créer la condition à partir de laquelle il devient possible d'élaborer un projet de soin qui ouvre la voie du rétablissement.

Florence Quinche, philosophe, se situant au delà de l'interprétation herméneutique, nous montre que le sens se construit toujours dans le dialogue. La présence d'un interlocuteur non impliqué dans le récit lui-même, conditionne son orientation, et peut modifier l'aspectualisation, c'est-à-

5. Différemment de la compréhension psychanalytique, qui recherche le sens latent de la parole et les manifestations de l'inconscient, la méthodologie herméneutique vise la logique du déploiement d'une parole consciente.

dire la façon de regarder les choses. À ce titre, le soignant introduit un changement dans le récit par sa présence même, c'est-à-dire en y prenant une place. C'est d'abord dans la mesure où il prend lui-même une place au côté du système familial, socio-professionnel, culturel auquel appartient le narrateur, qu'il introduit un changement. Allons plus loin : même s'il ne souhaite pas modifier l'équilibre, il le modifiera de fait, ne serait-ce qu'en qualité d'observateur ; comme y ont insisté les pionniers de la systémique, envisageant la relation entre famille des patients et thérapeute dans une perspective constructiviste<sup>6</sup>, l'observateur est influencé et influence le système.

### Situer son rapport à l'autre

C'est aux modalités de cette interaction dans laquelle se disent les récits que s'intéressent C. Dumitru, linguiste, et C. Haxaire, ethnologue, en croisant les paroles supposées des patients et les récits à travers lesquels les praticiens rendent compte des souffrances qui leur sont livrées. Les médecins généralistes sont confrontés au quotidien à ces récits de vie à travers lesquels ils s'efforcent de comprendre la situation de leurs patients. Le modèle d'interprétation proposé par les auteurs visent à resituer les acteurs de cette interaction comme « actants », c'est-à-dire sujets impliqués dans la quête présumée d'un objet ; inspirée des méthodes de lecture appliquée aux contes, l'analyse des récits que mènent les praticiens des situations qui leur sont narrées, vise à dégager des règles de construction des discours et des actions (*Encadré 5*).

L'emprunt des schémas linguistiques permet de conduire une lecture des situations du soigné et du soignant et surtout de les définir par l'interaction.

### Prendre congé du « monde objectif »

La prise en considération de l'interaction entre l'homme et le monde, au sens où l'homme construit le monde autant que le monde le construit, contraint à mettre en évidence le caractère non seulement partiel, mais aussi partial et réducteur de l'appréhension de l'homme

#### Encadré 4 : Catégories herméneutiques mises en œuvre par B. Good<sup>7</sup>.

- *La mise en intrigue*

Celui qui raconte cherche à élaborer une histoire ordonnée. Description, recherche de causes, recherche d'un traitement efficace, forme culturelle de l'histoire. B. Good dégage cinq types d'intrigues dans les trente-trois récits de patients épileptiques qu'il analyse : choc émotionnel majeur associé à une expérience, survenue suite à une blessure ou un état fébrile remontant à l'enfance, survenus sans cause apparente (il s'agit de crises ayant débuté à l'âge adulte, et on peut supposer que cette mise en intrigue exprime une médicalisation du malade), inclusion dans une vie de souffrance, au sein d'une rhétorique liée à la plainte, explication par le mauvais œil.

- *Nature subjonctivante des histoires*

La nature subjonctivante des histoires est le fait qu'elles permettent de multiples lectures et issues possibles : elles expriment des possibilités plutôt que des certitudes. Le mode subjonctif est celui de la recherche de guérison dans lequel les acteurs sont engagés.

- *Positionnement de la souffrance*

Il s'exprime dans le cadre du discours local et témoigne de l'évidente intersubjectivité des récits, d'ailleurs rarement menés par le seul individu concerné.

- *Réseaux sémantiques de la maladie*

Ensemble de notions et de symboles qui lui sont associés et lui donnent sens.

#### Encadré 5 : Configuration narrative et sémiotique.

L'histoire narrée est ancrée dans une certaine compréhension du monde de l'action ; elle met en jeu différents éléments constitutifs du présent où elle s'énonce, s'exprime à travers un système symbolique qui donne sens à une situation, enfin déploie des traits temporels qui transforment des événements en histoire, et configurent un récit (Ricoeur, 1983, p 127 et sq) [11].

La compréhension narrative vise à :

- accéder à la logique du langage mis en jeu, de la tradition culturelle qui le conditionne, du système symbolique qui le régit, mais aussi des règles d'action qui le sous-tendent. La compréhension vise alors l'ordre interne du récit et la façon dont il est orienté vers son destinataire ;
- accéder au déploiement temporel du récit : dégager la temporalité, c'est mettre en évidence la dialectique entre être-à-venir, ayant-été et rendre présent.

On distingue en sémiotique :

- l'ordre paradigmatique qui renvoie à l'intersignification entre les différents termes relatifs à l'action : il concerne une situation, telle qu'elle peut être décrite dans un temps donné à partir des différents éléments qui la composent (dans une perspective syn-chronique : dans le même temps) ;
- l'ordre syntagmatique qui renvoie à la temporalité mise en œuvre dans toute histoire racontée : il concerne une situation décrite dans son évolution (dans une perspective dia-chronique : à travers le déroulement du temps).

comme objet inscrit dans un milieu, lié à celui d'un « monde objectif » donné. D'autre part, le comportement comportement cognitif s'interprète aussi aisément en causes finales qu'en causes efficientes : ce constat concerne aussi bien le sujet de la recherche que le chercheur lui-même, et il se présente avec plus d'acuité encore lorsque l'un et l'autre sont impliqués dans une pratique. Les praticiens ont depuis longtemps compris cette nécessité de travailler sur la com-

préhension des facteurs existentiels qui conditionnent leur action. Aux côtés des éléments explicatifs de type physiologique, ils sont en quête d'éléments de compréhension des situations auxquelles ils sont confrontés, et leur réflexion apparaît comme un foyer de renouvellement de la construction des savoirs.

Tous ces travaux autour des récits mettent bien sûr en évidence les facteurs culturels qui structurent toute narration.

6. Von Foerster, Anderson, Goolishian ; dans cette optique, il s'agit pour Gergen Kenneth, d'aider les patients à construire une autre réalité.

7. Pour une approche plus concrète de l'enjeu de ces catégories, voir Draperi.C, « L'herméneutique ». in : L'ABC des sciences humaines en médecine, sous la direction de P. Bagros, Paris, Ellipses, 2004.

La réalité se construit pour chacun dans un contexte ; cela est vrai pour les malades comme pour les médecins. C'est ce dont témoigne le texte consacré par J. Ricard, historien de la médecine et chirurgien, à l'esthétisation de la souffrance dans les textes de G. Duhamel.

### Conclusion : l'enjeu éthique d'une alternative épistémologique

L'inscription des sciences humaines dans la recherche médicale peut se réaliser sous deux formes : soit dans leur instrumentalisation, les sciences humaines épousant la méthodologie quantitative du projet prédéterminé auquel on les insère (en contribuant par exemple à l'élaboration des procédures de qualité) ; soit dans une participation active, révélant leur dimension qualitative et critique et conduisant à orienter différemment les projets de recherche. C'est cette orientation que l'on perçoit dans la résurgence d'une exigence, dite constructi-

viste, qui, quoique formulée depuis plus d'un siècle, n'a pas encore trouvé d'espace dans la logique de la recherche biomédicale. Le développement de l'approche narrative en philosophie et en anthropologie médicale autour des récits de vie dans le cadre des pratiques de soin va dans ce sens.

Les sciences humaines paraissent devoir jouer un rôle spécifique lié aux dimensions pratique et émancipatoire qui caractérisent le projet des sciences médicales<sup>8</sup>. C'est bien d'ailleurs le sens de l'exigence réanimée par les pionniers des neurosciences comme le psychologue J. Bruner<sup>9</sup>, qui dénonce la dérive technicienne des sciences cognitives [12] ou du biologiste F. Varela qui reproche à la « *grande chapelle orthodoxe du cognitivisme* » [13] de ramener la pensée humaine à un dispositif mécanique et logique alors que la pensée s'inscrit dans le vivant.

Il incombe aux praticiens et aux enseignants-chercheurs en sciences humaines de coconstruire l'espace d'une prise en compte de cette dimension de la médecine sur le plan épistémologique pour créer les conditions d'une exigen-

ce éthique, non secondaire à l'action soignante, mais coextensive à celle-ci<sup>11</sup>. À ce titre, la contribution des études narratives à la construction de projets thérapeutiques, l'injonction philosophique à la capacité de s'ouvrir à la singularité est le rappel historique à la conscience de sa propre singularité vouée au monde, sont autant de voies à défricher pour prendre au sérieux l'exigence éthique de reconnaître l'autre comme tel.

Le défi que doit relever la philosophie médicale contemporaine nous semble être celui de faire valoir la pertinence éthique et la fécondité de l'attention portée au phénomène narratif dans le cadre de l'enseignement de la médecine.

### Références

1. Heidegger M. Être et Temps (1926), trad. F. Vezin, Paris, Gallimard, 1986.
  2. Bergson, Le Rire, Paris, PUF, 1924.
  3. Dilthey W. L'édification du monde historique dans les sciences de l'esprit, trad. Mesure S, Paris, Cerf, 1988.
  4. Ricœur P. Temps et récit, Paris, Seuil, 1983.
  5. Merleau-Ponty M. Signes., Gallimard, 1960.
  6. Ricœur P. Lectures 2 : la contrée des philosophes, Paris, Seuil, 1992.
  7. Merleau-Ponty M. Le visible et l'invisible, Paris, Gallimard, 1964.
  8. Draperi C. La relation malade-médecin. TLM, oct., nov., déc. 2004, n° 57, pp. 16-17.
  9. Merleau-Ponty M. Phénoménologie de la perception, Paris, Gallimard, 1945.
  10. Good B. Comment faire de l'anthropologie médicale ?, Le Plessis Robinson, Synthélabo, « les empêchements de penser en rond, 1998.
  11. Lemoigne JL. Les épistémologies constructrices. Paris, PUF (Que sais-je ?), 1995.
  12. Bruner J. Car la culture forme l'esprit, Georg Estiel, 1997.
  13. Varela F. Connaître, Les sciences cognitives, Seuil, 1989.
8. J. Habermas distingue trois intérêts qui peuvent être appréhendés comme les moteurs de la connaissance : intérêt théorique, intérêt pratique, enfin intérêt émancipatoire. Le premier est l'intérêt pour les connaissances d'ordre technique, qui anime les sciences empirico-analytiques ; le second est un intérêt pour les connaissances pratiques, qui anime les sciences historico-herméneutiques, le troisième renvoie à l'horizon de la philosophie et anime les sciences critiques. J. Habermas assigne à la sociologie critique la tâche de définir la teneur idéologique des énoncés théoriques ; c'est en ce sens qu'elle rejoint selon lui l'exigence philosophique déterminée par un intérêt de connaissance émancipatoire. Si l'activité médicale pose des questions qui contraignent à interroger le lien entre validité et valeur de la connaissance, c'est que, déterminée largement par un savoir expérimentalement fondé, s'exerçant au sein d'une intersubjectivité, elle vise aussi une émancipation de l'homme à l'égard des maux dont il est affecté.
9. Il crée, avec Georges Miller, le Harvard Center for Cognitive Studies (1954) avec la finalité de fonder la psychologie sur de nouvelles bases. Ils voulaient reconstituer les stratégies de pensée, voire les « *visions du monde* » des personnes en train de penser, en collaboration avec des philosophes et des anthropologues : l'ambition de la révolution cognitive était de « *ramener l'esprit dans le giron des sciences humaines d'où l'avait chassé le long hiver glacé de l'objectivisme* » cité par Dortier J.F, in : « Questions sur la pensée », Le cerveau et la pensée, la révolution des sciences cognitives, Auxerre, sciences humaines éditions, 1999.
10. Cf le physicien, puis bio-informaticien H. von Foerster, 1911.
11. Comme le soulignait Lemoigne, « toute organisation épistémologique du système des sciences implique quelque question éthique, très en amont des questions éthiques que soulève par ailleurs telle ou telle discipline ».