



HAL
open science

La Littérature stéthoscope

Sylvie Brodziak, Amarie (anne-Marie) Petitjean

► **To cite this version:**

Sylvie Brodziak (Dir.). La Littérature stéthoscope. Édition Le Manuscrit, 2024, Genre(s) et création, Sylvie Brodziak, 9782304055436. hal-04664978

HAL Id: hal-04664978

<https://hal.science/hal-04664978>

Submitted on 30 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Copyright

LA LITTÉRATURE STÉTHOSCOPE

ISBN 978-2-304-05543-6
© Éditions Le Manuscrit, avril 2024

SOUS LA DIRECTION DE
SYLVIE BRODZIAK ET AMARIE PETTJEAN

La Littérature stéthoscope

Genre(s) et création

Éditions Le Manuscrit
Paris

Dans la même collection

- On tue les petites filles*, Leïla Sebbar, préface d'Anne Schneider, 2024.
Genre et émancipation des femmes dans la fiction maghrébine contemporaine, Imèn Moussa, 2023.
Queer Phenomenology. Orientations, objets et autres, Sara Ahmed, trad. de Laurence Brottier, 2022.
Devenir non-binaire en français contemporain, Vinay Swamy et Louisa Mackenzie, 2022.
Fictions documentées, AMarie Petitjean, 2020.
Le Féminin chez J.-M.G Le Clézio, Christelle Sohy, 2010.
Noirs secrets, Christiane Chaulet Achour, 2009.
Féminité et expression de soi, Brigitte Riéra, 2008.
Le Corps à l'œuvre, Sylvie Brodziak, 2007.
Pères en textes - Médias et Littérature, Christiane Chaulet Achour, 2006.
Frontières des genres, Christiane Chaulet Achour, 2006.
Conte et narration au féminin, Christiane Chaulet Achour, 2005.

La collection

Genre(s) et création

À l'heure du combat pour la reconnaissance du droit à l'autodétermination de l'identité de genre, la création, sous toutes ses formes, demeure le lieu privilégié pour la révéler et l'affirmer. Qu'elle soit littéraire, artistique ou scientifique, il s'agit de questionner, de déconstruire, de subvertir les classifications sociales et culturelles du féminin et du masculin fabriquées par le système sexe/genre binaire et normatif. Cette collection se propose d'une part de publier en langue française des ouvrages théoriques fondamentaux pour la réflexion, d'autre part de faire connaître des travaux de recherche susceptibles d'enrichir les savoirs et de dynamiser les pratiques.

*À mon père Marcel Liégaux,
médecin et humaniste avant tout (1927-2021)
AMP*

*À ma mère, Yvette Moreau qui désormais oublie si vite...
S.B*

Sommaire

Introduction	
Quand le récit modifie la relation à soi et aux autres Sylvie BRODZIAK et AMarie PETITJEAN	13
Ouverture	23
Au pli du soin et de la narration : la rencontre avec l'autre François GERMINET	25
Livres en partage	
Postures littéraires, postures médicales	31
Écrire, c'est soigner Martin WINCKLER	33
<i>Le Lambeau</i> de Philippe Lançon, naissance du patient écrivain Nicole BIAGIOLI	45

Écrire sur Ta maladie, mon si grand amour. <i>L'Éclipse</i> de Rezvani Sylvie BRODZIAK	65
Pour une écriture qui soigne. Simone de Beauvoir et Annie Ernaux Fabio LIBASCI	79
L'écriture du corps et la reconnaissance de l'immunité dans la relation soignant-patient : une analyse de <i>Leibhaftig</i> de Christa Wolf Louis MÜHLETHALER.....	101
Trois gestes de création pour sonder la maladie. Au sujet d' <i>Anomalie des zones profondes du cerveau</i> de Laure Limongi. AMarie PETTJEAN, Laure LIMONGI	125
Une esthétique du soin : écriture de soignante et féminisme dans l'œuvre de Martin Winckler (<i>Le Chœur des femmes, L'École des soignantes</i>) Anne-Claire MARPEAU	145
Expériences d'écriture Imaginaires et lieux sensibles	163
Réflexions autour de la dimension thérapeutique du journal intime Emmanuelle TABELT	165
Inventer des fictions communes : les pratiques de la dramaturgie comme médiations interdisciplinaires entre arts de la scène et médecine Pauline BOUCHET	181

« En cœur », retour sur un écrit d'hôpital
Stéphane LAMBION..... 205

Ateliers d'écriture thérapeutique :
vecteurs de dépassement du traumatisme ?
Dominique Rachel LEVY 219

Apports d'un dispositif groupal autobiographique
dans la dépression chez les personnes âgées
Ketty STEWARD 243

Prendre soin

Médecine narrative et formations..... 265

Une nouvelle figure professionnelle dans les milieux de
soins : l'Attaché littéraire hospitalier (ALHO)
Christian DELORENZO, Jean-Marc BALEYTE 267

La suggestion, un geste d'écriture au cœur même de la
relation de soins
Nicolas MEROT..... 285

« Humaniser la médecine » ! La question médico-sociale
dans la littérature sénégalaise
Cheikh Mouhamadou Soumoune DIOP..... 303

Élaborer un ethos de soignant par la médecine narrative.
La compétence du savoir-être dans le cursus médical
Isabelle GALICHON 323

Présentation des contributeurs
et des contributrices..... 339

Introduction

Quand le récit modifie la relation à soi et aux autres

Sylvie BRODZIAK et AMarie PETITJEAN

Les deux champs disciplinaires de la littérature et de la médecine qui s'étaient progressivement éloignés au cours de l'histoire moderne font aujourd'hui l'objet d'un mouvement de convergence. La littérature contemporaine ouvre sa tradition des grands médecins littérateurs et celle de la représentation de la mort et de la souffrance à des expériences narratives renouvelées, devenant « le lieu où s'élaborent réflexivement nos formes de vie et notre capacité d'action » (Gefen 2021 : 163). Sous l'égide d'une éthique non sectorielle du *care* (Tronto 2009; Paperman & Laugier 2011, Brugère 2017), de la réflexion sur l'usage des ambiances (Tallagrand, Thibaud & Tixier 2021, Begout 2020) et surtout de l'élargissement anthropologique de la notion de récit (Ricœur 1983-1985; Schaeffer 2020), s'inventent des synergies qui concernent autant les humanités médicales que

la littérature d'intervention et prennent forme en premier lieu dans les pratiques professionnelles et les formations (Charon 2015; Goupy & Le Jeune 2017).

Le présent ouvrage s'attache, dans ce contexte, à la manière dont s'écrivent les relations entre littérature et soin. Il interroge précisément les pratiques du récit écrit, aussi bien en position de soigné qu'en position de soignant : Comment tisser par l'écriture un rapport au soin, à la maladie, à la défaillance physique ou mentale? Quel apport du passage par le texte narratif? Quels liens entre gestes d'écriture créative et gestes thérapeutiques? La littérature est-elle parfois réparatrice et est-elle toujours d'accompagnement?

Le mouvement de rapprochement entre les disciplines littéraire et médicale a été souligné dans plusieurs manifestations scientifiques récentes, dont fait partie le colloque qui est à l'origine de cet ouvrage¹. Il a permis d'en réunir les contributeurs et les contributrices dans une université qui a ouvert la voie aux diplômes alliant littérature, écriture et soin, portés par le département de Lettres². Le président de CY Cergy Paris université, François Germinet, l'indique dans son texte d'ouverture que nous reproduisons sous le titre « Au pli du soin et de la narration : la rencontre avec l'autre ».

Les contributions rassemblées vont se mettre en quête des liens entre le médecin et le lecteur, le malade et le critique informé, ou le blessé et l'écrivain. En effet, se raconter soigné ou soignant, en faire le récit le plus abouti possible, engage à la fois une image de soi et une certaine représentation du pouvoir de l'exercice littéraire. Le récit modifie la relation à

1 Colloque international transdisciplinaire « Littérature-écritures-Soin. Soignés/soignants : quelles pratiques du récit ? », CY Cergy Paris Université, UMR Héritages : Patrimoine/s, Culture/s, Création/s, 11-12 mai 2022, Cergy et Neuville-sur-Oise.

2 Le certificat d'Initiation à la médecine narrative et le diplôme Soins palliatifs, accompagnement, chronicité et éthique (DU SPACE).

soi et aux autres. Il peut changer la posture et la position de celui et celle qui dit ou qui note, voire conte et raconte. L'analogie littérature-soin demande-t-elle à dépasser un discours de diagnostic ou de commentaire? Peut-elle susciter un geste artistique, de création littéraire? Enfin, peut-on parler d'une littérature stéthoscope, qui ausculte soi et les autres, transmette les bruits internes du corps, fasse entendre à l'autre ses palpitations, ses sibilants, ses crépitements et les amplifie par la résonance littéraire?

Martin Winckler, de son nom d'écrivain, ouvre la **première partie** intitulée « **Livres en partage. Postures médicales, postures littéraires** ». En quelques points bien sentis qui flirtent avec l'aphorisme, il nous fait part d'une expérience exceptionnelle alliant on ne peut mieux les deux postures qui ne cessent de s'interroger l'une l'autre. La voie est ainsi tracée pour les analyses qui vont suivre d'expériences différentes interrogées par des écrivains : expériences du fracas de la maladie, de la mutilation ou du deuil programmé, qui sont aussi des expériences d'écriture.

Nicole Biagioli poursuit le parcours par la figure du « patient-écrivain » à travers *Le Lambeau* de Philippe Lançon. Elle y sonde précisément les points de rencontre entre « la pratique médicale et la narration », dans ce cas exemplaire de migration « du monde des bien portants à celui des malades ». La migration est également celle allant du discours sur les attentats à un récit profondément littéraire de reconstruction, qui est construction de soi par la littérature. En décrivant minutieusement la circulation nourrie entre les cultures de « disciplines partenaires », incluant une « poétique de la citation » pratiquée avec constance par Philippe Lançon, Nicole Biagioli désigne très précisément la couture qu'il opère entre littérature et médecine.

Sylvie Brodziak relit ensuite pour nous *L'Éclipse* de Serge Rezvani, écriture d'accompagnement de l'épouse perdue dans

les limbes de la maladie d'Alzheimer. « Errant seul dans un réel qui n'est plus commun », l'auteur choisit l'autobiographie et une « écriture clinique du réel », contrairement à d'autres choix possibles que Sylvie Brodziak illustre par la référence à l'œuvre de Kenzaburo Oê, et encore aux écritures de la catastrophe. La tentative poignante de Rezvani pour retracer la mémoire du couple, désormais impartageable entre aimés, tourne rapidement à une réflexion existentielle sur les pouvoirs ou l'impuissance de la création artistique, et sur ce que l'on peut dire de plus juste en apposant, sans effets de manches un peu rapides, l'adjectif « thérapeutique » au terme « littérature ».

Fabio Libasci propose une relecture en parallèle des récits de la mort de la mère chez Simone de Beauvoir et Annie Ernaux. Il met en valeur le statut pionnier d'*Une mort très douce* de Simone de Beauvoir pour toute une littérature contemporaine du *care* dont on fait volontiers Annie Ernaux la cheffe de file.

Louis Mühlethaler analyse ensuite un roman de l'écrivaine allemande Christa Wolf, inspiré de sa vie d'hospitalisée, qui rapporte le combat intériorisé d'une conscience de soignée en proie à l'effondrement de son corps (selon un premier terme allemand : *Körper*, corps objectif) qu'elle doit se réapproprier (selon le deuxième terme : *Leib*, corps propre et vécu). Belle illustration de l'idée d'une littérature stéthoscope, le geste narratif revient à « l'opération éthique d'écoute du corps et d'auscultation des pulsations d'une langue ».

L'ouvrage de Laure Limongi intitulé *Anomalie des zones profondes du cerveau* fait l'objet d'un commentaire à deux voix dans la contribution suivante. AMarie Petitjean analyse la manière dont le geste littéraire procède d'une enquête qui n'est pas basée sur la preuve provoquant l'évidence, mais sur une dynamique qui accepte l'énumération, la digression et la métaphore vive pour le dire dans les termes de Ricœur. Le régime d'explication devient effet de la composition

littéraire, redonnant le pouvoir au sujet souffrant par la maîtrise des mots et des imaginaires le concernant. L'étude insère le témoignage de l'autrice qui poursuit actuellement son enquête d'une autre manière, en tant que pensionnaire de la villa Médicis pour un projet alliant écriture et performance sous le titre évocateur : « *Le Service des Panacées* ».

Nous revenons à Martin Winckler pour terminer cette première partie, par la lecture d'Anne-Claire Marpeau. Après avoir défini et rappelé les dimensions éthique et politique du *care*, elle en examine la poétique à l'œuvre dans ce qu'elle nomme les « romans du soin » de Martin Winckler. Elle montre finement comment s'y entrelacent son combat pour une réforme de la culture médicale et un engagement féministe très marqué. L'analyse invite finalement à apprécier combien l'expérience littéraire qui se joue dans ces romans déplace la représentation des relations sensibles et attentionnées entre personnages au niveau d'une relation de confiance et d'attention partagée entre la lectrice/lecteur et l'auteur, où « le livre est pensé comme un lieu accueillant et inclusif ».

La seconde partie « Expériences d'écriture. Imaginaires et lieux sensibles » souligne le fait que soigner n'est pas uniquement un acte technique. C'est aussi la rencontre de deux univers et de deux imaginaires. Les représentations de la société et du monde peuvent en être modifiées et engendrer de nouveaux récits.

C'est par l'écriture du journal intime qu'Emmanuelle Tabet interroge la présence du soin dans la littérature, voie précieuse qui s'offre aux forces déclinantes au seuil de la vie et à la dissolution du moi sous le joug de la maladie. Convoquant une galerie féconde d'auteurs, dans toute la francophonie et jusqu'au XIX^e siècle, elle dépeint l'exercice rituel du diariste comme « un acte de reliance, une façon de reprendre pied dans le réel ». Elle y analyse les phénomènes d'interlocution et récolte les formulations qui témoignent du

recours à l'écriture au jour le jour comme d'un soutien vital et souvent providentiel.

Pauline Bouchet nous rapporte une expérience menée en collaboration avec le département d'arts du spectacle et le Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble. Il s'agit de dessiner des ponts entre arts de la scène et médecine à partir de trois projets d'écriture théâtrale – consultations simulées, lecture théâtralisée de textes produits par des patients, réécritures de Faust en une figure contemporaine d'hématologue, associant pour des lectures et mises en jeu les étudiants et les professionnels des deux disciplines. Ces expériences d'imaginaires partagés permettent d'approfondir la nature des potentielles parentés entre deux univers disciplinaires.

« Faire tenir ensemble deux mondes, celui que je connais, et celui dans lequel je suis jeté de force », c'est l'entreprise éloquente que nous rapporte Stéphane Lambion à la première personne. Adoptant une démarche de recherche-crédation, il revient de manière réflexive sur un texte créatif produit dans le vif d'un terrible accident de santé. Combat de la chronicité du récit contre la déflagration du vécu, combat des identités, combat des vocabulaires, il revient habilement sur le dialogisme entre *cure* et *care*, ces deux faces du mot « soin » : le *cure* qui assume sa prétention curative et le *care* qui affirme sa préoccupation attentionnelle. Interrogeant sa capacité à « créer son propre langage de la maladie », il se montre un funambule habile sur le fil d'un équilibre toujours fragile à maintenir.

L'expérience individuelle du trauma, « rupture dans le récit de soi », est documentée différemment par Dominique Rachel Levy dans la contribution suivante. Constatant par une revue des études en psychologie l'absence de « recherches sur les effets d'ateliers d'écriture thérapeutique sur la croissance post-traumatique », elle a expérimenté un protocole d'ateliers d'écriture auprès d'un groupe de douze

grands brûlés. Cette étude exploratoire a produit de premiers résultats encourageants. L'écriture se déplace d'une relation de soi à soi, que le geste artistique peut complexifier par le creusement réflexif, à une stratégie relationnelle porteuse d'enjeux importants pour trouver sa place dans le jeu social, quand elle est vécue en groupe dans un cadre sécurisé.

L'étude que mène Ketty Steward avec des sujets âgés dépressifs d'un hôpital de jour repose également sur un dispositif groupal. Celui-ci, adossé à la référence majeure de Paul Ricœur, mobilise des récits de vie. Le protocole scientifique permet de mesurer des évolutions thérapeutiques, au sein d'une prise en charge globale qui comprend en particulier le « méta-récit » de la psychologue.

Enfin, la troisième partie « Prendre soin. Médecine narrative et formations » pointe le fait que le soignant ait aussi besoin de littérature et de références culturelles pour pouvoir écouter et entendre afin de mieux comprendre et bien soigner. La formation du devenir-médecin et les pratiques dans les lieux dédiés de l'hôpital et du cabinet médical demandent à prendre en compte la nature de la relation aux savoirs et au pouvoir qui s'instaure dans les échanges entre soignants et soignés. Les contributions témoignent de la dynamique d'innovation engagée en France et à l'étranger au bénéfice d'une éthique du *care* étroitement reliée aux expériences sensibles de la littérature.

Christian Delorenzo et Jean-Marc Baleyte en témoignent en décrivant la manière dont la médecine narrative, selon le modèle instauré par Rita Charon à Columbia University, se déploie sous des formats novateurs en Europe en « visant à former les professionnel·les de santé et transformer les milieux en même temps ». L'intérêt d'un statut spécifique de professionnel·le de la narration est montré à l'échelle d'une expérience menée au Centre Hospitalier Intercommunal

de Créteil. La contribution souligne la nécessaire prudence des modalités d'actions pour ne pas creuser le fossé entre compétences disciplinaires, mais faire en sorte que « l'hôpital ouvre ses espaces narratifs ».

Nicolas Merot n'omet pas d'interroger le déséquilibre des relations soigné-soignant lors de la mobilisation de la technique de l'hypnose, « plébiscitée [...] comme *médecine douce* ». L'attention extrême qui y est donnée au langage est mise en valeur dans une étude de cas qui permet de cerner en quoi la suggestion a des pouvoirs ambivalents de *pharmakon*, selon le paradigme sémantique platonicien. Décrite comme une « construction à deux dans laquelle les représentations du médecin infusent vers la patiente », la suggestion est analysée sur le plan d'une analogie avec le pouvoir exercé par le poète sur son lecteur, selon des procédés d'écriture identifiés chez Mallarmé. La considération du pouvoir de la littérature est élargie à celle du pouvoir de la parole dans la relation de soin.

Nous poursuivons par une perspective internationale. Mouhamadou Soumoune Diop retrace chez trois auteurs sénégalais, un patient et deux médecins, une histoire très impliquée des lieux et des pratiques de soin au Sénégal, émaillée d'enjeux sociaux et postcoloniaux importants. Il constitue ainsi un corpus d'œuvres sénégalaises pouvant servir de base à des actions de formation alliant plus étroitement que dans le passé la science médicale et les sciences humaines, tout particulièrement par une formation à la médecine narrative.

Isabelle Galichon dans la belle contribution qui clôt cet ouvrage plaide pour l'intégration explicite et réfléchie d'un apprentissage du savoir-être soignant dans la formation des étudiants en médecine. Au nom d'un devenir-médecin fondé sur la construction ambitieuse d'un *ethos*, elle déploie avec précision des possibles dans la convocation de la médecine narrative, comme un apprentissage guidé où la littérature, lue

et produite, est explorée comme « lieu d'une expérimentation de l'incertitude, d'une langue métisse et ambivalente ».

L'ensemble de ces contributions a donc l'ambition de dessiner les contours d'une « littérature stéthoscope » attentive à la manière dont l'expérience vive de la lecture et de l'écriture transforme les imaginaires et les pratiques médicales. L'ambition est distinctement de déplacer la fausse transparence d'une littérature thérapeutique et de permettre d'appréhender sous ses multiples facettes ce qui se construit actuellement dans un mouvement de convergence entre les humanités médicales et les approches génératives du littéraire. La différence des méthodes d'investigation que l'on pourra constater d'un chapitre à l'autre participe de la circulation escomptée entre des univers trop longtemps séparés. Les paramètres de la mise en dialogue ont été longuement réglés pour permettre les résonances ; ils ne demandent plus que le jeu du lecteur et de la lectrice pour que s'entendent les événements, les lieux et les acteurs du soin comme de « formes de vie » aux battements réguliers.

Références bibliographiques :

- BEGOUT, Bruce, 2020. *Le concept d'ambiance*, Le Seuil.
- BRUGÈRE, Fabienne, 2017. *L'éthique du « care »*, Paris, Presses Universitaires de France.
- CHARON, Rita, [2008] 2015. *Médecine narrative : Rendre hommage aux histoires de maladies*, trad. fr., Sipayat.
- GEFEN, Alexandre, 2021. *L'idée de littérature. De l'art pour l'art aux écritures d'intervention*, Paris, Éditions Corti.
- GOUPY, François, LE JEUNNE, Claire (dir.), 2017. *La médecine narrative. Une révolution pédagogique ?*, Éditions Med-Line.
- PAPERMAN, Patricia, LAUGIER, Sandra (dir.), [2006] 2011. *Le souci des autres : Éthique et politique du care*, Aubervilliers, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

RICŒUR, Paul, 1983, 1984, 1985. *Temps et récit*, vol. I, II, III, Seuil, Coll. « Points ».

SCHAEFFER, Jean-Marie, 2020. *Les troubles du récit. Pour une nouvelle approche des processus narratifs*, Thierry Marchaisse éd..

TALLAGRAND, Didier, THIBAUD, Jean-Paul, TIXIER, Nicolas, 2021. *L'usage des ambiances. Une épreuve sensible des situations*, Hermann, coll. « Colloque de Cerisy ».

TRONTO, Joan, [1993] 2009. *Un Monde vulnérable. Pour une politique du care*, trad. fr., Paris, La Découverte.

Overture

Au pli du soin et de la narration : la rencontre avec l'autre

François GERMINET

Un tel ouvrage, issu d'un colloque sur le rapport entre soin et écriture, littérature, et peut-être par extension toute forme d'art et processus créatif, un tel ouvrage maintenant, est de la première importance. Cela l'est en tout temps, mais spécialement en ces temps-ci.

Dans son livre *L'Autre Dieu*, Marion Muller-Colard relate son expérience, jeune femme, de visite aux malades et personnes âgées, à l'hôpital ou chez celles-ci. Elle commence son livre ainsi (c'est la première phrase) : « C'est malheureux, mais il n'existe pas de formation universitaire qui prépare à l'impuissance.¹ » Lorsque j'ai lu cette phrase il y a plusieurs années, j'ai immédiatement pensé à notre diplôme universitaire (DU) sur les soins palliatifs, accompagnement, chronicité,

1 MULLER-COLARD, Marion, 2017. *L'Autre Dieu*, Paris, Albin Michel, « Espaces libres », p. 11.

éthique (SPACE). Et lorsque les organisatrices m'ont parlé de ce colloque, j'ai repensé à cette phrase. Quand donc à l'université parle-t-on de notre rapport à l'impuissance ?

Il y a nos problèmes du quotidien, et il y a les épreuves de la vie. Et pour certains, c'est leur vie tout entière qui est une épreuve, dans le handicap, dans la guerre, dans la violence d'une relation familiale. Les problèmes du quotidien, on les gère : on les analyse, on les traite, on les soigne ; ceux du corps, de la tête ou encore de la société. Pour les épreuves de la vie, les grandes épreuves de la vie, c'est autre chose. Et l'impuissance est là, première. Première, mais pas forcément dernière.

Ce que M. Muller-Colard voulait montrer, je crois, avec sa phrase et son livre, c'est que cette impuissance ouvre sur plus grand que nous. On peut aussi rappeler les témoignages de Marie de Hennezel². Cette impuissance ouvre sur une relation, un rapport, que l'on pourrait qualifier d'authentique. On pourrait même dire : un rapport de vérité.

Et en effet, celles et ceux qui font face à ces épreuves de la vie se retrouvent parfois propulsés face à des vérités bien plus grandes que ces petites réalités quotidiennes qui fabriquent nos vies de tous les jours. La vie voilée se dévoile. Ce qu'on ne voyait plus, mais qui était toujours là, émerge à nouveau. Alors apparaît ici quelque chose de fragile mais que je crois essentiel : la possibilité d'une rencontre.

Au pli du soin et de la narration – la narration du soin, le soin par la narration, ou simplement le pli par la présence conjointe des deux – au cœur de l'impuissance, apparaît la possibilité de rencontrer sa propre humanité à travers celle de l'autre.

La possibilité d'une rencontre : il n'y a pas beaucoup de colloques qui osent parler de cela. Car les sciences, mêmes

2 HENNEZEL, Marie, 2001. *La Mort intime*, Robert Laffont ; 2021, *Vivre avec l'invisible*, Robert Laffont.

celles dites humaines ou sociales ne disent finalement pas grand-chose généralement de cette rencontre. Ce n'est pas leur objet. De la même manière que, comme le faisait remarquer Michel Henry³, les sciences dites de la vie ne disent rien de la vie elle-même, celle qui s'éprouve elle-même, d'un point de vue phénoménologique.

Dans *Le problème de l'homme*, Martin Buber⁴ note combien, dans la philosophie de Heidegger, l'être, même le plus abouti dans sa relation au monde ne franchit pas, finalement, la barrière de l'autre. L'autre fait bel et bien partie du monde de Heidegger dans lequel l'être évolue. L'autre, évidemment, fait partie de ce monde dont je suis un être-au-monde, et même un être-avec-le-monde, mais cela n'y change rien. Finalement, il demeure dans le voilement de « ce monde-là » au sein duquel il évolue. S'il est chez lui dans cette manière d'être-au-monde, on pourrait dire qu'en fait « il reste chez lui » ; même s'il y a échange, même s'il y a compassion, il reste chez lui.

On pourrait dire, en plaisantant, que Heidegger n'a pas lu Levinas, et que c'est bien dommage ! Et avec Levinas, la possibilité fondamentale de traverser le voile et de toucher l'humanité de l'autre. Plus sérieusement, on pourrait se demander dans quelle mesure, le *dasein* d'Heidegger est en capacité de rencontrer cette impuissance évoquée plus haut, qui est tout sauf un « rester chez soi ». Alors qu'ici, justement, le cœur de la problématique abordée est la possibilité de ne pas rester chez soi. Et on ne sort pas de soi-même sans rencontre, et inversement, il n'y a pas de véritable rencontre en restant bien au chaud dans son chez-soi existentiel.

Alors à ce propos M. Buber écrit ceci : « à maint d'entre nous s'offre aussi dans le cours de sa vie une possibilité d'y parvenir qu'il n'accomplit pas existentiellement ; il gagne des

3 HENRY, Michel, 2003. *Phénoménologie de la vie I ou phénoménologie matérielle*, PUF.

4 BUBER, Martin, 1962. *Le Problème de l'homme*, trad. Jean Loewenson-Lavi, Paris, Aubier.

relations qu'il ne se réalise pas, c'est-à-dire par lesquelles il ne se laisse pas ouvrir; il gaspille le matériel le plus précieux, le moins remplaçable, celui qui, en chaque circonstance, ne lui est offert qu'une seule fois; il vit à côté de sa vie.⁵ »

Ce que la maladie – mais toute crise grave ayant valeur de déchirement – et le soin, l'écriture, la création, la narration mis ensemble permettent, c'est la rencontre consciente de ce matériau annoncé comme « le plus précieux ». Qu'est-ce que « le plus précieux »? La possibilité de rencontrer la vie. Où la rencontre-t-on? Dans la possibilité de toucher celle de l'autre, c'est-à-dire son humanité.

Il y a donc, ici finalement, moins la question d'un pli que celle d'un passage, ou disons un pli-passage : le passage d'un espace qui s'ouvre et qui donne accès, une respiration qui est une expansion. Et s'ouvre aussi la possibilité que cet espace horizontal vers l'autre et l'autrement devienne notre verticalité, notre colonne, soit encore : notre fondement.

On peut invoquer ici toute la symbolique de la lettre « Qof » en hébreu, qui évoque le chas de l'aiguille par lequel on passe lors de telles expériences, mais aussi la hache qui ouvre les possibles, le fil à plomb qui nous verticalise; c'est la lettre qui permet de nommer, c'est-à-dire dans la tradition biblique de toucher l'être de l'autre. Et elle est au cœur du mot « raquia », traduit en général par « firmament » et qui sera nommé « shamayim », les cieux, le ciel, au début de la Genèse. « Raqia », c'est cet espace façonné au milieu des eaux, qui va séparer notre être-au-monde de la vie au-delà de l'être, et créer cet espace de la rencontre avec le précieux, ce « non remplaçable » et nous verticaliser.

Et pourquoi est-ce si important de tenir un tel propos maintenant?

5 BUBER, Martin, [1962] 2015. *Le Problème de l'homme*, dans *Le Chemin de l'homme* suivi de *Le problème de l'homme* et *Fragments autobiographiques*, trad. Jean Loewenson-Lavi, Paris, Les Belles Lettres, p. 144.

Je me dis ceci : lorsque tout bascule et que la confusion règne, quel peut être notre fondement ? Lorsque ce que l'on avait cru vrai hier devient faux aujourd'hui, lorsque le sol n'est que sables mouvants, sur quoi peut-on s'appuyer ? Lorsqu'une guerre, une maladie, la grande vieillesse, une trahison, ou encore l'irruption de l'intelligence artificielle, bouleverse tout ce qui semblait solide, que reste-t-il de la terre ferme ?

Je crois que le seul fondement qui tienne, c'est justement cette possibilité de rencontre au sortir du chez-soi. C'est quelque chose d'à la fois très simple, très immédiat, mais que l'on néglige en le rejetant au second plan : c'est la possibilité d'entrer en contact avec l'humanité de l'autre. Ce qui nous sauve, à défaut de nous guérir, c'est cette possibilité qui relève toujours du miracle : toucher l'humanité de l'autre.

Et à partir de là pénétrer notre propre humanité. Je vous souhaite une excellente lecture.

Livres en partage
Postures littéraires, postures médicales

Écrire, c'est soigner

Martin WINCKLER

Au commencement, écrire, c'est se soigner

Comme lire, d'ailleurs. (Ou regarder des films ou des documentaires ou autre chose.)

Écrire c'est dire qui on est, ce qu'on pense, ce qu'on ressent, ce qu'on supporte ou non – sans que personne vous coupe la parole.

Même quand on n'écrit pour personne, on écrit à quelqu'un qui n'est pas là mais qui écoute. Une thérapeute⁶ virtuelle, attentive et qui ne pose pas de question, en quelque sorte. Les questions, on peut de toute manière (se) les poser et y répondre seul·e – ou du moins donner les réponses qui nous viennent... et en trouver d'autres en écrivant.

6 Tout au long de ce texte, j'emploierai le féminin générique pour désigner les groupes de personnes dont les membres sont majoritairement des femmes : soignantes, lectrices et écrivantes, en particulier.

Car la vertu de l'écrit, même quand on écrit pour soi, « au kilomètre », c'est qu'un mot, une phrase, un paragraphe en appellent d'autres. Parfois on cale, mais ça n'est pas grave. Ce qui est déjà écrit existe, on peut le voir, le relire. On peut l'apprécier ou le critiquer, mais on ne peut pas le faire disparaître à moins de jeter la feuille à la poubelle.

Et aujourd'hui, quand on met un texte dans la corbeille de l'ordinateur, il n'est pas perdu.

Je peux en témoigner : écrire, ça soigne la personne qui écrit.

J'ai passé mon adolescence à écrire parce que je n'avais personne à qui parler. Je n'étais pas malade, j'étais juste un garçon isolé, qui n'avait personne à qui poser des questions élémentaires et gênantes sur son corps, la manière dont il fonctionnait (ou ne fonctionnait pas correctement?) ses émotions et ses idées (parfois farfelues). Écrire m'a permis de vivre avec moi-même.

Écrire, ça soigne le moral.

Pendant mes études de médecine, écrire m'a permis de ne pas être englouti par la violence de l'atmosphère de la faculté de médecine. Oui, c'était aussi délétère dans les années 1970 que ça l'est maintenant – et nous n'avions pas les réseaux sociaux pour dénoncer cette violence. Merci à l'internet et aux réseaux sociaux de permettre aux étudiantes en santé et à tant de personnes soignées de le faire aujourd'hui.

Écrire m'a permis de me faire entendre au moins de quelques camarades, via les revues *underground* autoproduites que publiait une poignée d'entre nous. Mine de rien, le simple fait de pouvoir écrire qu'on était favorable à la légalisation de l'avortement, du cannabis et de l'aide médicale à mourir, ça nous faisait du bien. Ça nous permettait, encore une fois,

d'exister et de s'affirmer comme autre chose qu'un pion sur le très grand échiquier de l'hôpital.

Écrire, je le faisais aussi dans les dossiers : je m'adressais aux internes, aux chefs de service, aux infirmières et je me faisais un point d'honneur d'écrire lisiblement et de poser les questions que personne n'avait voulu entendre pendant la visite à douze.

Il est arrivé qu'un médecin vienne me voir et me dise : « J'ai vu ce que tu as écrit dans le dossier. Effectivement, personne ne s'était posé la question avant. » Une trace écrite n'est pas aussi spectaculaire qu'une parole, mais parfois, elle finit par trouver le regard qui va se pencher sur elle.

Écrire, c'est important quand on (se) pose des questions : ça permet d'abord de les formuler (ne serait-ce que pour les reformuler plus tard) avant qu'elles s'envolent. Ça permet aussi de partager ses interrogations même s'il n'y a personne pour les entendre à ce moment-là. Les écrits restent. Et ils restent aussi pour soi : on oublie aisément ce qu'on a pensé ; quand on l'a écrit, on peut le retrouver. Ce qu'on a pensé était peut-être sans importance, peut-être essentiel mais, dans un cas comme dans l'autre, on ne peut le savoir que si on en a laissé une trace.

Écrire fait du bien, ce n'est pas qu'une vue de l'esprit.

Les effets bénéfiques de l'écriture sur le moral – en particulier celui des personnes ayant subi des traumatismes, mais aussi souffrant de maladies terminales – ont été documentés par des psychologues américains, Pennebaker⁷ et Smyth⁸.

7 PENNEBAKER, James W., 1997. "Writing about emotional experiences as a therapeutic process", *Psychological Science*, 8(3), p. 162- 166.

8 SMYTH, Joshua, LEPORE, Stephen J., 2002. *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being*, Washington, D.C., American

Évidemment, tout le monde ne tire pas des bénéfices de l'écriture. Pour écrire, il faut, déjà, avoir une relation non conflictuelle à l'écriture : je veux dire qu'il faut ne pas avoir été *dissuadé* d'écrire ni s'être fait asséner que ce qu'on écrit n'a aucune valeur, puisque, de toute manière, on ne sera ni Proust ni Flaubert – comme si c'était ça l'objectif !

Pour oser écrire, il faut ne pas avoir été traumatisé par des enseignantes qui accordent plus de place à l'orthographe ou au « style » qu'au contenu. Or, l'orthographe et le style n'ont aucune importance dans l'écriture. Ce qui compte c'est ce que *transmet* l'écriture – comme la parole – de la personne qui écrit. Encore faut-il le lire sans passer ce qui est écrit au crible de filtres qui servent, avant tout, à sélectionner qui parle ou écrit « bien » et qui parle ou écrit « mal ». Ces filtres sont des critères de classe, et rien d'autre. Ils « expliquent » qu'on puisse aujourd'hui qualifier L.-F. Céline ou Michel Houellebecq d'« auteurs de talent » *malgré* le contenu hautement discutabile de leurs livres. Ce sont ces mêmes critères élitistes qui ont permis aux classes dominantes de minimiser ou de passer sous silence, pendant des siècles, presque toute la littérature écrite par des femmes. (Eh oui, écrire c'est politique!!!)

L'un des principaux obstacles aux effets soignants de l'écriture (et je dis bien « soignants », et non thérapeutiques, j'y reviendrai), c'est le préjugé selon lequel il y a des personnes qui « savent » écrire et d'autres non.

Mais écrire, ça s'apprend, ça s'entraîne, ça se cultive, exactement comme la photographie, la pratique du chant ou d'un instrument, la natation ou la course à pied, le dessin, la mécanique, le bowling... ou la confection d'un plâtre de jambe. Bref, ça se *travaille*. Et comme c'est un travail, il faut aimer travailler à ça. Si on n'aime pas travailler à écrire, il ne

faut pas s'y éreinter. Il y a d'autres formes d'expression tout aussi respectables, qui font du bien à celles qui les pratiquent et à celles qui les apprécient.

Écrire, ça soigne l'ignorance et ça organise la pensée

On apprend à parler en écoutant les autres et en reproduisant des sons, puis en assemblant des mots et en composant des phrases. Plus on écoute, plus on parle. Plus on parle, plus on sait parler.

Pour apprendre à écrire, il est utile de lire beaucoup. Ça tombe sous le sens : on apprend à écrire en regardant les autres écrire – en les lisant. Mais la lecture a une autre vertu : elle nous apprend beaucoup plus de choses que la parole. D'abord parce qu'on apprend beaucoup plus de choses en lisant un texte qu'en écoutant une seule personne. C'est une question de densité d'informations. La parole est un outil merveilleux, mais la quantité d'informations qu'on peut livrer en parlant est limitée. De plus, ce qui nous est transmis par la parole est linéaire, on ne peut pas habituellement revenir au début ou au milieu. Tandis qu'on peut relire un texte, voire le parcourir de manière discontinue, très rapidement et autant de fois qu'on le veut.

De sorte que lorsqu'on lit beaucoup (je veux dire « beaucoup de pages » et « beaucoup de personnes qui écrivent »), non seulement on apprend à écrire de diverses manières mais aussi on accumule une flopée d'informations dont on va pouvoir se servir par la suite, dans la vie comme dans l'écrit.

Quand j'ai commencé à exercer la médecine générale, je me suis joint à la rédaction d'une revue médicale, *La Revue Prescrire*.

Je m'y suis éduqué à la médecine, et on soigne mieux quand on est moins ignorant : on est moins anxieux, on prend moins les vessies pour des lanternes, on se débarrasse de tas

de préjugés – et donc, de tas de peurs qui nous empêchent d'avancer. Mais j'y ai aussi appris à écrire, tous les jours, beaucoup, sous beaucoup de formes. À lire des textes et à les résumer et donc à les transmettre. À écrire des textes de toutes les longueurs, de la note de lecture de cinq lignes au dossier de quinze pages. À transcrire des expériences vécues. Quand je voulais parler d'une de mes patientes et de ce qu'elle m'avait appris, j'écrivais une vignette d'un feuillet. J'en ai écrit souvent. Et les textes courts, quand on les met bout à bout, ça en fait des longs.

Écrire, ça aide à soigner.

En même temps que j'écrivais pour *Prescrire*, je rédigeais des feuillets d'information pour les personnes qui venaient consulter à mon cabinet de campagne. Des feuillets qu'on tapait et qu'on photocopiait, ma secrétaire et moi, en vingt ou trente exemplaires et qui disparaissaient très vite – tout le monde avait envie d'avoir une fiche disant quoi faire en cas de fièvre chez un bébé ou de traumatisme crânien chez les personnes de tous les âges. Alors on en photocopiait d'autres.

Ce sont ces fiches qui m'ont montré qu'écrire ça soigne.

Et je reviens à la distinction entre le soin et la thérapeutique (ou le traitement).

Soigner n'est pas traiter, ni inversement.

Traiter, c'est prescrire ou appliquer un traitement spécifique : par exemple donner un antalgique pour une douleur, un antibiotique pour une pneumonie bactérienne, un antihypertenseur pour... une hypertension.

Soigner, c'est autre chose. Soigner, je l'ai toujours senti intuitivement, depuis toujours, et je ne l'ai formulé ainsi que depuis quelques années, c'est faire en sorte que la personne qui souffre (quelle que soit la cause de sa souffrance) se sente

mieux ou moins mal *après* que vous lui avez dispensé des soins.

Soigner, ce n'est pas un geste ou une méthode, c'est une *attitude*, guidée par plusieurs principes simples, qui sont superposables à ceux de l'éthique clinique :

1° être bienveillante et bienfaitante – c'est-à-dire vouloir le bien des autres et leur faire du bien – tout en respectant *leur* définition du bien, sans leur imposer la nôtre,

2° ne pas nuire – ce qui veut dire entre autres ne pas mentir, ne pas tromper, ne pas maltraiter, ne pas exploiter, ne pas user de son statut de soignante pour faire pression, ne pas menacer...

3° avoir pour objectif que la personne à qui on délivre des soins n'ait plus besoin de nous – autrement dit : ne pas l'enchaîner.

Il n'est pas nécessaire d'être un humain pour soigner. Les éthologues ont montré que tous les mammifères et un certain nombre d'animaux qui ne sont pas des mammifères (pensez aux oiseaux, en particulier) soignent – leur partenaire de reproduction, leurs rejetons en particulier. Mais allez donc vous abonner au compte de « The Dodo » sur Instagram. Vous y verrez des animaux de toutes sortes soigner ou être soignés par des animaux d'autres espèces.

Et l'une des constatations que font les éthologues, en particulier les primatologues, c'est que lorsqu'un chimpanzé va consoler un de ses congénères mâles après qu'il s'est fait rosser, ou une femelle qui hurle parce que son petit est mort, ça ne fait pas seulement du bien à celui ou celle qu'on console. Ça fait aussi du bien à celle ou celui qui console.

Pour soigner, il n'est même pas nécessaire d'être *physiquement* présent. Nous en avons tous et toutes fait l'expérience : le *souvenir* d'une soignante et de ses soins nous guide et nous fait du bien.

C'est une des raisons pour lesquelles l'écrit peut être une manière de soigner extrêmement puissante.

J'ai pu constater les effets soignants de l'écrit à travers deux formes.
Je suis convaincu que ce ne sont pas les seules mais ce sont celles que je connais le mieux, et dont je peux vous parler sans dire trop de bêtises.

La première forme est le partage du savoir.

Pour soigner en partageant le savoir par écrit, il me semble important de :

- dire la vérité et, quand on ne la connaît pas, dire qu'on ne la connaît pas. Mais dire aussi tout ce qu'on sait, sans cacher ni mentir ni travestir la réalité ;
- être scrupuleusement fidèle aux connaissances scientifiques et se retenir de faire passer ses propres hypothèses pour des réalités avérées ;
- écrire sans jargonner, dans un langage accessible à toutes, sans jamais présumer que la lectrice sait de quoi on parle, mais sans la traiter de haut. Ni, surtout, comme une enfant ;
- transmettre un savoir utile. Utile pour comprendre, utile pour faire, utile pour se libérer.

Tout cela, on peut le faire par écrit, même avec des notions complexes. J'ai co-écrit un livre sur la douleur dont c'était exactement le but. Il a fallu, d'abord, que je comprenne ce qu'était la douleur pour ensuite l'expliquer. Alors, j'ai posé à mon co-auteur, qui connaissait ça bien mieux que moi, les réponses aux questions que se poseraient les lectrices en ouvrant le livre. Nous avons mis en commun son savoir sur la douleur et mon savoir-faire d'écrivante au service des lectrices. Les livres qui partagent le savoir sont souvent bien meilleurs quand ils sont écrits à plusieurs.

La deuxième forme de soin par l'écrit consiste à partager des expériences – les siennes et celles qu'on a reçues des autres.

Les textes autobiographiques, les journaux intimes ont une valeur inestimable. Mais pour les écrire, il faut avoir vécu. On ne peut pas tout vivre, mais on peut avoir envie de transmettre tout de même une expérience qui nous a touchées, émues, changées.

Et pour cela, la forme la plus efficace (et je tiens au mot « efficace »), c'est la fiction. C'est une activité très différente, mais ça s'apprend aussi. Par rapport au texte autobiographique, la fiction conduit à prendre du recul. Ça peut être important quand ce qu'on veut transmettre est encore à vif.

L'un des exercices que je donne le plus souvent en atelier d'écriture est tout simplement : « Votre plus beau souvenir d'enfance raconté par quelqu'un d'autre ». Chaque fois que je le propose, les écrivantes de l'atelier produisent des textes épatants – drôles ou émouvants, et parfois drôles et émouvants.

Je me suis personnellement rendu compte de l'efficacité de la fiction après avoir publié un roman intitulé *La Maladie de Sachs* et, dix ans plus tard, un autre roman intitulé *Le Chœur des femmes*. Le premier se déroule à la campagne. Le second dans un hôpital. Dans le premier, ce sont les patientes et les patients qui racontent. Dans le second, c'est une jeune femme médecin et les patientes qu'elle apprend à écouter. Le lieu et les voix n'avaient pas d'importance (ni le « style », qui avait probablement changé en dix ans). C'étaient les histoires qui comptaient.

Ces deux livres soignants ont eu un très gros impact, mesuré non seulement au nombre d'exemplaires qu'il s'en est vendus, mais aussi, et surtout, par le nombre de messages de lectrices que je reçois. *Le Chœur des femmes* a été publié en 2009

et depuis 13 ans bientôt, je reçois des messages de lectrices tous les jours.

Tous. Les. Jours.

Des courriels, des messages par les réseaux sociaux et même, de temps à autre, une lettre manuscrite ou un livre. (Merci encore, les réseaux sociaux et l'internet.)

Ce n'est pas moi qui dis que *La Maladie de Sachs* et *Le Chœur des femmes* sont des romans qui soignent. Ce sont les femmes (et quelques hommes aussi) qui m'écrivent. Elles disent se sentir mieux après les avoir lus. Elles disent se sentir « plus elles-mêmes ». Elles s'y retrouvent comme dans elles se retrouvent dans des textes autobiographiques.

Il y a une grande différence entre les livres de partage du savoir d'une part et, d'autre part, les textes autobiographiques et les fictions. Les livres de partage du savoir ont besoin d'être révisés ou réécrits régulièrement. Les textes autobiographiques et les fictions beaucoup moins souvent, voire jamais. Vous le savez bien : on lit encore couramment des romans et des journaux qui datent du dix-neuvième siècle et même avant. On ne lit plus les traités de médecine de la même époque, sinon dans le cadre de recherches historiques.

Mais les romans, les contes, les nouvelles et les textes autobiographiques parlent de l'expérience humaine, qui ne change pas beaucoup avec les époques. Les émotions sont les mêmes depuis qu'on les a décrites dans *L'épopée de Gilgamesh*, *La Bible*, *L'Odyssée* ou *le Mahabharata*. Elles font partie de nous. Et c'est cela, au fond, que la fiction transmet : une expérience émotionnelle.

Écrire pour transmettre des informations, c'est soigner les autres en leur donnant accès à des outils. Quand j'écris des livres pratiques comme *Contraceptions mode d'emploi* ou, plus récemment, *C'est mon corps!*, mon objectif premier est de fournir aux lectrices des outils qui leur permettent de prendre

des décisions sans avoir besoin de poser des questions aux médecins. Quand j'écris *Ateliers d'écriture*, mon objectif premier est de fournir aux écrivantes des outils qui les aident à écrire sans avoir besoin de poser des questions aux écrivains.

Écrire en transmettant des expériences émotionnelles et sensibles permet de soigner les autres en leur disant : « Vos émotions sont respectables, elles sont audibles, elles sont dicibles, vous avez le droit non seulement de les éprouver sans en avoir honte, vous avez aussi le droit de les revendiquer. »

On peut donc, je crois, affirmer que l'écriture soigne lorsque le texte qu'elle produit nous allège, nous console, nous libère un peu ou beaucoup ou complètement de ce qui nous enchaîne : la solitude, la peur, le sentiment d'indignité, la colère, le chagrin.

On n'a pas besoin d'écrire pour (se) soigner, et on n'a pas besoin de soigner pour écrire.

Mais quand on a la chance de faire l'un et l'autre, c'est vachement bien.

Pour celle ou celui qui écrit, et souvent pour celles ou ceux qui les lisent.

Écrire pour soigner, c'est *bon*.

Dans tous les sens du terme.

***Le Lambeau* de Philippe Lançon, naissance du patient écrivain**

Nicole BIAGIOLI

Reconnaissant que *Le Lambeau* était « un grand livre de littérature », Bernard Pivot a toutefois justifié son refus par le jury du Goncourt 2018 en disant que « ce roman n'était pas une œuvre d'imagination¹ ». Parmi les nombreux prix qui ont couronné l'ouvrage, le prix Jean Bernard de l'Académie Nationale de médecine se distingue parce qu'il récompense « l'œuvre d'un écrivain qui illustre le lien entre médecine et littérature² ».

Cette œuvre met aussi l'accent sur deux aspects des rapports actuels de la médecine et de la littérature. L'un, factuel, résulte du récent « tournant esthétique-éthique » (Gefen, 2017, p. 12) pris par la littérature qui contraste avec

1 Prix Femina :Philippe Lançon couronné pour *Le Lambeau*, Le Parisien

2 <https://www.academie-medecine.fr/le-lambeau-philippe-lancon-prix-jean-bernard-2018>

son autotélisme à la fin du xx^e siècle. L'autre, structurel, est l'opposition fermeture/ouverture qui distingue aussi bien les littératures lettrée et populaire que les médecines du *cure* et du *care*. Le patient-écrivain pourrait bien être la nouvelle figure de l'interdisciplinarité entre médecine et littérature. Pendant du médecin-poète du siècle précédent (Augais, Diaz, 2019, p. 3), il témoigne d'une médecine qui renoue avec sa tradition humaniste après les bouleversements techniques qui ont démultiplié ses pouvoirs souvent au prix de la déshumanisation du patient. Nous faisons son portrait en quatre étapes : sa place dans la littérature d'attentat, son acculturation à l'hôpital, celle de l'hôpital à son univers culturel, le rôle de la citation comme clé de sa relation avec son lectorat.

La littérature d'attentat

L'attentat du 15 janvier 2015 constitue le bouleversement du schéma narratif du *Lambeau*. C'est aussi comme tout attentat le lanceur d'une controverse discursive. Truc, Le Bart et Née (2018, p. 9) commencent leur article sur *L'attentat comme objet de discours* par une citation du *Lambeau* : « Je ne supporte pas plus les discours antimusulmans que les discours promusulmans. Le problème, ce ne sont pas les musulmans, ce sont les discours³ ». Mais c'est pour rappeler qu'« Un attentat qui ne fait pas parler de lui [...] c'est un fait divers », ce que confirme Lançon lui-même, car, s'il fait davantage confiance au récit qu'au discours pour surmonter son trauma victimaire, il reste un journaliste. Il critique la presse qui a lâché *Charlie*, « ce petit journal qui ne faisait de mal à personne » (*L.* p. 121) et vitupère les terroristes, « les censeurs les plus efficaces, ceux qui liquident tout sans avoir rien lu » (*L.* p. 88). La principale cause de sa colère est le décalage causé par l'attentat entre ses convictions humanistes

3 *Le Lambeau*. (désormais *L.*) p. 288.

et ses émotions. *Allah Akbar*, « ce cri, écho dément d'une prière rituelle » (*L.* p. 78) lui fait rejeter toute explication, notamment celle des humiliations infligées par la société dont se vengeraient les terroristes (*L.* p. 283).

Refusant de « faire à l'horreur vécue l'hommage d'une colère ou d'une mélancolie » (*L.* p. 121), il opte pour un dandysme de circonstance. S'il affirme à François Hollande « n'avoir aucun ressentiment envers les tueurs et ne pas les relier aux musulmans », ce dont le Président le félicite (*L.* p. 259), lorsqu'il rapporte l'entretien, il prend ses distances avec « [s]a période politiquement correcte » (*ibid.*) en dévoilant son mobile égoïste : préserver son « petit Golgotha hospitalier » (*ibid.*) des remous extérieurs pour ne pas compromettre sa guérison.

Pourtant, comme Riss, victime du même attentat, il tente de le décrire et comme lui s'aperçoit que c'est impossible. Riss se plaint de manquer de mots pour le décrire (2019, p. 9), Lançon de ne pas pouvoir se le représenter (*L.*, p. 82). Chacun à sa façon témoigne de l'injonction paradoxale à laquelle est soumis le récit du survivant : témoigner, et pour cela, trahir.

Paradoxalement, la violence extrême favorise la communication directe : « l'attentat a pesé sur nous avec une telle puissance qu'il n'y a jamais eu besoin, dans les mois suivants de commentaires ni d'explications » (*L.* p. 118). Soignants, famille et proches tissent autour de Lançon un cocon protecteur. Il consacre ses efforts à lutter contre la douleur et à reprendre le cours de ses chroniques. Ni Riss, blessé à l'épaule droite, ni Fabrice Nicolino atteint à la hanche, à l'épaule et aux deux jambes, dont une très gravement, n'ont fait ce choix. Le récit de l'un et le blog de l'autre attestent leur participation aux polémiques post-attentats, visant les intégristes musulmans et les adeptes d'une laïcité apaisée. Le choix de Lançon s'explique par son passé et son profil professionnel. Entrés dans le journalisme par le militantisme, Riss et Nicolino ont été et restent politiquement très engagés.

Journaliste de formation et grand reporter, Lançon a une vision du métier plus œcuménique que renforce son autre spécialité : le journalisme culturel. En outre sa blessure affecte profondément son identité. Sa chirurgienne l'atteste : « Pour être reconnu comme un être humain, il faut avoir quelque chose qui ressemble à une bouche, à un nez, à des yeux⁴ ».

Ces particularités expliquent la façon dont il représente les émotions. Constatant l'omniprésence des émotions dans les discours post-attentats, Truc et al. (op. cit. p. 12) les jugent « à la fois “émotionnés” et émouvants, chargés d'émotions et, pour certains, visant à jouer sur les émotions des personnes auxquelles ils sont adressés ».

Lançon traduit le « Aaaaaah » d'Elsa Cayat à l'irruption des meurtriers par : « Mais qu'est-ce que c'est que ces connaaaaaards?! ». Il y décèle, avec la rage et l'effroi, une liberté qu'il ressent intensément : « Peut-être est-ce le seul instant de ma vie où ce mot, liberté, a été plus qu'un mot : une sensation » (L. p. 75). Puis il perd toute capacité émotionnelle, coupé du réel : « C'était comme un rêve », Il (L. p. 125), clivé : « J'étais dans un autre monde tout en étant dans celui-ci » (L. p. 103). Il voit le désespoir dans les yeux de ceux qui l'approchent, mais n'en comprend la cause que lorsqu'il aperçoit son visage reflété par l'écran de son portable. Il se tourne alors vers l'écriture, non pour faire partager son interprétation des événements, mais pour communiquer, puisqu'il ne peut plus parler.

Devenir patient

« Les malades se plaignent que leurs médecins ne les écoutent pas ou semblent indifférents à leurs souffrances » (Charon, 2015, p. 29). Charon qui a reçu une double formation

4 FAVEREAU, Eric, 2019. « Portrait. Chloé Bertolus, à visage humain », *Libération*, 5 février 2019, (en ligne : https://www.liberation.fr/france/2019/02/05/chloe-bertolus-a-visage-humain_1707534)

littéraire et médicale pense que la lecture-écriture littéraire peut y remédier. *Le Lambeau* est littéraire au sens où il ne se limite pas aux faits qu'il décrit et forme le lecteur à ce qu'elle appelle « la lecture attentive ». Il satisfait aux cinq points de convergence entre la pratique médicale et la narration : 1) gestion de la temporalité (Charon, 2015, p. 85) ; 2) prise en compte de la singularité (*ibid.* p. 91) ; 3) utilisation des causalités et des contingences comme ressorts narratifs (*ibid.* p. 96) ; 4) mise en scène de l'intersubjectivité (*ibid.* p. 101) ; 5) ménagement de règles éthiques garantissant les droits de la personne privée dans les échanges professionnels (*ibid.* p. 108). C'est donc aussi un manuel de bonnes pratiques de la communication médicale.

Toute migration commence par un départ. Lançon passe du monde des bien portants à celui des malades en deux temps, son transport à l'hôpital et, le lendemain, la prise de conscience de sa nouvelle situation : « Je devenais ce que je voyais et ce que je voyais me faisait disparaître » (*L.* p. 116). Ce qu'il voit est une chambre dans laquelle il va s'installer avec quelques objets personnels, livres, disques, cassettes, à l'instar de Robinson Crusoé⁵ bâtissant sa demeure avec les débris arrachés au naufrage de son navire.

La première étape de l'acculturation du migrant est l'intégration linguistique. Lançon s'aperçoit que la barrière linguistique entre langue courante et jargon médical est aussi infranchissable que celle qui sépare la langue maternelle des langues étrangères. Il y prépare le lecteur en recopiant en quatrième de couverture des définitions du mot-titre extraites

5 L'ouvrage de Defoe est cité quatre fois : p. 93 : « je devais faire un tri, impossible, mais indispensable, comme le fait Robinson Crusoé avec les vestiges de son navire » ; p. 110 : « Je me suis demandé si j'allais vers le nord ou vers le sud, si je traversais la Seine. Le navire de Robinson est anonyme et aucun nom d'hôpital ne m'est venu à l'esprit » ; p. 412 : « la cale magique du navire échoué de Robinson » ; p. 502 : « j'aurais préféré avoir sept ans et jouer ici à Robinson Crusoé ».

du *Trésor de la Langue française* qui montrent le passage du sens propre « morceau d'étoffe » au sens médical. Comme toute langue, la langue médicale est indissociable de sa culture. De nombreux rituels rythment la vie du patient : toilette, soins, visites du chirurgien. D'autres, comme l'usage du pseudo exigé aux Invalides, sont propres à un établissement. Le plus déroutant est la publicité à laquelle l'hôpital soumet les actes les plus intimes. Lançon la dénonce avec humour en se peignant en Louis XIV : « Je devais chier sur le trône et pisser sur le pistolet avec le maximum de dignité, d'humour, de courtoisie et d'attention » (*L.* p. 320). Qui dit rites culturels dit aussi rites conversationnels, autour des veines qui se déroberent, des greffes qui ne prennent pas, de la sortie prochaine.

L'acculturant domine l'acculturé qui accepte sa disqualification ou s'y oppose en gardant un lien avec sa culture d'origine. Cette acculturation antagoniste (Demorgon, 2005, p. 58-59) provoque la création d'un entre-deux culturel (*ibid.*, p. 66) qui ménage l'identité des cultures concernées. Lançon s'appuie sur sa culture, familiale lorsqu'il se remémore une grand-mère défigurée par un accident de la route, littéraire lorsqu'il compare l'usage du pseudonyme aux Invalides à l'hétéronymie littéraire de Pessoa (*L.* p. 410).

Son capital culturel lui tient lieu d'analgésique : *Art de la fugue* de Bach diffusé durant les interventions (*L.* p. 265, 320), d'exercice de concentration : dernière strophe du *Voyage* de Baudelaire récitée mentalement en boucle pour réguler sa respiration (*L.* p. 341) et de talisman : *Lettres à Milena* cachées sous le drap du chariot avant d'entrer au bloc (*L.* p. 200). Il a conscience que sa situation de patient limite de façon drastique son périmètre culturel. Mais voici qu'un nouveau champ d'expérience apparaît : « *j'avais ici des choses à apprendre et à vivre* que je n'aurai pu connaître ailleurs » (*L.* p. 344), et réintroduit l'écriture – la vraie, pas le substitut de l'oral – dans sa vie : « Écrire sur mon propre cas était la meilleure façon de le comprendre, de l'assimiler, mais aussi de penser à autre

chose » (*L.* p. 365). Il l'aborde en professionnel qui sait qu'elle n'est pas qu'un défouloir, mais aussi en patient expert qui connaît son corps. Il dira plus tard : « L'acte d'écrire permet, par la concentration qu'il exige, d'échapper à son propre corps, voire à sa douleur, si elle n'est pas trop forte⁶ ».

Un tel objectif n'eût pas été envisageable s'il n'avait été informé et formé par sa chirurgienne et les autres soignants. Sans maîtriser les savoirs médicaux, le patient expert a « la connaissance des gestes et des procédures [...] ». Il vit dans le soupçon et la vérification des négligences » (*L.* p. 207). Il peut aussi collaborer au processus de guérison en alertant les soignants sur les dysfonctionnements et en facilitant leurs gestes. Toutefois le principal apport de Lançon à sa guérison reste son projet d'écriture. Il donne à sa formation médicale un but moins égocentrique et équilibre sa relation avec sa chirurgienne : « À elle l'action ; à moi le récit » (*L.* p. 241-242).

Médiateur culturel en terre médicale

Qu'apporte à la médecine ce patient « pas ordinaire » (*L.* p. 177)? La première des préconisations de Demorgon (2005, p. 194) pour gérer l'interculturalité (ici entre la culture médicale et celle du patient néophyte) est de ne pas ériger ces cultures en principes transcendants. L'équilibre des rapports culturels passe par « l'intérité adaptative antagoniste » (*ibid.*, p. 49-51), forme d'opposition qui permet aux partenaires culturels de se situer les uns par rapport aux autres, l'intérité étant la différence ressentie par le sujet. Représentante de la culture médicale dominante, Chloé, la chirurgienne, ouvre le dialogue en tentant d'amadouer le représentant de la culture dominée : Lançon, le patient, qui n'est pas dupe : « Dans sa thèse, elle avait cité une pièce de Sophocle, *Ajax*. Elle s'en

6 Extrait d'interview mené par Christine Desmarez, rapporté sur le site de la Société Belge de Psychanalyse : <https://www.psychanalyse.be/ressource/le-lambeau/>.

souvint au moment opportun et me cita en consultation un vers qu'elle n'avait pas oublié » (*L.* p. 168). La traduction de Chloé : « un bon médecin ne récite pas de formules magiques au-dessus d'un mal qui appelle le fer », fait écho à la réflexion immédiatement précédente du narrateur sur le privilège des soignants qui « répondent à la destruction par des gestes précis, destinés à réparer, comme des automates doués de raison ». Le but de Chloé est d'ébranler le stéréotype négatif qui pèse sur sa profession. Plus loin (*L.* p. 226), le narrateur dévoile le sien : « J'aimais l'attirer sur le terrain littéraire, le seul où je pouvais ne pas me sentir dépendant et dominé ». Ces passes d'armes aboutissent à un rite régulateur : « Quand elle entrait, je lui tendais une liste de questions écrites, portant aussi bien sur mon destin chirurgical que sur un point de littérature ou de musique » (*L.* p. 241).

Pour les autres soignants, l'évolution est identique mais plus lente. Ada, une jeune infirmière, mettra du temps à avouer que « Bach l'ennuyait, comme toute la musique classique » (*L.* p. 266). Demorgon (*op. cit.*, p. 195) estime d'ailleurs que « l'apprentissage interculturel ne doit pas être compris comme une nécessité de se soumettre à l'autre par gentillesse ou par politesse ».

Sa deuxième recommandation (*op. cit.*, p. 194) concerne le respect de la dimension humaine de la culture : « Si les cultures sont aussi des codes, elles sont avant tout des réponses des êtres humains aux problèmes qu'ils rencontrent ». L'exploration du capital culturel des soignants montre qu'il est conditionné par leur lutte contre la maladie et la souffrance et par la fatigue physique et morale qui en résulte. Bill, un brancardier, a affiché sur son casier l'avertissement de Dante : « Vous qui entrez ici, quittez toute espérance. » (*L.* p. 193). Ceux qui pratiquent un art arrêtent faute de temps. Chloé a abandonné le violoncelle (*L.* p. 226). Annie, la Castafiore, qui rêvait d'être cantatrice, ne chante plus (*L.* p. 195). Hervé, aide-soignant, aux claviers d'un orchestre de funk pendant

10 ans, ne joue plus (L. p. 388-89). Interrogé par Lançon sur l'impact des souffrances des patients sur son imagination, un jeune chirurgien répond : « à force d'être esclave et épuisé, on n'a plus d'imagination » (L. p. 448). Pourtant le docteur Mendelssohn continue le violon (L. p. 345). Denise, la kiné, répète *Les Poissons rouges* d'Anouilh (L. p. 497) et a inventé une technique de rééducation des muscles du visage issue de l'entraînement du comédien.

Ces échanges renseignent sur « l'interculturalité factuelle » (Demorgon, *op. cit.*, p. 157) antérieure à l'arrivée de Lançon. Les initiatives qu'il prend pour la renforcer ou la modifier relèvent de « l'interculturalité volontaire » et correspondent à la troisième préconisation de Demorgon : « produire ensemble de nouvelles réponses culturelles » (*op. cit.*, p. 195). Elles reflètent son habitus professionnel. Chaque mardi, il distribue des exemplaires de *Charlie* apportés par un coursier (L., p. 366-67). Il offre des livres, surtout à Chloé (*Le Rire* de Bergson, p. 229, les œuvres de Chandler, p. 376) sans savoir si elle les lit vraiment. Il rapporte d'une exposition au musée Guimet une carte postale qui représente Guan Hin, la déesse aux mille bras, et la dédicace aux infirmières avec un humoristique : « plus besoin de se faire chier pour trouver la veine » (L. p. 306). Hossein lui offre un recueil de poèmes persans. Ils se prêtent des disques.

Les échanges établissent la familiarité, le partage l'intimité. Les représentants des deux cultures vivent ensemble la même expérience. Visitant l'exposition Velasquez avec Chloé, Lançon découvre que le diagnostic peut être interdisciplinaire : « L'œil du chirurgien rejoignait l'œil du peintre pour l'inventaire des maladies humaines » (L. p. 428). Une jeune infirmière de nuit, Marion, regarde un moment avec lui *Pierrot le fou* (L. p. 456). Sensible aux couleurs du film, elle lui en fait redécouvrir l'esthétique. Son militantisme culturel culmine avec la prestation, en présence de Hossein, le chirurgien de garde, et d'infirmières, de Gabriel, un ami

violoncelliste qui joue la *Chaconne* de Bach dans sa chambre en étalant la partition sur le lit (L. p. 300).

Il propose aux infirmières et aux aides-soignantes de collaborer à sa chronique sur l'exposition *Poussin* (L. p. 456). Il pose le catalogue sur son lit et leur demande de dire quel tableau elles préfèrent et pourquoi. Il découvre le pouvoir réparateur de l'art qui combine partage et mise à distance lorsqu'une infirmière, après s'être arrêtée sur *la Fuite en Égypte*, lui confie qu'elle a perdu un enfant de mort subite sept ans plus tôt.

Dérangeantes au propre comme au figuré, ces initiatives vont précipiter l'évacuation du trublion. La dernière préconisation de Demorgon (*op. cit.*, p. 195) est d'ailleurs un appel « à découvrir combien profonds, intéressés voire violents, peuvent être les choix culturels ». Trois points de vue s'affrontent. Pour l'institution représentée par le docteur S. : « il faut vivre et penser à la suite ». Pour Lançon : « Malgré la bonne volonté de ceux qui y travaillent, [ces institutions] ont plutôt envie de se débarrasser [du patient] le plus vite possible » (L. p. 458-59). Pour Chloé, le gain que la médecine et la littérature ont tiré de leur rencontre risque de se dissiper si on la prolonge : « Ce n'est jamais arrivé ici, dans ce service, ce mélange de tendresse et de folie que vous inspirez, et c'est pourquoi vous allez devoir partir » (L. p. 394). Grâce au livre de Lançon, cette parenthèse esthétique dans la vie médicale ne restera pas lettre morte.

Poétique de la citation

Substantivé, l'adjectif « poétique » marque le passage d'une conception classificatoire de la littérature, dont la poésie est un des genres, à une conception fonctionnelle de la littérature comme productrice de littéarité, c'est-à-dire de signaux qui dirigent l'attention du lecteur sur la forme du message. L'argument de Pivot selon lequel le jury du Goncourt

avait refusé *Le Lambeau* parce qu'il n'était pas une œuvre d'imagination mais un témoignage renvoie à une conception classificatoire de la littérature. La contre-argumentation de Lançon : « Je n'ai pas imaginé ce que j'ai vécu [...]. Je n'ai rien imaginé de ce que je raconte. Mais j'ai imaginé comment l'écrire et le composer⁷ » renvoie à la littérarité, caractérisée, dans *Le Lambeau*, par une exacerbation de l'intertextualité. Nicolino⁸ n'y voit qu'un trait biographique. La 4^e de couverture prouve cependant que la citation n'est pas (qu') une compulsion de l'auteur mais la clé de lecture de l'œuvre. À la matière près, la définition : « morceau détaché du tout », « arraché volontairement », « segment de parties molles conservé pour recouvrir les parties osseuses et obtenir une cicatrice souple » s'applique aussi à la citation. L'allégorie existe déjà chez Compagnon (1979, p. 32) : « La citation est une chirurgie esthétique où je suis à la fois l'esthète, le chirurgien et le patient ».

Lançon (ré)apprend à parler (*L.* p. 248), bave (*L.* p. 383), son lit est un « berceau » (*L.* p. 440), et son rapport à la citation rappelle le comportement de l'enfant avec l'objet transitionnel que décrit Winnicott (1988, p. 13). Il le choisit mais le malmène, ne veut pas qu'il change sauf s'il le décide, s'en sert pour réguler ses pulsions et calmer ses angoisses, établit grâce à lui le contact entre son intériorité naissante et l'extérieur énigmatique. Ses lectures lui ont servi de doudous avant de devenir des vecteurs de remémoration et des organisateurs textuels.

7 LE FIGARO, 2018. « La lettre émouvante de Philippe Lançon, Prix du RomanNews », *Le Figaro*, (En ligne : <https://www.lefigaro.fr/livres/2018/09/27/03005-20180927ARTFIG00134-la-lettre-emouvante-de-philippe-lancon-prix-du-romannews.php>).

8 « On aimera, ou moins, l'omniprésence entre les pages de tant d'auteurs [...]. Mais après tout, n'est-ce pas de la vie de Philippe Lançon qu'il est question ? », NICOLINO, Fabrice, 2018. « La vie nouvelle de Philippe Lançon », *Charlie Hebdo*, 25 avril 2018.

La constitution du souvenir et sa réactivation impliquent des zones différentes du cerveau. Schaeffer (2020, p. 29) en conclut que « chaque remémoration est un acte de resynthétisation qui, selon le contexte, met en avant des traits différents, créant une mosaïque inédite ». Lançon remonte à son premier roman à partir du prénom d'une infirmière : Pilar, qui était celui de son héroïne (*L.* p. 131-132). Sa mémoire sélectionne les références qui renvoient au présent comme les « lambeaux pleins de sang » du songe d'Athalie (*L.* p. 155), plutôt littéraires (le cinéma lui rappelle trop son corps mutilé). Les personnages vivent avec lui, « dans sa chambre, comme des anges gardiens » (*L.* p. 386). Il discute avec les auteurs, trois surtout : Proust, Kafka et Mann qui ont connu la maladie, conscient que ces trois miroirs sont à la fois « informants et déformants » (*L.* p. 376), et qu'ils l'empêchent d'écrire : « À défaut de trouver des mots suffisamment vierges et fluides, je relisais sans cesse ceux des autres » (*L.* p. 383).

L'entrée dans l'écriture autobiographique dont le « *je* est toujours *aussi* un autre » (Genette, 2004, p. 110) le désinhibe. Il se démarque du modèle proustien : « Je ne vivais ni le temps perdu, ni le temps retrouvé ; je vivais le temps interrompu » (*L.* p. 381). Il explore les règles de l'écriture citationnelle : découpage et collage. Il nuance ses impressions en accumulant les références convergentes (comparaison de son père au capitaine Nemo, à l'acteur Fernando Rey et à un personnage du Greco) (*L.* p. 255), ou divergentes (comparaison de la disposition des victimes de l'attentat à une danse macabre, une guirlande de bonshommes en papier, une descente de croix mise à l'horizontale et *La Danse* de Matisse) (*L.* p. 81-82). Il pratique l'enchaînement digressif comme un tour de magie qui ne dévoile son objet qu'à la fin. Partant d'un sac offert par un ami écrivain, il arrive aux deux romans que celui-ci a consacrés à un poème attribué à Borgès que son père lui a légué mais qu'il n'a pu authentifier. Le premier vers : « Nous sommes déjà l'oubli que nous serons » (*L.* p. 70-72),

emblématise une littérature qui consent à l'oubli de l'auteur pour se renouveler. Or l'oubli présuppose la connaissance, mais laquelle? Difficile de l'évaluer lorsque le partage du capital culturel se fait avec un public inconnu et non des interlocuteurs réels.

Le mot « citation » désigne à la fois le processus qui met en relation deux textes et deux auteurs et son résultat (Compagnon, *op. cit.*, p. 55-57). La réception de la citation dépend des connaissances du récepteur. Les didacticiens des langues-cultures définissent la culture comme « la capacité de faire des différences⁹ ». Ils mesurent le potentiel culturel au nombre et à la finesse des distinctions opérées entre les genres, les auteurs, les œuvres et les personnages, quels qu'ils soient, ce qui exclut toute hiérarchisation entre les pratiques culturelles. Le surnom de « Marquise des Langues » donné par Lançon à une infirmière provient d'*Angélique, marquise des anges*, vieux film à succès. Il se dit fan de *Docteur House* qu'il préfère à *Urgences* (L. p. 193) et s'il nuance sa position : « Mes références instinctives [...] étaient moins du côté d'*Urgences* ou de *Docteur House*, que d'Antoine, le fils médecin des *Thibault* ou des médecins humanistes de Cronin » (L. p. 386), c'est moins une palinodie qu'une marque d'appartenance sociale : les classes sociales favorisées ne se distinguent plus par une pratique culturelle élitiste mais par une flexibilité culturelle qui leur permet d'alterner pratiques lettrées et pratiques populaires.

Lançon, qui en est issu, est conscient que la citation peut être un obstacle culturel. Il réserve les plus détaillées à ses trois alter ego et à des classiques de la philosophie comme Nietzsche dont le texte « Sagesse de la douleur » fait controverse entre lui et son ami Juan (L. p. 298-99). Mais il convoque aussi *Le Petit Prince* (L. p. 175) pour décrire les caprices de sa rose à lui,

9 CUQ, Jean-Pierre (dir), 2003. *Dictionnaire de didactique du français langue étrangère et seconde*, CLE international, p. 63.

Gabriela. De Proust, il cite la phrase du *Contre Sainte-Beuve* : « Un livre est le produit d'un autre moi. » (*L.* p. 444) et les stéréotypes de la *Recherche* : pavés disjoints et madeleine (*L.* p. 143), petite phrase de Vinteuil (*L.* p. 262). Il modernise la *pensée* de Pascal : « tout le malheur des hommes vient d'une seule chose, qui est de ne savoir pas demeurer en repos, dans une chambre » en : « Tout le malheur des hommes vient de ce qu'ils ne savent pas rester au repos dans une chambre » (*L.* p. 133), tait les noms du livre et de l'auteur quand le prénom du personnage s'est lexicalisé : « Certains s'allongeaient sur le gazon comme des Lolitas, le cul en l'air » (p. 419). Il dépeint la culture telle qu'elle est, avec ses traces anonymes et lacunaires qu'il dissimule dans des pastiches non déclarés, de l'évangile : « Lève-toi, imbécile, et tu marcheras ! » (*L.* p. 217), *Je me souviens* de Perceval : « Je me suis souvenu... » (*L.* p. 271), *Mon rêve familier* de Verlaine : « Ce n'était plus tout à fait chez moi, ni tout à fait chez un autre » (*L.* p. 504).

Pour rassurer le lecteur, il alterne vulgarisation et dépréciation, explique pourquoi il s'est rappelé les première et dernière strophes d'Élévation de Baudelaire (*L.* p. 106-107) quand il gisait inerte après l'attentat, et revendique le droit d'employer les mots d'un grand auteur « au sens propre » quand le contexte est différent, empruntant à Flaubert la phrase de *L'Éducation sentimentale* : « Ce fut comme une apparition » (*L.* p. 23), pour décrire sa première rencontre avec Chloé. Il snobe Kafka : « Il arrive un moment où le blessé se sent coupable de ses cicatrices : pas besoin de s'appeler Kafka pour ça » (*L.* p. 462), et fait une scène de ménage à Proust (*L.* p. 380). Cette émancipation débouche sur une poétique de la citation.

Il était logique qu'un univers fracturé entre l'avant et l'après attentat trouve dans la citation un moyen d'expression privilégié. N'est-elle pas ce qui relie le présent de l'écriture à son passé : la culture ? Toutefois c'est moins le temps qui définit la citation – la correction le remonte aussi – que

l'espace : elle vient d'ailleurs. Une fois insérée, elle doit justifier sa présence. Si elle contribue à la cohérence du discours sans l'alourdir, elle est fonctionnelle. Si l'attention du lecteur est plus attirée par elle que par son rôle argumentatif, elle sort de sa fonction conative initiale et bascule dans la fonction poétique, qui « projette le principe d'équivalence de l'axe de la sélection sur l'axe de la combinaison » (Jakobson, 1963, p. 220).

Le premier facteur de poétisation de la citation dans *Le Lambeau* est la saturation. Son omniprésence dissimule une stratégie narrative qui fait éclater l'unité du récit : dédoublement de la fabula entre reconstruction physique et reconstruction psychologique, adjonction de fabulas annexes sur l'évolution des rapports de Lançon avec les œuvres, les auteurs, les textes cités.

Le deuxième facteur est l'autoréflexivité. Elle contrevient à la règle car, si l'autocitation est courante et naturelle à l'oral (cf. Jakobson, *op.cit.*, p. 177), à l'écrit on exige de la citation qu'elle ait une source extérieure (on ne peut être juge et partie), à l'exception du discours scientifique dont la démonstration garantit l'objectivité et qui s'autocite pour la baliser. Pour Dupriez (1984, p. 115) « Dans un texte publié, [l'autocitation] relève de l'autisme et risque de paraître déplacée [...] sauf s'il s'agit de se justifier ». La pratique fréquente de l'autocitation de Lançon se justifie par le besoin de restaurer la continuité du soi traumatisé par l'attentat. Elle n'exclut pas la citation extérieure car elle a besoin d'être corroborée. Il écrit au metteur en scène et à l'amie qui l'accompagnait au théâtre pour retrouver une phrase d'Orsino dans *La nuit des rois* (L. p. 23). Mais il ne cite pas les mails dans lesquels il critiquait l'exposition Velasquez parce qu'elle lui a laissé « la sensation de renaître » (L. p. 427). En revanche, il incruste (L. p. 400-402) le texte intégral de sa chronique pour *Charlie* intitulée « Le yaourt » dans le chapitre 17 : *L'art de la fugue*, titre approprié, le motif du yaourt étant repris dans tout l'ouvrage. Le matin de

l'attentat, il ne s'arrête pas pour s'acheter un yaourt à boire et va directement à *Charlie* (L. p. 48) ; le premier aliment qu'on lui fait manger à l'hôpital est « un yaourt nature, posé sur un petit plateau » (L. p. 399) ; plus tard on lui servira « un repas léger avec un yaourt » (L. p. 439). L'autocitation de la chronique engendre diverses mises en abyme (Dallenbach, 1977, p. 142) : *dédoublement simple* du premier yaourt p. 399 et p. 400-401 dans la chronique citée, *dédoublement à l'infini* esquissé par l'énumération des yaourts mangés, *réduplication aporistique* du yaourt non mangé, qui a décidé du destin du mangeur.

Pour éviter que le second degré ne se fige en posture, Barthes (1975, p. 71) propose de « mettre l'énonciation *en roue libre* ». Le troisième facteur de poétisation de la citation dans *Le Lambeau* est la déconstruction de l'énonciation citationnelle. Lançon réattribue des citations célèbres, celle de Lamartine : « Objets inanimés, avez-vous donc une âme ? » à Baudelaire (L. p. 311), celle de Hugo dans les *Contemplations* : « Chaque homme dans sa nuit s'en va vers la lumière » à Corneille, retouchée en : « [...] chaque homme est dans sa nuit » (L. p. 179). Il insiste sur les défaillances de sa mémoire qui sélectionne (il ne se souvient que de deux vers du *Voyage* de Baudelaire [L. p. 341]), oublie (un de ses poèmes évoque un poème de Mickiewicz qu'il ne se souvient pas d'avoir lu [L. p. 170]), hallucine (la réplique d'Orsino).

À la question *Et si je n'avais pas lu...* Barthes (*op. cit.*, p. 104) répond : « le livre que je n'ai pas lu et qui souvent *m'est dit* avant même que j'aie le temps de le lire [...] existe au même titre que l'autre : il a son intelligibilité, sa mémorabilité, son mode d'action ». Les ratés de la citation servent d'antidote au purisme citationnel.

Du médecin poète au patient écrivain

Le Lambeau présente-t-il assez d'indices d'acceptation de la part du contexte historico-culturel pour que l'on puisse

conclure à l'apparition d'un nouveau type d'interdisciplinarité entre la médecine et la littérature? Oui, si l'on se fie aux récompenses et au succès public (édition folio 2018). Mais ce n'est qu'un indice. La comparaison du contexte des médecins poètes du début xx^e et de celui de Lançon montre deux similitudes. La première est géopolitique : comme le terrorisme international, la Première Guerre mondiale a causé des traumatismes profonds physiques (les *guenles cassées*) et psychiques, des conflits entre pacifistes et revanchards, avec un retentissement sur la médecine et la littérature, qui se sont rejointes sur la nécessité de témoigner de l'expérience vécue et de repenser l'humanisme à l'aune de l'empathie qui s'était développée dans les tranchées et les hôpitaux.

La seconde est interculturelle. Le médecin poète se décline en médecin-poète et poète-médecin, suffisamment formé dans la discipline partenaire pour pouvoir l'aborder sans contresens. Sa conviction que « la clairvoyance du médecin repose sur son expérience comme praticien et sur une formation laissant la part belle à la littérature » (Augais, Diaz, 2019, p. 4) n'a rien à envier à la médecine narrative. *Le Lambeau* atteste la présence dans les hôpitaux actuels de tels soignants bivalents et témoigne de la sensibilité esthétique de nombreux soignants.

Cependant Lançon n'est pas médecin, ni même poète-médecin. Avant l'attentat, il n'était qu'un patient occasionnel. S'il écrit des poésies et a publié un roman, il se définit comme « journaliste culturel » (*L.* p. 280). C'est un médiateur, moins spécialisé qu'un médiateur biculturel, mais ouvert à tous les publics et tous les arts, un généraliste de la littérarité transartiale. En médecine, ses savoirs savants sont de seconde main et ses savoirs d'expérience basés sur l'approvisionnement de sa souffrance qui fait appel à l'usage thérapeutique des arts. En arts, ses savoirs savants sont éclectiques et sociétaux (ses amis appartiennent au milieu artistique), ses savoirs d'expérience sont ceux d'un critique qui sait piquer la curiosité en laissant

le plaisir de la découverte. À l'hôpital, il pratique deux genres littéraires : la chronique qu'il reprend et l'autobiographie qu'il entreprend. En introduisant l'animation culturelle, il décentre soignants et patients du mobile premier de leur rencontre : le soin.

Reprenant le principe de Charon : être à l'écoute de la forme et pas seulement du contenu informatif du récit, Lançon développe une stratégie qui en inverse les conséquences. Il se met à l'écoute des soignants, ce qui rétablit l'équilibre entre soignant et patient et aussi entre soignant décideur et soignant exécutant, et fait de l'hôpital un lieu de médiation culturelle où les arts sont accueillis et pratiqués en symbiose avec le soin. *Le lambeau* propose une posture de patient écrivain appelée à se développer en chaque lecteur, à titre effectif ou préventif.

Bibliographie

AUGAIS, Thomas, DIAZ, Martina, 2019. « Pratique de l'interdisciplinarité en terre médicale », *Elfe XX-XXI*, 8 | 2019, DOI : <https://doi.org/10.4000/elfe.964>

BARTHES, Roland, 1975. *Barthes par Barthes*, Paris, Seuil.

CHARON, Rita, 2015. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, Paris, Sipayat.

COMPAGNON, Antoine, 1979. *La seconde main ou le travail de la citation*, Paris, Seuil.

CUQ, Jean-Pierre (dir), 2003. *Dictionnaire de didactique du français langue étrangère et seconde*, CLE international.

DALLENBACH, Lucien, 1977. *Le récit spéculaire*, Paris, Seuil.

DEMORGON, Jacques, 2005. *Critique de l'interculturel*, ECONOMICA-Anthropos.

DUPRIEZ, Bernard, 1984. *Gradus*. UGE, 10-18.

GEFEN, Alexandre, 2017. *Réparer le monde. La littérature française face au XXI^e siècle*, Paris, Corti

GENETTE, Gérard, 2004. *Métalepse*, Paris, Seuil.

JAKOBSON, Roman, 1963. *Essais de linguistique générale*, Paris, Éditions de minuit.

LANÇON, Philippe, 2018. *Le Lambeau*, Paris, Gallimard.

RISS, 2019. *Une minute et quarante-neuf secondes*, Arles, Actes Sud.

SCHAEFFER, Jean-Marie, 2020. *Les Troubles du récit*, Vincennes, Thierry Marchaisse.

TRUC, Gêrôme, LE BART, Christian, NÉE, Émilie, 2018. « L'attentat comme objet de discours : problématique et enjeux », *Mots. les langages du politique*, 118|2018, p. 9-18; <https://doi.org/10.4000/mots.23683>

WINNICOT, Donald W., 1988. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

**Écrire sur Ta maladie, mon si grand amour.
L'Éclipse de Rezvani**

Sylvie BRODZIAK

*Je pourrais lui dire :
« J'écris L'Éclipse, j'écris sur ta maladie »,
qu'elle ne pourrait pas comprendre.
Rezvani.*

« Le 11 août 1999 à midi et demi, l'éclipse solaire a fait passer une vaste ombre sur l'Europe... pendant qu'au même moment une ombre absolue et définitive s'installait sur ma vie. »

Tel est l'incipit de *L'Éclipse* de Rezvani, récit au genre non identifié, publié en 2003 chez Actes Sud et réédité en 2007 augmenté d'un post-scriptum inédit. Son auteur Serge Rezvani est un artiste aux talents multiples. Poète, romancier, peintre, dramaturge et compositeur de grandes chansons telles que *Le tourbillon de la vie* chantée par Jeanne Moreau dans *Jules et Jim* de Truffaut ou encore *Ma ligne de chance* par Anna

Karina dans *Pierrot le fou* de Godard, il est célèbre pour être l'auteur des *Années Lula*, un roman autobiographique, paru en 1968, qui est, jusqu'à aujourd'hui, l'écriture de l'amour fou, celui que chacun et chacune rêve de vivre. Un amour total, rare, précieux, passionné et indescriptible sauf par celle qui en est l'objet et sait seule le présenter : Nous sommes en 2004, et Rezvani a fini d'écrire *l'Énigme*, comme le note Danièle Adenot, dite Lula, née en 1931 à Brest, dans une de ses lettres de peu de lignes écrite en novembre à San Vio, Italie : « Comment ai-je pu avoir ce bonheur fou de rencontrer ce fou dans sa mansarde voilà bientôt 44 ans qui écrit en ce moment *L'Énigme*¹ ? ».

Par conséquent, lorsque le 11 août 1999 est diagnostiquée chez Lula la maladie d'Alzheimer à un stade avancé, le monde s'effondre :

À la façon de parler du maigre barbu recroquevillé derrière son bureau, j'avais compris que l'état d'éloignement de celle qui occupait ma vie était cliniquement déjà bien avancé, que celle dont l'intelligence et la forme d'esprit avaient passionnément occupé ma vie était perdue... que j'étais donc moi-même perdu... [...] et que plus tard, tout au bout d'une lente dégradation de plusieurs années, je vivrais avec « une morte sans cadavre » – [...] oui, tel serait dans quelque temps l'état de celle qui pendant toute une vie fut mon unique amour, ma complice, celle qui vivait en moi, celle qui guida ma peinture, qui fit jaillir toutes mes chansons et s'épanouir mon écriture, celle que j'ai aimée sexuellement au-delà de toutes limites, oui toi mon si grand amour, ma si grande beauté embellie par tant d'intelligence²!

1 REZVANI, Danièle, 2022. *Les Carnets de Lula*, Paris, les Belles Lettres, p. 231.

2 REZVANI, Serge, 2007. *L'Éclipse*, Arles, Actes Sud, p. 10.

Comme tant d'autres, tant d'anonymes, tant d'entre nous, Rezvani est brisé par la maladie et accompagne jusqu'au bout Lula qui meurt en décembre 2004. En 2003, alors que depuis cinq ans, il vit minute par minute « une lente incarcération³ », il reprend la plume et rédige *L'Éclipse*. Chronique autobiographique douloureuse, ce récit intime est également une profonde réflexion sur l'écriture. Dans un premier mouvement, l'écriture est présentée comme un outil personnel qui permet d'avouer, de reconnaître et de supporter la maladie. Dire et soulager est sa fonction première. À la mi-temps de l'ouvrage, le processus de création dans lequel Rezvani s'enlise devient l'objet central du questionnement. Jetant un regard réflexif sur le texte en train de naître, l'écrivain tente d'établir en quoi la maladie informe son écriture et comment seuls les mots permettent de créer l'espace de la « rencontre des états réciproques et le tragique de leurs continuelles fluctuations⁴. »

« L'écriture sans innocence »

Quand Rezvani commence à écrire *L'Éclipse*, son intention est double. D'une part, narrer dans toute sa cruauté l'expérience de la maladie ; d'autre part, soulager.

Affronter par l'écriture la maladie de cette nouvelle femme qui l'effraie – « cette nouvelle femme qui émerge de la femme tant aimée devenue d'autant plus méconnaissable que tout d'elle est encore là mais *sans elle*⁵ » – est proche de la démarche adoptée par le grand écrivain japonais, prix Nobel de littérature, Kenzaburo Oè, entamée dès *Notes de Hiroshima* pour prouver le pouvoir curateur de l'art. Mais à la différence de Oè qui, pour révéler le handicap de son fils Hikari et

3 *Ibidem, op.cit.*, p. 15.

4 *Ibidem, op.cit.*, p. 164.

5 REZVANI, Serge, 2007. *L'Éclipse*, Arles, Actes Sud, p. 15-16.

apprendre à vivre avec celui-ci, choisit la fiction réparatrice, Rezvani s'obstine dans la littérature du réel, la narration sans fard de l'intime :

Car mon-notre réel est devenu un cauchemar dont je sais qu'il ne porte en lui aucune chance de réveil. [...] C'est déjà de la mort. Et la généreuse promesse d'une « morte sans cadavre » lancée par cette grande neuropsychiatre parisienne, il y a quelques mois, équivalait à une double condamnation dont je me suis décidé à me défendre et à la défendre, même sans espoir, jusqu'au bout, plongé dans ce cauchemar malheureusement éveillé... nommé Alzheimer! Ça y est! Je l'ai donc enfin écrit! ... il s'est écrit! ... ⁶

L'énoncé même de cet aveu, jalonné de points de suspension et finissant par trois victorieux points d'exclamation, exprime la difficulté à révéler la maladie tout en justifiant le choix du genre autobiographique. En effet, contrairement à l'écrivain japonais qui, par la fiction, creuse le puits d'espoir que son fils handicapé mental devenu musicien lui offre, Rezvani est jeté dans le vide par celle qu'il a follement aimée. Lula ne le reconnaît plus et ne peut plus lui proposer un territoire d'imaginaire à arpenter : elle n'est plus là, elle est dans un ailleurs, dans un temps et un espace impartageables qu'il ne peut ni pénétrer ni reconnaître ni prolonger ou développer :

Ce retour vers sa mère, j'avais mis du temps à le comprendre... jusqu'à une certaine nuit où réveillée en pleurs, alors que je la consolais en la berçant contre moi, elle me demanda, me fixant droit au visage : « Tu es ma mère? » – ce qui me bouleversa. Elle avait perdu mon nom... et même le sens de mon sexe! Depuis, je comprends vers qui son esprit s'en va quand je la surprends les yeux perdus, étendue sur le dos, des larmes au bord des cils... et je m'empêche de la pleurer devant elle. Elle n'est plus là mais ailleurs,

⁶ *Ibidem, op.cit.*, p. 17.

elle est très loin de notre temps, réfugiée dans l'innocence des années enfantines où tout était douceur et protection⁷.

Chez la malade, l'impossibilité de reconnaître l'autre envoie le message à une mauvaise adresse et fait du destinataire un récepteur inconnu incapable d'identifier le message et d'y répondre. La conversation ne peut avoir lieu, le destinataire reçoit un message dont il ne sait que faire. Déboussolé face à un destinataire désormais étrange dont il ne perçoit que le visage, errant seul dans un réel qui n'est plus commun, il est contraint à l'introspection et au soliloque. Renvoyé à son identité vulnérabilité et à sa seule responsabilité, comme l'explique Levinas, il ne peut parler que de lui-même tout en choisissant de protéger l'autre. De plus, la perte de la mémoire chez Lula l'empêche d'accomplir le travail de complicité mémorielle. Rezvani se retrouve solitaire immergé dans leur passé et, vivant à deux dans un présent qui l'étouffe sans possibilité de futur. En conséquence, l'autobiographie est le genre littéraire le plus à même de narrer le passé par la recherche des traces et la reconstitution de la mémoire en l'absence d'espérance. L'imparfait, le passé simple, le passé composé et le présent de narration sont les temps de l'autobiographie. Le futur réservé au projet ou au rêve est un intrus, l'enjeu étant de rapporter ce qui fut ou qui est. L'imaginaire entre par effraction, et la fiction devient improbable. Lula qui ne peut se souvenir, qui ne peut plus prononcer le mot arbre pour dire qu'elle le trouve beau, qui sans « l'âme neuronale » n'est qu'une sorte de machine à bouger-dormir-manger⁸ » ne suscite qu'une « répulsive compassion », abîme l'amour et tarit l'imagination de Rezvani. Emmuré dans le présent insupportable, antichambre de la mort, il ne peut inventer un personnage, il décrit ce qu'est Lula, comme le ferait son

7 REZVANI, Serge, 2007. *L'Éclipse*, Arles, Actes Sud, p. 19

8 *Ibidem*, *op.cit.*p.16.

médecin. L'écriture clinique du réel est, pour lui, la soupape susceptible de lui donner des forces non pour lutter contre la mort annoncée mais pour rester et accompagner celle qu'il a « adorée, jusqu'en ses moindres détails physiques et intellectuels, cette femme qui fut [sienne] au point d'être [lui-elle] (...)»⁹ »

Ainsi, « L'écriture sans innocence » de l'agenda a pour première vertu de soulager Rezvani, « quand [dit-il], il me faudrait, seul avec moi-même, absorber l'immense désespoir de cette perte quotidienne d'une femme que j'avais tant adorée¹⁰. » Toutefois, le support sur lequel elle s'épanouit n'était pas destiné à servir de journal intime à l'écrivain. Le grand agenda devait accueillir les exercices quotidiens d'écriture et de signature de Lula afin de retarder sa perte de la graphie. Or Lula ne veut pas faire l'effort de tracer les lettres et Rezvani, « dans une sorte d'exaspération », prend le relais. Ce don maladroit et inconscient de l'écriture manifeste « le refus viscéral de se soigner¹¹ » de Lula et transfère le pouvoir thérapeutique de l'écriture à son amour qui, lui, va en user abondamment pour survivre :

Je veux qu'elle vive, et ne serait-ce que *pour elle*, pour rester en santé morale et physique pour elle, je dois continuer à écrire, à créer ! Tu ne te rends pas compte à quel point je refuse de mourir vivant ! Et pour ne pas mourir vivant, pour continuer à lui apporter de la vie, pour lui insuffler de la vie, je dois continuer plus que jamais à vivre, en plus de sa maladie, ma propre vie, créatrice et intellectuelle¹².

Par conséquent, l'affirmation de la puissance consolatrice, apaisante et thérapeutique de l'écriture doit être explorée chez

9 *Ibidem*, *op.cit.*, p.16.

10 REZVANI, Serge, 2007. *L'Éclipse*, Arles, Actes Sud, p. 23.

11 *Ibidem*, *op.cit.*, p. 26.

12 *Ibidem*, *op.cit.*, p. 97.

l'artiste qu'il est. Toutefois, l'adjectif thérapeutique demeure insuffisant si l'on entend l'écriture comme un moyen de soigner, par l'exposition des sentiments et des réactions, les événements douloureux de la vie, d'épancher et d'adoucir les maux et la souffrance de nos existences. Dès l'entame du récit, Rezvani interroge son désir d'écrire. Il n'est pas exercice de déploration mais nécessité existentielle : « Attention, ces écrits ne sont pas une plainte qu'il me serait nécessaire de communiquer. Non, si j'écris le détail des faits provoqués par cette mystérieuse maladie, c'est par un besoin de *création, de dérivation par la création*¹³. »

L'écriture, un « plaisir » désespéré

Poète et romancier, Rezvani donne, dès les premières pages, une intention esthétique à la tenue de son agenda. Il souhaite poser l'écriture de la maladie en tant que pratique artistique indispensable et jubilatoire :

Analyser par l'écriture mon-notre parcours jette hors de moi de l'obscur, de l'informe, me permet de « créer un objet-écrit » à partir de cet anéantissement, de lui donner forme, de le transformer en un « plaisir désespéré » – car quoi qu'on écrive un « plaisir » très particulier vous guide, vous entraîne, met à distance... tout en vous rapprochant du cœur même de cette obscurité que l'on interroge¹⁴.

Par là même, il recentre volontairement son récit sur sa personne : l'héroïne n'est plus uniquement Lula, un autre personnage entre en scène, double de lui-même.

L'Éclipse devient alors le portrait d'un poète « malade » qui continue à créer, malgré tout :

13 *Ibidem, op.cit.,p. 19.*

14 REZVANI, Serge, 2007. *L'Éclipse*, Arles, Actes Sud, p. 22.

Oui, je souhaite interroger cette maladie qui m'a enlevé mon amour de toute une vie, comme je souhaite interroger systématiquement la « maladie », en quelque sorte parallèle, qu'Alzheimer développe chez les proches qui accompagnent les sujets atteints...¹⁵.

À l'instar de l'accompagnant anonyme, sa principale caractéristique est sa profonde solitude : « [...] ma chérie, mon amour, [...] je t'ai expliqué que "l'autre", celui qui assiste, est peut-être encore plus gravement atteint que le malade lui-même car il voit, il relativise, il subit les symptômes, il se désespère seul, oui seul!¹⁶ ».

Sidéré puis détruit par l'aspect imprévisible et inédit de la situation, le poète Rezvani développe son discours en trois grandes étapes, propres au processus de l'écriture de la catastrophe. À la fois témoin et victime, il insiste immédiatement sur le manque de mots pour conter ce qui est indicible et affronte la difficulté à énoncer une réalité étrangère au plus grand nombre : « Mercredi 14 juin. Ah! Ce soir cela a été plus que terrible. Je renonce à détailler les malentendus... Le gaz ouvert par elle, et laissé sans flammes... c'est ma faute... je mens... Bref, je cesse de noter tout cela car c'est *indicible*. [...] Voilà, je cesse à jamais car l'écriture ne peut rendre compte de ce lent naufrage de "l'âme"... ces deux "âmes"...¹⁷ ».

Face à la douleur suscitée par la narration du terrible factuel, il pose la question de la langue comme l'a fait Varlam Chalamov, rescapé du Goulag, dans *Récits de la Kolyma* : « En quelle langue parler au lecteur ? Si je privilégiais l'authenticité, la vérité, ma langue serait pauvre, indigente. Les métaphores, la complexité du discours apparaissent à un certain degré de l'évolution et disparaissent lorsque ce degré a été franchi en

15 *Ibidem, op.cit.*, p. 22.

16 *Ibidem, op.cit.* p. 33 ;

17 REZVANI, Serge, 2007. *L'Éclipse*, Arles, Actes Sud, p. 52.

sens inverse. [...] Et sans en avoir conscience l'intellectuel perd tout ce qui est "inutile" dans sa langue... De ce point de vue, le récit qui va suivre est inévitablement condamné à être faux, inauthentique¹⁸. »

Rezvani est défait par la cruauté du réel et doit, comme les rescapés d'un génocide, inventer sa propre langue : « Elle est encore apparemment là, je suis encore là... et pourtant ce que nous vivons est affreux ! L'écrire n'est même pas un soulagement. Car quoi que j'en écrive jamais je ne pourrai cerner ce grand malheur avec les mots de tout le monde – chose que j'espérais en commençant cet ouvrage –, non, jamais aucun mot, aucune phrase ne pourra dire en une forme transmissible l'effondrement absolu de la femme aimée (...)»¹⁹.

L'invention d'une autre langue destinée à mettre en mots le réel l'incite à se pencher sur la fabrication et la réception de son discours. Distinguant l'oral de l'écrit, il réfléchit au processus de création scripturale. D'emblée, il mesure son incapacité à partager par l'art de la conversation ce qui leur arrive et en vain pose la question : « Avec qui parler de cela ? ». Condamné à sa plume (ou à son pinceau), il remarque que l'écriture comme translittération de la parole est un acte profondément narcissique. Contrairement à la voix qui « passe » grâce aux sons dans « l'autre », l'écrit se réalise au fil de la plume et s'adresse avant tout à celui qui rédige. L'écrit transcrit le cheminement de la pensée de l'auteur, et le texte s'élabore au fur et à mesure. Par conséquent, la genèse du texte le passionne et ce qu'il souhaite avant tout explorer est son désir d'écrire. Pourquoi a-t-il envie de faire face à sa tragédie personnelle par l'écriture ? Sa réponse tient en un seul mot : le plaisir que cela lui procure. Écrire n'est pas un

18 CHALAMOV, Varlam, 2021. *Souvenirs de la Kolyma*, traduit du russe par Anne-Marie Tatsis-Botton, appareil critique de Luba Jurgenson, Paris, Verdier, p. 14.

19 REZVANI, Serge, 2007. *L'Éclipse*, Arles, Actes Sud, p. 46

travail à accomplir, au sens étymologique de *tribalium*. Il le vit comme un temps de repos bienfaisant qui lui permet de se rassembler et d'expulser son angoisse : « Ainsi, dans le cas présent, je sais que je dois m'offrir à moi-même l'expression du drame obscur dont je suis obsédé²⁰. » L'écriture suspend le temps du chaos quotidien et lui permet d'extraire « le poison, comme si de le mettre dans la lumière des mots lui faisait perdre de sa virulence. » Par là même, Rezvani en enfermant le mal dans le corps du texte le circonscrit et le définit. Le monstre prend forme et peut être affronté dans toute sa violence. L'incarnation textuelle est la première étape de la rencontre. Pour autant, elle ne procure pas immédiatement l'apaisement à celui qui l'écrit. L'apaisement ne vient qu'après avoir relu. La relecture est le partenaire nécessaire pour procurer le sentiment de plaisir qui accompagne la trêve, la suspension de la souffrance. L'écriture seule de la maladie ne peut soigner « le malade » qu'il est :

Inlassablement je cerne le mal et le contiens dans le corps du texte. Cette impression me vient d'une relecture, en plusieurs nuits consécutives, des pages déjà écrites de *L'Éclipse*. Ce serait un peu comme ces douleurs situées dans la tête – que ce soient les dents, les oreilles ou les sinus par exemple – le fait de ne pouvoir les regarder en face les rend plus effrayantes qu'une plaie visible, même plus douloureuse. De m'être relu m'a partiellement apaisé. Ce n'est plus seulement à l'intérieur de ma tête que se situent mes désespoirs ; de les avoir mis en écriture m'a soulagé. Ils sont *lisibles* maintenant.

En se mettant par la relecture, dans la double position d'écrivain et de lecteur, Rezvani justifie son désir d'écrire par le plaisir de lire et se rapproche du sentiment apaisant de jubilation donné par la lecture « cette ex-tase, le satori,

20 REZVANI, Serge, 2007. *L'Éclipse*, Arles, Actes Sud, p. 110

l'ébranlement ²¹ », selon Barthes²², qui entretient son désir d'écrire et l'engage à poursuivre le récit.

Rezvani connaît le plaisir du texte, « le moment où son corps va suivre ses propres idées », suspendre la souffrance et, dans cet espace de « scandaleuse jouissance²³ » fait de mots, rétablit la relation érotique que son corps n'a plus avec le corps de Lula. Cela est manifeste lorsqu'une nuit il lit au téléphone à sa vieille amie O. la centaine de pages rédigées de *L'Éclipse*. Le plaisir du texte en passant par la voix fait à nouveau vibrer joyeusement et sincèrement les corps. La relation d'amour avec le texte permet à celui qui l'entend de la partager et de prendre soin de celui qui l'offre. Rezvani ne se présente pas en victime mais en ami amoureux :

Ce texte m'a permis justement de ne pas quémander de compassion. O. répondait à mes paroles avec la même fermeté que moi-même je mettais à lui dire en quoi depuis toutes ces années ma situation d'*homme* était devenue intenable, que de tous côtés, j'étais comme cerné, immobilisé, enchaîné. Bien que débordant de projets, de vitalité, de désirs et d'irrépressible envie de respirer, de vivre librement. [...] O. me disait : « Tu dois penser à toi, tu dois trouver le moyen de vivre à côté, tu dois te préserver sans ça tu vas craquer²⁴. »

En appréhendant le texte comme « une forme humaine, anagramme du corps érotique », en goûtant au « plaisir du texte irréductible à son fonctionnement grammairien comme

21 BARTHES, Roland, 2003. *La préparation du roman I et II, Cours et séminaires au collège de France (1978-1979 et 1979-1980)*, Paris, Seuil, coll. « Traces écrites », p. 188.

22 Cours du 1^{er} décembre 1979 au Collège de France.

23 BARTHES, Roland, 1973. *Le plaisir du texte.*, Paris, Seuil, collection « Tel quel », p. 28.

24 REZVANI, Serge, 2007. *L'Éclipse*, Arles, Actes Sud, p. 110.

le plaisir du corps est irréductible au besoin physiologique²⁵ », Rezvani refait communauté de désir et de jouissance avec Lula. Le style des souvenirs heureux est particulièrement érotique. L'écrivain rompt le rythme lent et grave de la narration par des phrases courtes, nominales, tronquées par moult points de suspension, par une énumération à rebours de dates, par la répétition d'une onomatopée musicale qui suggère autant la fuite du temps que le refrain d'une chanson :

vzzz... 1969... le joyeux mois de mai, tous les deux trop amoureux pour songer à participer à cette lointaine fête qui ne pouvait concerner ceux qui s'aiment et se privilégient, féroce-ment égoïstes... écriture riieuse des années Lula, ton livre, ma Lula, ma chérie, mon amoureuse « relectrice », dont j'entends, oh oui, le rire clair, et voilà 1965... la sublime surprise des *Années-lumière*... que nous relisons ensemble, couchés sur une couverture au soleil près du cerisier... voilà l'année 1962... nous achetons *la Béate*... 1961... nous louons *la Béate*... *Le Tourbillon*... alors que je peins d'impossibles peintures et compose sur ma guitare. Vzzz.²⁶

L'écriture aérienne, sensorielle, olfactive et sonore de l'anamnèse est aussi un lointain écho au mythe philosophique du mouvement rétrograde de l'univers développé dans *Le Politique* par Platon. Mais, dans *L'Éclipse*, plus proche de la réflexion menée dans le *Banquet*, il ne s'agit pas de discourir sur ce qu'est le pouvoir, mais de faire à nouveau l'amour avec Lula. Avec Danièle qui a fait la passion, l'écriture, la musique, l'art, la vie de Rezvani.

25 BARTHES, Roland, 1973. *Le plaisir du texte*, Paris, Seuil, collection « Tel quel », p. 30.

26 REZVANI, Serge, 2007. *L'Éclipse*, Arles, Actes Sud, p. 75.

Conclusion

La rédaction de *L'Éclipse* a permis à Rezvani de se faire, dit-il, à la fois du mal et du bien. Elle l'a empêché de se taire et d'enterrer vivante son aimée. Elle lui a permis de s'occuper de Lula, même dans la douleur. Rezvani par la littérature a pu continuer à prendre soin de celle qu'il a toujours passionnément aimée. L'écriture n'a pas vaincu ni ralenti le cours de la maladie mais a réussi à faire entrer dans le caveau noir d'Alzheimer un rai de lumière douce et apaisante. Les mots tels la pluie d'or de Zeus ont réussi à s'infiltrer dans la tour d'airain, prison de Danaé, la mère de Persée. L'écriture a empêché le champ/chant de l'aède contemporain de s'assécher. Rezvani ne l'a pas découverte lors de la maladie de Lula, il a toujours su le rôle fécond de l'art, source inépuisable de beauté. Cet extrait de la *vingtième élégie* à Lula, paru en 1996, chante déjà « la Beauté organique de tout langage de beauté »

Beauté organique de tout langage de beauté naît sens entier
Roman Jakobson disait : « si nous voulons connaître du scripteur
Unique la grammaire de sa poésie fibre même de la musique-voyez
Y le sens ainsi serez-vous réceptif à la poésie de sa grammaire
cœur
Âme et corps telle musique vive avec ses structures osseuses ainsi
née
Mystérieuse en son système nerveux os et nerfs de langue ses
acteurs
Merveilleux “récits” rencontre intuitive histoire de la pensée
Émerveillements de la présence sienne de celui l'intuitif traceur
Naissant et mourant dans ses mots parlant parlé en la langue serré
Tellement et de si près qu'en ses silences l'inexprimable trouve
vecteur²⁷. »

27 REZVANI, Serge, 1996. *Élégies à Lula*, « Agitant bruyamment ma terri-
ble carcasse », Tirage limité, Cognac, Deyrolle, 1996 .

Bibliographie

BARTHES, Roland, 1973. *Le plaisir du texte*, Paris, Seuil, coll. « Tel quel ».

BARTHES, Roland, 2003. *La préparation du roman I et II, Cours et séminaires au collège de France (1978-1979 et 1979-1980)*, Paris, Seuil, coll. « Traces écrites ».

CHALAMOV, Varlam, 2021. *Souvenirs de la Kolyma*, traduit du russe par Anne-Marie Tatsis-Botton, appareil critique de Luba Jurgenson, Paris, Verdier.

REZVANI, Serge, 2007. *L'Éclipse*, Arles, Actes Sud.

Pour une écriture qui soigne. Simone de Beauvoir et Annie Ernaux

Fabio LIBASCI

Depuis quelques années on peut observer la montée d'une littérature remédiatrice, aidante, ayant pour objet le moi blessé, l'histoire occultée, les corps souffrants ou mourants, mais surtout « les drames et les êtres sans langage ni représentation »¹, comme Alexandre Gefen l'écrit. Cette littérature basée sur l'empathie, sur ce que l'on appelle l'éthique du care² parie sur la capacité du récit de témoigner pour un autrui concret et incarné, à soigner et à garder trace de tout ce qui meurt. Dans la littérature française Annie Ernaux est aujourd'hui considérée l'une des figures emblématiques de ce

1 GEFEN, Alexandre, *Réparer le monde*, Paris, Corti, 2017, p. 12.

2 Voir, LAUGIER, Sandra, PAPERMAN, Patricia, 2006. *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris, éditions de l'EHESS ; TRONTO, Joan, 2009. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte ; WORMS, Frédéric, 2010. *Le moment du soin. À quoi tenons-nous ?*, Paris, PUF ; BRUGÈRE, Fabienne, 2017. *L'Éthique du « care »*, Paris, PUF.

tournant : *La place*, *Une femme* mais aussi *Les années* témoignent de la force d'un projet d'écriture qui s'inscrit dans la longue durée. Hélas, le poids de sa renommée risque d'offusquer un nom qui mériterait bien d'être mentionné dans la généalogie de cette littérature aidante : celui de Simone de Beauvoir et de son « vaste programme d'écriture de soi, qui couvre à peu près toutes les formes d'autoconsignation³ ».

Je voudrais insister sur le rôle joué par l'écrivaine féministe et son entreprise mémorielle auprès des générations successives⁴, et revenir à cette forme littéraire – « intermédiaire entre l'autobiographie et l'essai⁵ » selon Jeannelle – qui fait la force des récits de Beauvoir et Ernaux. C'est cette écriture intermédiaire qui serait capable de soigner et de laisser un souvenir impérissable du passage sur terre des êtres aimés. Beauvoir l'expérimente pour la première fois dans ses *Mémoires d'une jeune fille rangée*, où l'histoire personnelle de l'écrivaine s'entremêle à celle de son amie Zaza. Dans les dernières pages de ce livre, Beauvoir semble en effet affirmer un double désir : payer sa dette envers son amie dont la mort serait à l'origine de sa liberté d'écrivaine et la ressusciter par les mots. À y regarder de près ce dernier désir se retrouve au cœur du projet d'*Une mort très douce* paru en 1964. Ce récit bref, consacré à la maladie et la mort de sa mère, anticiperait à la fois le tournant référentiel et énonciatif « qui confère désormais à la voix et à ses effets sur le lecteur toute l'importance que l'on accordait jusqu'à la fin des

3 JEANNELLE, Jean-Louis, LECARME-TABONE, Éliane, 2012. « Simone de Beauvoir à l'œuvre », dans *Simone de Beauvoir*, Cahier de l'Herne, p. 12.

4 Voir, entre autres, SIMONET, Mathieu, 2012. *La Maternité*, Paris, Seuil, « dont le modèle a sans doute été donné par *Une mort très douce* »; GEFEN, Alexandre, 2017. *Réparer le monde*, op. cit., p. 123.

5 JEANNELLE, Jean-Louis, LECARME-TABONE, Éliane, 2018. « Introduction », dans BEAUVOIR (DE), Simone, *Mémoires I*, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque de la Pléiade », p. XIV.

années 1970 à l’“écriture” ou à la “productivité du texte”⁶ ». Le style neutre, plat, télégraphique, sèche, monotone, « journal » annonce déjà l’esthétique d’Annie Ernaux. Tant de livres de l’écrivaine normande pourraient être décrits avec les mêmes mots utilisés pour parler d’*Une mort très douce*. Dans ce récit, « l’extrême dépouillement du style de Beauvoir, non dénué de froideur, et l’authenticité dont elle témoigne, suscitent par la gamme des émotions traversées une très forte impression de sincérité⁷ ».

Pour cette raison je voudrais dans un premier temps souligner les passages dans lesquels Simone de Beauvoir questionne l’idée d’une littérature remédiatrice et met en cause en même temps le langage, la possibilité d’une parole vraie. Deuxièmement, je voudrais relever la dette d’Annie Ernaux qui « emprunte largement au modèle fixé par Beauvoir dans son récit sur la mort de la mère⁸ ». Pour ce faire nous allons mentionner les avant-textes des deux auteures car le journal d’écriture, le journal intime et les lettres montrent sur le vif les doutes et les tâtonnements à la base de cette littérature naissante, à la fois intime et impudique. Dans la dernière partie de l’article nous ne manquerons pas de souligner leur apport dans la définition d’une écriture remédiatrice.

Une mort très douce poursuit et décentre en même temps le cycle autobiographique de l’écrivaine engagée. Nicolas-Pierre l’affirme : « le récit apparaît à la fois comme une entreprise de catharsis, une tentative de réconciliation *post mortem* et un monument élevé à la mémoire de l’être disparu⁹ ». On ne

6 Ivi, p. LIII.

7 Ivi, p. XLIX.

8 Ivi, p. LIII. Voir aussi, FORT, Pierre-Louis, 2007. *Ma mère, la morte. L’écriture du deuil au féminin chez Yourcenar, Beauvoir et Ernaux*, Paris, Imago éditions.

9 NICOLAS-PIERRE, Delphine, 2018. « Notice », dans BEAUVOIR (DE), Simone, *Mémoires II*, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque de la Pléiade »,

saurait pas être en désaccord avec Nicolas-Pierre en dépit du fait qu'elle n'insiste pas beaucoup sur la nouveauté de ce récit, sur la force des mots capables d'aider, de soigner la blessure scandaleuse de la mort. C'est Simone de Beauvoir qui l'affirme dans son journal quatre jours après la mort de sa mère : « j'écris ce qui précède immédiatement et ce qui va suivre. Et j'émerge enfin de la tragédie, de l'irrationnel, au point qu'il me sera difficile de rendre l'irréel cauchemar de ces quatre journées¹⁰ ». Dans ce journal, *Maladie de ma mère*, tenu entre octobre et décembre 1963 et inédit à ce jour sauf pour quelques pages, Simone de Beauvoir y livre d'un côté la métamorphose de sa mère, du corps humain qui affronte la maladie au corps supplicé passant par le corps animal qui s'exhibe sans pudeur, et de l'autre la montée de sa douleur à elle¹¹. Le journal s'interrompt de janvier à juillet 1964, mais entre janvier et mars *Une mort très douce* voit le jour. Une lettre à Nelson Algren, écrite après la mort de sa mère, révélerait la profondeur de la blessure que l'écriture essaie de soigner : « elle a été proche de mon cœur, plus proche même que pendant ma petite enfance. Un irrationnel sentiment de culpabilité m'habitait parce que je la trompais, je lui promettais qu'elle reverrait le printemps, l'été [...] sachant trop bien que c'était faux¹² ». Le journal intime et les lettres permettent ainsi de reconstituer le processus d'écriture d'*Une mort très douce*, vécu dans l'urgence d'une délivrance. Le 4 janvier 1964 Simone écrit à sa sœur Hélène : « Sartre m'a conseillé de le raconter (ce mois de novembre), j'essaie, c'est la meilleure manière de m'en délivrer. Si je réussis, je l'appellerai "Une mort très

p. 1274.

10 BEAUVOIR (DE), Simone, 2018. « Autour d'*Une mort très douce* », *Mémoires II*, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque de la Pléiade », p. 483.

11 Cf. SIMONET-TENANT, Françoise, 2012. « Relire le Journal de guerre », dans *Simone de Beauvoir*, Cahier de l'Herne, *op. cit.*, p. 199.

12 Extrait d'une lettre à Nelson Algren, décembre 1963, dans BEAUVOIR (DE), Simone, *Mémoires, II*, *op. cit.*, p. 484.

douce” et je te le dédierai¹³ ». Ce que Beauvoir ne manquera pas de faire.

Une mort très douce frappe tout lecteur par l’objectivité de ces phrases posées au tout début : « c’était une femme de soixante-sept ans, très usée¹⁴ » et « somme toute, elle avait l’âge de mourir¹⁵ », car la suite sera d’un côté une rébellion envers ces constats et de l’autre le récit du rapprochement de cette femme qui fut sa mère. La platitude de ces phrases ne fait que rendre visible la structure d’un récit allant dans deux directions, l’une vers la mort et l’autre vers le passé. Au récit du corps dégradé de la mère se superpose en effet l’effort de mémoire pour retrouver le passé commun. Beauvoir s’efforce donc de transcrire la fragilité de ce corps maternel, suspendu entre la vie et la mort, la mémoire des gestes et son effacement :

Elle renonçait aux interdits, aux consignes qui l’avaient opprimée pendant toute sa vie ; je l’en approuvais. Seulement, ce corps, réduit, soudain par cette démission à n’être qu’un corps, ne différait plus guère d’une dépouille : pauvre carcasse sans défense, palpée, manipulée par des mains professionnelles, où la vie ne semblait se prolonger que par une inertie stupide. Pour moi, ma mère avait toujours existé et je n’avais jamais sérieusement pensé que je la verrai disparaître un jour, bientôt [...]. Quand je me disais : elle a l’âge de mourir, c’étaient des mots vides, comme tant de mots. Pour la première fois, j’apercevais en elle un cadavre en sursis¹⁶.

La vision du corps maternel l’oblige à revenir sur ces mots vides, à se solidariser avec elle contre les médecins, « de

13 Lettre inédite à Hélène de Beauvoir, 4 janvier 1964, dans BEAUVOIR (DE), Simone, 2018. *Mémoires II*, *op. cit.*, p. 1276.

14 BEAUVOIR (DE), Simone, 2018. « Une mort très douce », *Mémoires II*, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque de la Pléiade », p. 412.

15 Ivi, p. 413.

16 Ivi, p. 418-419.

quel droit B. m'avait-il dit : "elle pourra reprendre sa petite vie"¹⁷ »? à avoir de la sympathie pour les infirmières « liées à leur malade par la familiarité des corvées¹⁸ ».

Le premier tournant dans ce récit est la découverte du cancer. À partir de ce moment l'opposition entre Beauvoir et les médecins s'aggrave : « "pourquoi torturer maman, puisqu'il n'y a plus d'espoir"? Il m'a foudroyé du regard : "je fais ce que je dois faire"¹⁹ », tandis que l'infirmière lui lance *ne la laissez pas* opérer. La révélation du malheur semble arrêter le récit, car le continuer ce serait s'approcher de la fin, tout ce que Simone ne veut pas, tout ce que l'écrivaine essaie de retarder par des digressions, dont celle-ci : « Tous mes chagrins, jusqu'à cette nuit, je les avais compris : même quand ils me submergeaient, je me reconnaissais en eux. Cette fois, mon désespoir échappait à mon contrôle : quelqu'un d'autre que moi pleurait en moi²⁰ ». Qui pleure en elle? Par le recours à l'analepse, Beauvoir retrace l'enfance, la jeunesse, la vie de jeune mariée et puis de mère de cette femme. Elle parcourt les échecs affectifs, les contradictions, les violences d'une femme qui s'insurgeait « contre les contraintes et les privations qu'elle s'imposait²¹ », possessive et docile à la fois, rancunière et vulnérable. La fille écrivaine s'efforce maintenant de répondre à cette question : pourquoi sa mère était ce qu'elle était? Comment avait-elle vécu?

Elle a vécu contre elle-même. Riche d'appétits, elle a employé toute son énergie à les refouler et elle a subi ce reniement dans la colère [...]. On lui a appris à serrer elle-même étroitement ses

17 Ivi, p. 420.

18 *Ibid.*

19 Ivi, p. 424.

20 Ivi, p. 426.

21 Ivi, p. 429.

sangles. En elle subsistait une femme de sang et de feu : mais contrefaite, mutilée et étrangère à soi²².

Le temps qui reste, sera peut-être celui d'une double réconciliation? Ce retour en arrière lui sert en effet pour mieux comprendre l'ici et maintenant, pour le maîtriser par-dessus tout : « j'entrais dans une autre histoire : au lieu d'une convalescence, une agonie [...]. Des drames se déroulaient derrière les portes fermées : rien n'en transpirait. Désormais un de ces drames était le mien²³ ». Que l'on note au passage la participation de plus en plus dramatique du sujet qui écrit dans le récit, suivie par le scandale du mensonge, « mais que dira-t-on à maman quand le mal reprendra, ailleurs? – ne vous inquiétez pas. On trouvera. On trouve toujours. Et le malade vous croit toujours²⁴ ». Il me semble que l'on assiste à une deuxième prise de conscience, comme un nouvel apprentissage de la langue : après le « parler pour ne rien dire » – l'âge de mourir – vient le « parler pour mentir », pour trahir. Beauvoir ne peut s'empêcher de réfléchir : « maman nous croyait auprès d'elle : mais nous nous situions déjà de l'autre côté de son histoire [...]. Je connaissais le dessous des cartes, et elle se débattait, très loin, dans la solitude humaine²⁵ ». Plus loin, l'écrivaine note avec douleur que « au moment où la vérité l'écrasait et où elle aurait besoin de s'en délivrer par des paroles, nous la condamnions au silence ; nous obligeons à taire ses anxiétés, à refouler ses doutes : elle se sentait à la fois – comme si souvent dans sa vie – fautive et incomprise²⁶ ». Dans le journal, Beauvoir parle d'une duperie criminelle,

22 Ivi, p. 434.

23 *Ibid.*

24 Ivi, p. 435.

25 Ivi, p. 443.

26 Ivi, p. 449.

de l'abus de cette situation, de la haine de ces médecins²⁷. On comprend peut-être mieux maintenant l'entreprise de l'écrivaine, au moins un des enjeux : rétablir la vérité, parler vrai, ne rien cacher, dire à qui ne peut plus l'entendre qu'on la comprenait, de ce fait demander peut-être le pardon. Jusqu'à la dernière page, Beauvoir exprimera en effet cette culpabilité honteuse²⁸ : « même lorsque je tenais la main de maman, je n'étais pas avec elle : je lui mentais. Parce qu'elle avait toujours été mystifiée, cette suprême mystification m'était odieuse. Je me rendais complice du destin qui lui faisait violence. Pourtant, dans chaque cellule de mon corps, je m'unissais à son refus, à sa révolte : c'est pour cela que sa défaite m'a terrassée²⁹ ». Si les mots se dérobent, où chercher donc la vérité? Beauvoir n'offre pas de réponse à cette question; elle se contente d'utiliser le langage pour restituer des fragments de cette histoire maternelle en train de s'effacer : elle voudrait surtout renouer un dialogue longtemps interrompu, la retenir le temps de cette évocation.

Le temps de la maladie, le temps qui annonce la mort est en effet celui d'un changement, d'un retour en arrière, d'un « nous » possible : « nous retrouvons le sourire qui avait ébloui notre petite enfance, un radieux sourire de jeune femme. Entre-temps, où s'était-il perdu³⁰ »? L'écriture de Beauvoir révèle pourtant une contradiction violente : cette femme, ce corps supplicié qui n'est plus sa mère, celle qu'elle a connue, est en même temps la seule possible, la vraie. L'écrivaine doit se rendre surtout à la douloureuse évidence : « sa maladie avait fracassé la carapace de ses préjugés et de

27 Cf. BEAUVOIR (DE), Simone, 2018. « Autour d'*Une mort très douce* », *Mémoires II*, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque de la Pléiade », p. 475.

28 Selon Sébastien Hubier, la culpabilité est « au cœur de très nombreux écrits intimes », HUBIER, Sébastien, 2003. *Littératures intimes. Les expressions du moi, de l'autobiographie à l'autofiction*, Paris, Armand Colin, p. 79.

29 BEAUVOIR (DE), Simone, 2018. « Une mort très douce », *op. cit.*, p. 474.

30 Ivi, p. 438.

ses prétentions : peut-être parce qu'elle n'avait plus besoin de ses défenses³¹ ». C'est à cette femme, à cette moribonde que Simone s'est attachée reprenant le dialogue brisé au temps de l'adolescence. Par la maladie, la mère : « s'est débarrassée des poncifs qui masquaient ce qu'il y avait en elle de sincère et d'attachant. Alors j'ai senti la chaleur d'une tendresse que la jalousie avait souvent défigurée et qu'elle avait su si mal exprimer³² ».

La maladie, qui apparaît ici comme une autre forme de santé et d'hygiène, n'est pas sans effet sur la vie routinière de l'écrivaine car elle réduit l'espace et le temps de Beauvoir aux heures passées dans la chambre de la mourante : « je traversais Paris en taxi, je n'y voyais plus qu'un décor où circulaient des figurants. Ma vraie vie se déroulait auprès d'elle et n'avait qu'un but : la protéger³³ ». Plus loin, elle note agacée : « parfums, fourrures, lingerie, bijoux : luxueuse arrogance d'un monde où la mort n'a pas de place ; mais elle était tapie derrière cette façade, dans le secret grisâtre des cliniques, des hôpitaux, des chambres closes. Et je ne connaissais plus d'autres vérités³⁴ ». Dans le journal intime Beauvoir livre à la fois le désarroi de ces heures sans fin et le scandale insupportable de cette société capable d'occulter la mort derrière des paravents³⁵. Mais si le monde occulte la mort, à la littérature de l'en sortir ; si le monde n'accepte que les bons portants, à l'écriture le rôle de montrer les dessous des cartes. *Une mort très douce* annonce de ce fait *La vieillesse* et les analyses sur la construction du troisième âge dans les sociétés occidentales.

31 Ivi, p. 444-445.

32 Ivi, p. 473.

33 *Ibid.*

34 Ivi, p. 457.

35 Cf. BEAUVOIR (DE), Simone, 2018. « Autour d'*Une mort très douce* », *op. cit.*, p. 480.

Ces réflexions et ces analepses retardant le récit de la mort de la mère préparent de ce fait le lecteur au partage de la douleur de l'écrivaine. On ne peut que s'insurger, comme Beauvoir le fait, contre l'idée de cette mort très douce dont il est question dans le titre et qui est une phrase de la gardienne. Beauvoir s'insurge avant de se résigner et s'efforcer de l'expliquer : « par comparaison, sa mort a été douce [...]. Quelle angoisse de se sentir une chose sans défense, tout entière à la merci de médecins indifférents et d'infirmières surmenées [...]. Elle a eu une mort très douce; une mort de privilégiée³⁶ ». Ce n'est qu'après la mort de la mère que Beauvoir tire le bilan. Le temps de la maladie l'a sauvée ou presque des remords : « à l'égard de maman nous étions surtout coupables, ces dernières années, de négligences, d'omissions, d'abstentions. Il nous a semblé les avoir rachetées par ces journées que nous lui avons consacrées, par la paix que lui donnait notre présence³⁷ ». Ce lexique religieux est curieux, il est surtout surprenant qu'elle ne nomme pas ce récit qu'elle est en train d'écrire; n'est-il pas une manière de la soigner encore, de se soigner, de l'éterniser? Beauvoir en doute. Le scandale de la mort est tel que « la religion ne pouvait pas plus pour ma mère que pour moi l'espoir d'un succès posthume. Qu'on l'imagine céleste ou terrestre, l'immortalité, quand on tient à la vie, ne console pas de la mort³⁸ ». Lors de la cérémonie Beauvoir sent la solitude que la mort procure, comme si elle vérifiait la force de ce mot : à jamais. En même temps l'écrivaine entrevoit pour la première fois la possibilité de ce récit : « Françoise de Beauvoir » : ces mots la ressuscitent, ils totalisent sa vie, de l'enfance au mariage, au veuvage, au cercueil; Françoise de Beauvoir : elle devient un personnage,

36 *Ivi*, p. 467.

37 *Ibid.*

38 *Ivi*, p. 466.

cette femme effacée, si rarement nommée³⁹ ». *Une mort très douce* a fait d'elle un personnage littéraire ; par la force du récit une vie destinée à disparaître a été sauvée de l'oubli. Mais il y a plus : Beauvoir ne pouvait pas savoir que bientôt son entreprise deviendrait un modèle littéraire.

À sa sortie, *Une mort très douce* fut attaqué par François Nourissier, porte-parole d'un malaise : « je passe sur les détails de la maladie, de l'opération, de l'agonie. L'auteur ne nous en épargne aucun⁴⁰ ». Justement, il s'agit de ce qui fait la nouveauté et la richesse de ce récit. Si l'on a longtemps accusé Beauvoir d'écriture abstraite, à présent on l'accuse d'une franchise qui frôle l'impudeur et l'indécence. Pourtant, *Une mort très douce* est un succès et le même Nourissier doit admettre que : « cette hâte à transformer en matière littéraire les souffrances des derniers moments d'une vie pourrait sembler suspecte, si l'écrivain n'avait su donner à son texte la violence d'un cri⁴¹ ».

Nourissier croit déprécier Beauvoir lorsqu'il parle de cette hâte à transformer en littérature les souffrances, pourtant il ne fait que constater malgré lui la nouveauté et la rupture que l'entreprise de l'écrivaine représente, comme Nicolas-Pierre l'affirme : « Simone de Beauvoir a levé un tabou qui pesait sur l'écriture féminine. La vieillesse et la mort de la mère sont devenues un objet d'écriture⁴² ». *Une mort très douce* est devenu par la suite « la matrice de tous les récits de deuil de la mère⁴³ ».

39 Ivi, p. 471.

40 NOURISSIER, François, 1964. « *Une mort très douce*, récit de Simone de Beauvoir », *Les Nouvelles littéraires*, 15 octobre 1964.

41 *Ibid.*

42 NICOLAS-PIERRE, Delphine, 2018. « Notice », *op. cit.*, p. 1282.

43 BOYER-WEINMANN, Martine, 2013. *Vieillir, dit-elle. Une anthropologie littéraire de l'âge*, Ceyzérieu, Champ-Vallon, p. 58.

Vingt ans après, Annie Ernaux marche assurément sur les pas de Beauvoir⁴⁴ : « sans doute ne serais-je pas tout à fait, sans elle [...], ce que je suis⁴⁵ », affirme-t-elle et la critique le reconnaît aisément tout en oubliant certaines différences. Le projet d'écrire un livre sur sa mère, figure qui catalyse et traverse toute son œuvre⁴⁶, Annie Ernaux l'a depuis 1982⁴⁷, soit avant la découverte de l'Alzheimer qui conduira sa mère à la démence et à la mort en 1986. Dès 1983 cela devient plus évident : « mes rapports avec ma mère, mais ils peuvent être élargis, retracés, juste l'hôpital⁴⁸ ». En juillet 1985 elle note : « ma mère en premier plan, au présent, rétrospective enfance, etc.⁴⁹ ». Au mois d'octobre le projet se précise et s'impose⁵⁰ : « la mère, la visite, et le flash-back d'un destin de femme⁵¹ ». La note ressemble de près au plan d'*Une femme* et renvoie sans doute au récit de Beauvoir.

À la base d'*Une femme* il y a donc ce journal d'écriture et le journal proprement dit. Dans *L'atelier noir*, le journal d'écriture, il est question de projet et de forme, « transcrire la réalité et la vision du monde de mes ascendants dans une forme littéraire qui ne les trahisse pas⁵² » alors que dans le journal de ces années publié sous le titre *Je ne suis pas sortie de ma nuit* en 1997, il est question surtout de ne rien oublier, de se soigner. Si on lit *Une femme* dans le contre-jour de *Je ne suis*

44 Cf. NICOLAS-PIERRE, Delphine, 2018. « Notice », *op. cit.*, p. 1282.

45 ERNAUX, Annie, 2012. « “Le fil conducteur” qui me lie à Beauvoir », dans *Simone de Beauvoir*, Cahier de l'Herne, p. 392. (Paru pour la première fois dans *Simone de Beauvoir Studies* n. 17, 2000-2001)

46 CHALOGNE (DE), Florence, DUSSART, François, 2022. « L'écriture romanesque d'Annie Ernaux », dans *Littérature* n° 206, juin 2022, p. 15.

47 Cf. ERNAUX, Annie, 2022. *L'Atelier noir*, Paris, Gallimard, p. 28.

48 Ivi, p. 41.

49 Ivi, p. 43.

50 cfr. p. 46.

51 Ivi, p. 44.

52 Ivi, p. 16.

pas sortie de ma nuit, on peut mesurer le travail accompli; la diariste ne sait pas ou elle ne veut pas savoir que sa mère va mourir, celle qui écrit *Une femme* le sait déjà. Dans le journal une série d'intermittences de matrice proustienne module les entrées, telles que : « elle avait enfilé deux soutiens-gorge [...] ». Je me suis rappelé le jour où elle avait découvert que j'en portais un sans que je lui ait dit⁵³ ». Les gestes insensés de sa mère lui rappellent des gestes d'autrefois, d'autres débuts dans la vie, et parfois marquent un renversement : « je lui ai coupé les ongles, elle gémissait [...]. Je me sens sadique, comme elle l'était autrefois à mon égard⁵⁴ ». Entre le passé et le présent ce constat la déchire : « c'est ma mère et ce n'est plus elle⁵⁵ ». Dans *Une femme* tout est déjà advenu et ce n'est pas un hasard que le début et la fin du récit coïncident : le récit s'ouvre avec « ma mère est morte le lundi 7 avril⁵⁶ », et se termine par ces mots, « elle est morte huit jours avant Simone de Beauvoir. Elle aimait donner à tous, plus que recevoir. Est-ce qu'écrire n'est pas une façon de donner⁵⁷ ». La mort de sa mère anticipe celle de Beauvoir, l'une fait penser à l'autre, l'une réconcilie peut-être avec l'autre⁵⁸. Mais Beauvoir en tant que modèle circulait déjà dans le texte, comme dans cette phrase : « le prêtre parlait de “la vie éternelle”, de la “résurrection de notre sœur”, il chantait des cantiques. J'aurais voulu que cela dure toujours, qu'on fasse encore quelque chose pour ma mère, des gestes, des chants⁵⁹ ».

53 ERNAUX, Annie, 2011. « Je ne suis pas sortie de ma nuit », *Écrire la vie*, Paris, Gallimard, coll. « Quarto », p. 610.

54 Ivi, p. 627.

55 Ivi, p. 615.

56 ERNAUX, Annie, 2011. « Une femme », *Écrire la vie*, Paris, Gallimard, coll. « Quarto », p. 555.

57 Ivi, p. 596.

58 Cfr. ERNAUX, Annie, 2011. « Le fil conducteur », *op. cit.*, p. 394.

59 ERNAUX, Annie, 2011. « Une femme », *op. cit.*, p. 558.

Par rapport au livre de Beauvoir, *Une femme* contient une réflexion sur l'écriture et son but qui ne sont pas présents dans *Une mort très douce*. Ernaux sème en effet le récit de certitudes et des doutes quant à son entreprise : « Je vais continuer d'écrire sur ma mère. Elle est la seule femme qui ait vraiment compté pour moi et elle était démente depuis deux ans. Peut-être ferais-je mieux d'attendre [...]. Mais je ne suis pas capable en ce moment de faire autre chose⁶⁰ ». Cette réflexion se poursuit au fil des pages dans un crescendo frôlant le pathétique : « il me semble maintenant que j'écris sur ma mère pour, à mon tour, la mettre au monde [...]. Au début, je croyais que j'écrivais vite. En fait je passe beaucoup de temps à m'interroger sur l'ordre des choses à dire, le choix, et l'agencement des mots⁶¹ ». Dans le livre d'Ernaux la mort de la mère est une évidence dès le début, il n'y a nulle rupture comme cela a été le cas du cancer dans *Une mort très douce*; néanmoins, il reste à trouver un ordre, les mots pour raconter le passé de cette femme qui a perdu la mémoire. Ernaux s'efforce de la situer dans le temps, dans la société, de rendre son langage, ses contradictions. Il me semble que parcourant ce passé de plus en plus douloureux, Ernaux ait besoin de s'arrêter et de réfléchir : « en écrivant, je vais tantôt la “bonne” mère, tantôt la “mauvaise” [...]. J'essaie de décrire et d'expliquer comme s'il s'agissait d'une autre mère et d'une autre fille qui ne serait pas moi⁶² », de prendre du recul et en même temps de se dire qu'il faut le faire, qu'il faut dire qu'« elle a cessé d'être mon modèle [...]. J'avais honte de sa manière brusque de parler et de se comporter [...]. Je suis descendue au fond de ce qu'elle m'avait interdit [...]. J'étais certaine de son amour et de cette injustice : elle servait des pommes de terre et du lait du matin au soir pour que je sois

60 Ivi, p. 560.

61 Ivi, p. 569.

62 Ivi, p. 577.

assise dans un amphî à écouter parler de Platon⁶³ ». Rien que pour cela, écrire serait faire ressusciter cette contradiction refoulée, cette culpabilité et par ce biais prendre soin de sa mémoire : « Je n'écris pas sur elle, j'ai plutôt l'impression de vivre avec elle dans un temps, des lieux, où elle est vivante⁶⁴ ».

Dans les pages d'*Une femme*, la maladie d'Alzheimer ressemble à un scandale, à une injustice de plus dans la vie de sa mère : « son histoire s'arrête, celle où elle avait sa place dans le monde. Elle perdait sa tête [...]. Depuis quelques jours, j'écris de plus en plus difficilement, peut-être parce que je voudrais ne jamais arriver à ce moment. Pourtant, je sais que je ne peux pas vivre sans unir par l'écriture la femme démente qu'elle est devenue, à celle forte lumineuse qu'elle avait été⁶⁵ ». Le but de l'écriture d'Ernaux est dans ces verbes : relier, soigner, faire mémoire, dire qui était cette femme et raconter ce que la maladie a fait d'elle. Ernaux écrit de manière itérative « Elle » : « elle » devient le non sujet de tout ce que cette femme démente ne pouvait plus faire ni comprendre. Ernaux, au contraire, s'efforce d'écrire dans le journal tout ce qui disparaît. Mais du journal au livre, de l'espace intime à l'espace public, l'écriture change de fonction et les mêmes mots ne signifient plus la même chose. Maintenant c'est à nous qu'elle écrit et à ses lecteurs qu'elle fait appel. C'est dans ce but qu'elle peut parler des derniers mois de sa mère : « elle est entrée définitivement dans cet espace sans saisons [...]. En quelques semaines, le désir de se tenir l'a abandonnée. Elle s'est affaissée, avançant à demi courbée, la tête penchée [...]. Elle a commencé d'avoir quelque chose de sauvage dans son apparence »⁶⁶. C'est aux lecteurs que Ernaux veut raconter ce corps maternel à l'état sauvage, presque

63 Ivi, p. 578-579.

64 Ivi, p. 580.

65 Ivi, p. 589.

66 Ivi, p. 593.

animal. Cette dégradation ne va pas sans faire comprendre à l'écrivaine que la mort s'approche, que peut-être sa mère est déjà morte pour les autres. Ernaux s'efforce d'écrire ce scandale comme pour s'en défendre, elle s'efforce d'animer cette vie inhumaine, mais vie tout de même : « elle avait envie de vivre [...]. Elle aimait qu'on l'embrasse et elle avançait les lèvres pour en faire autant. Elle était une petite fille qui ne grandirait pas⁶⁷ ». Comme il n'y a pas les mots pour dire cette fin qui s'approche, cette régression, Ernaux utilise cette image pathétique et poignante, celle de la petite fille, manière de conjurer un autre état : la mort.

La mort de la mère, comme dans *Une mort très douce*, coïncide avec la fin du récit et comme ces mots le suggèrent : « maintenant tout est lié⁶⁸ ». La mort de la mère opère alors une substitution dans le temps, une projection, la destinée commune aurait dit Beauvoir : « j'ai pensé aussi qu'un jour, dans les années 2000, je serais l'une de ces femmes qui attendent le dîner en pliant et dépliant leur serviette, ici ou autre part⁶⁹ ».

Une femme se termine avec une admission de culpabilité – qui ne va pas sans rappeler la liste des omissions écrite par Beauvoir à la fin de son récit – : « plusieurs fois, le désir brutal de l'emmener, de ne plus m'occuper que d'elle, et savoir aussitôt que je n'en étais pas capable⁷⁰ » et avec un avis au lecteur pour le moins ambigu : « ceci n'est pas une biographie, ni un roman naturellement, peut-être quelque chose entre la littérature, la sociologie et l'histoire. Il fallait que ma mère, née dans un milieu dominé, dont elle a voulu sortir, devienne histoire, pour que je me sente moins seule et factice dans le monde dominant des mots et des idées où, selon son désir,

67 Ivi, p. 594.

68 Ivi, p. 495.

69 *Ibid.*

70 *Ibid.*

je suis passée⁷¹ ». Dans « *Je ne suis pas sortie de la nuit* » Ernaux écrit presque la même chose : « ce n'est pas de la littérature ce que j'écris⁷² ». L'écrivaine se méfie de la littérature, elle signale autant qu'elle le peut le refus de l'artifice, l'épure du romanesque⁷³ : elle n'a pas de modèles à suivre, un savoir préexistant⁷⁴ ; elle n'a qu'un désir : écrire pour sauver⁷⁵.

Ernaux finit tout de même par trouver sa forme, ce qui dément l'entrée du 8 avril 1986, le lendemain de la mort de sa mère, lorsqu'elle écrit : « horreur d'imaginer un livre sur elle. La littérature ne peut rien⁷⁶ ». Gefen insiste sur cet espèce d'embarras qui est celui de Forest ou de Barthes aussi, d'une part refuser la transformation du deuil en un objet esthétique et de l'autre affirmer que la littérature est par essence une écriture du deuil⁷⁷. Et en effet, l'horreur, les doutes – « je me demande si je pourrais faire un livre sur elle comme *La place*. Il n'y avait pas de réelle distance entre nous⁷⁸ » – et l'angoisse⁷⁹

71 Ivi, p. 597.

72 Cf. « La première fois que j'ai écrit "maman est morte". Je ne pourrai jamais écrire ces mots dans une fiction », dans ERNAUX, Annie, 2011. « Je ne suis pas sortie de ma nuit », *op. cit.*, p. 652.

73 Cf. ADLER, Aurélie, 2022. « Une femme "romanesque" : la mère, le romanesque dans *Écrire la vie* », *Littérature* n° 206, *op. cit.*, p. 61.

74 Cf. HUNKELER, Thomas, 2014. « Bien vu, mal dit : la littérature selon Annie Ernaux », dans BEST, Francine, BLANCKEMAN, Bruno DUGAST-PORTES, Francine (dir.), *Annie Ernaux. Le Temps et la Mémoire*, Paris, Stock, p. 382.

75 Cf. ERNAUX, Annie, 2011. « Je ne suis pas sortie de ma nuit », *op. cit.*, p. 652. Sur ce « sauver la vie » comme leitmotiv ernausien, voir, ARRIBERT-NARCE, Fabien, 2014. *Photobiographies. Pour une écriture de la notation de vie*, Paris, Honoré Champion, p. 262-282.

76 ERNAUX, Annie, 2011. « Je ne suis pas sortie de ma nuit », *op. cit.*, p. 651.

77 Cf. GEFEN, Alexandre, 2017. *Réparer le monde*, *op. cit.*, p. 142-143.

78 ERNAUX, Annie, 2011. « Je ne suis pas sortie de ma nuit », *op. cit.*, p. 620.

79 Cf. Ivi, p. 647.

ont trouvé les mots et la forme, la juste tension⁸⁰ entre le fragment et le récit, l'entrée trop intime et l'appel au lecteur.

À bien des égards ces récits sont surtout les résidus d'une douleur⁸¹, l'évocation du manque, le poids « de tout ce qui ne peut pas être dit et qui continue pourtant de hanter la littérature »⁸². Ces récits sont aussi pour le lecteur des pilules censées le soigner et le reconforter.

Il me semble que chez Annie Ernaux et Simone de Beauvoir il y a le même souci à l'encontre de l'écriture : « faire advenir un peu de vérité⁸³ », lier hier à aujourd'hui, aller vers un langage objectif dont le pathos coulerait sans artifice ultérieur. Il y a chez les deux écrivaines le souci du lecteur : elles pensent déjà à l'usage que l'on fera de cet objet appelé livre. Mais il y a autre chose encore : chez Annie Ernaux comme chez Simone de Beauvoir le projet d'écrire la vie devient vite celui d'écrire l'autre, de l'inclure⁸⁴. À une époque où se raconter n'allait pas de soi⁸⁵, à fortiori quand on était une femme, raconter l'autre et la mort n'était pas admis : on n'avait pas le droit de parler de ces vies minuscules et vouées à l'oubli. La littérature, les mémoires étaient l'affaire des hommes, leur moyen de pérenniser la gloire et justifier les échecs. Revenir à Beauvoir et à Ernaux cela veut dire donc réfléchir à un processus d'écriture qui s'est déployé lentement

80 Cf. Ivi, p. 637.

81 Cf. Ivi, p. 609.

82 HUNKELER, Thomas, 2014. « Bien vu, mal dit : la littérature selon Annie Ernaux », *op. cit.*, p. 385.

83 ERNAUX, Annie, 2022. *L'Atelier noir*, *op. cit.*, p. 18.

84 Cf. POISSON, Catherine, 2002. *Sartre et Beauvoir : du « je » au « nous »*, Amsterdam, Rodopi, p. 180.

85 Cf. JEANNELLE, Jean-Louis, LECARME-TABONE, Éliane, 2018. « Introduction », *op. cit.*, p. XIV. Voir aussi, JEANNELLE, Jean-Louis, « Écrire ses Mémoires : récit de formation et “devoirs virils” », dans *Simone de Beauvoir*, Cahier de l'Herne, *op. cit.*, p. 234-240.

et dans le doute, dans la honte quelquefois, en tâtonnant la plupart du temps. Pourtant leur « je » s'est imposé. Beauvoir a fini par inventer cette écriture capable d'inclure l'autre, « nous n'aimions plus cette clinique⁸⁶ », de réparer par des mots vrais la trahison par devoir, de rappeler que tous les hommes sont mortels⁸⁷. Exhibitionnisme ? Non. Une pratique consolatrice et libératrice, un « désir de décrire le monde quand soudain tout bascule⁸⁸ » et qui permet de communier avec toute l'humanité, de « communiquer dans ce qui nous sépare⁸⁹ ». Elles nous ont appris qu'on pouvait révéler l'intime, transformer le journal dans un livre publishable ou publier le journal intime tel qu'il était et grâce à cela se soigner et consoler. Grâce à eux, nous savons que partout une fille ou un fils pleure une mère qui va mourir et essaie de la retenir sans beaucoup de succès, qu'une femme pleure son amour qui se meurt comme dans *La cérémonie des adieux*, qu'une autre femme soigne la jeune fille égarée au fond de soi comme dans *Un événement* ou dans *Mémoire de fille*; qu'un « malheur qui trouve des mots pour se dire n'est plus une radicale exclusion, il devient moins intolérable⁹⁰ ». La transgression des convenances, l'hybridité de genres⁹¹ (autobiographie, pathographie, autobiographie du couple, auto-socio-biographie) a suscité de vives réactions, il est temps d'en admettre leur durable influence.

Elles ne savaient pas ce qu'elles faisaient – Beauvoir surtout – elles doutaient, elles ne voulaient pas faire de la littérature, elles se méfiaient de cette pratique tout en la

86 BEAUVOIR (DE), Simone, 2018. « Une mort très douce », *op. cit.*, p. 453.

87 Cf. BARTHES, Roland, 2009. *Journal de deuil*, Paris, Seuil, p. 219.

88 f. 34 inédit, dans LOUETTE, Jean-François, 2018. « Notice », dans BEAUVOIR (DE), Simone, *Mémoires II*, *op. cit.*, p. 1378.

89 BEAUVOIR (DE), Simone, 1965. *Que pent la littérature*, Paris, UGE, p. 78-79.

90 Ivi, p. 92.

91 LOUETTE, Jean-François, 2018. « Notice », *op. cit.*, p. 1374. Voir aussi, LECARME-TABONE, Éliane, LECARME, Jacques, 1997. *L'Autobiographie*, Paris, Armand Colin, p. 120.

défiant. Elles ont écrit pour nous tout de même ; elles ont fait de la littérature pour aujourd'hui.

Bibliographie

ADLER, Aurélie, 2022. « Une femme “romanesque” : la mère, le romanesque dans *Écrire la vie* », *Littérature* n° 206.

ARRIBERT-NARCE, Fabien, 2014. *Photobiographies. Pour une écriture de la notation de vie*, Paris, Honoré Champion.

BARTHES, Roland, 2009. *Journal de deuil*, Seuil.

BEAUVOIR (DE), Simone, 1965. *Que peut la littérature*, UGE.

BEAUVOIR (DE), Simone, 2018. *Une mort très douce*, Gallimard.

BEAUVOIR (DE), Simone, 2018. *Autour d'Une mort très douce*, Gallimard.

BOYER-WEINMANN, Martine, 2013. *Vieillir, dit-elle. Une anthropologie littéraire de l'âge*, Ceyzérieu, Champ-Vallon.

BRUGÈRE, F., 2017. *L'Éthique du care*, PUF.

CHALOGNE (DE), Florence, DUSSART, François, 2022. « L'écriture romanesque d'Annie Ernaux », dans *Littérature* n° 206, juin 2022.

ERNAUX, Annie, 2011. « Je ne suis pas sortie de ma nuit », *Écrire la vie*, Paris, Gallimard, coll. « Quarto ».

ERNAUX, Annie, 2011. *Une femme*, Gallimard.

ERNAUX, Annie, 2012. « *Le fil conducteur* » qui me lie à Beauvoir, Cahier de l'Herne.

ERNAUX, Annie, 2021. *L'Atelier noir*, Paris, Gallimard.

FORT, Pierre-Louis, 2007. *Ma mère, la morte. L'écriture du deuil au féminin chez Yourcenar, Beauvoir et Ernaux*, Imago éditions.

HUBIER, Sébastien, 2003. *Littératures intimes. Les expressions du moi, de l'autobiographie à l'autofiction*, Paris, Armand Colin.

HUNKELER, Thomas, 2014. « Bien vu, mal dit : la littérature selon Annie Ernaux », dans BEST, Francine, BLANCKEMAN, Bruno, DUGAST-PORTES, Francine (dir.), *Annie Ernaux. Le Temps et la Mémoire*, Paris, Stock.

GEFEN, Alexandre, 2017. *Réparer le monde. La littérature française face au XXI^e siècle*, Paris, Corti.

JEANNELLE, Jean-Louis, 2012. « Écrire ses Mémoires : récit de formation et “devoirs virils” », dans *Simone de Beauvoir*, Cahier de l’Herne.

JEANNELLE, Jean-Louis, LECARME-TABONE, Éliane, 2018. BEAUVOIR (DE), Simone, « Introduction », *Mémoires I*, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque de la Pléaïde ».

LAUGIER, Sandra, PAPERMAN, Patricia, 2006. *Le souci des autres. éthique et politique du care*, Paris, éditions de l’EHESS.

LECARME-TABONE, Éliane, LECARME, Jacques, 1997. *L’Autobiographie*, Paris, Armand Colin.

LECARME-TABONE, Éliane, 2012. « Simone de Beauvoir à l’œuvre », dans *Simone de Beauvoir*, Cahier de l’Herne.

LOUETTE, Jean-François, 2018. « Notice », dans BEAUVOIR (DE), Simone, *Mémoires II*, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque de la Pléaïde ».

NICOLAS-PIERRE, Delphine, 2018. « Notice », dans BEAUVOIR (DE), Simone, *Mémoires II*, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque de la Pléaïde ».

NOURISSIER, François, 1964. « Une mort très douce, récit de Simone de Beauvoir », *Les Nouvelles littéraires*, 15 octobre 1964.

POISSON, Catherine, 2002. *Sartre et Beauvoir : du « je » au « nous »*, Amsterdam, Rodopi

SIMONET, Mathieu, 2012. *La Maternité*, Paris, Seuil,

SIMONET-TENANT, Françoise, 2012. « Relire le Journal de guerre », dans *Simone de Beauvoir*, Cahier de l’Herne.

TRONTO, Joan, 2009. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte.

WORMS, Frédéric, 2010. *Le moment du soin. à quoi tenons-nous ?*, Paris, PUF.

L'écriture du corps et la reconnaissance de l'immunité dans la relation soignant-patient : une analyse de *Leibhaftig*¹ de Christa Wolf

Louis MÜHLETHALER

L'intrigue de *Leibhaftig*, publié en 2002 en Allemagne, traduit en France l'année suivante par Alain Lance et Renate Lance-Otterbein, retrace le séjour à l'hôpital d'une patiente atteinte d'une maladie difficile à guérir. Cette maladie est si complexe qu'elle résiste à l'interprétation immunologique

1 L'écriture de cet article entre en résonance d'un autre article à paraître en 2024 dans la revue *Soin-Sens-Santé* sur la plateforme preo.u-bourgogne.fr et intitulé « Ce que la lutte des reconnaissances fait au diagnostic dans *Leibhaftig* de Christa Wolf ». Cependant, alors que je me concentre pour ce dernier article sur l'aspect du diagnostic dans son rapport à la reconnaissance au niveau des humanités médicales, je m'attache dans la présente contribution, intitulée « L'écriture du corps et la reconnaissance de l'immunité dans la relation soignant-patient : une analyse de *Leibhaftig* de Christa Wolf », à décrire les ressorts poétiques de l'écriture du corps et de la reconnaissance « immunitaire » et ce qu'elle implique pour la relation soignant/patient.

des médecins. Incapable de guérir malgré les traitements, la narratrice semble « résister à sa [propre] résistance » (Marin, 2010, p. 133) à la maladie. L'immunité de la personne de la narratrice y est réduite à sa composante physique au lieu d'être aussi étudiée sous l'angle de la personne – ce sera mon fil conducteur tout au long de cette étude.

Face à la maladie, les médecins objectivent le corps même de la narratrice, laquelle ne parvient pas à leur faire saisir l'origine également psychosomatique du mal qui l'assaille. Un diagnostic d'appendicite est rapidement formulé par les médecins, puis lui succède celui de péritonite aiguë. Le corps médical est déboussolé par l'évolution du mal affectant la narratrice; les cinq opérations que les médecins effectuent suite à la formation de plusieurs abcès s'avèrent des échecs et la situation de la patiente soignée empire. Bien que stimulé par une solide administration médicamenteuse, le système immunitaire de la narratrice demeure faible, voire déficient; l'immunité ne parvient pas – aux yeux des médecins – à « aider » la patiente dans sa lutte contre les bactéries dangereuses. Ce n'est qu'après une longue traversée des enfers, mobilisant le combat des forces physiques mais aussi la reconnaissance de l'atteinte de son état psychique, que l'état de la narratrice s'améliore. Aidée par un long examen de soi, la patiente hospitalisée, accompagnée par des figures féminines accueillantes jouant le rôle de donneuses ou de pourvoyeuses de soin (*care givers*²), se met à envisager la voie de la guérison comme possible.

2 La notion de *care giving* renvoie à la qualité spécifique de compétence en matière de soin dans la distinction effectuée par Joan Tronto entre quatre moments du *care* « auxquels correspondent quatre qualités morales spécifiques : "l'attention (correspond au *caring about*), la responsabilité (correspond au *taking care of*), la compétence (correspond au *care giving*), la réceptivité (correspond au *care receiver*)." », ce qui fait que le *care* ne se réduit pas à la morale et que la morale s'expérimente dans une pratique. » (Noël-Hureaux, 2015, 9 citant Molinier 2009). L'activité de *care giving* renvoie au domaine de la compétence du soin. Il s'agit en particulier dans *Leibhaftig*

Christa Wolf (1929-2011), écrivaine allemande majeure, figure importante de la vie intellectuelle de la RDA, a pu s'inspirer pour *Leibhaftig* de plusieurs bouleversements de sa vie privée. Parmi ces derniers, on trouve un séjour à l'hôpital en 1988³. *Leibhaftig* ne comporte ni les marqueurs du genre autobiographique ni même ceux à proprement parler de l'autofiction, mais la référence à certains épisodes de la vie de l'autrice et la mention de certaines personnes proches de Christa Wolf, telles que son mari et sa mère, attestent la présence d'un pacte référentiel. La narratrice vivant l'expérience de la maladie n'est cependant jamais strictement identifiable à l'autrice ; elle n'est de surcroît jamais nommée. Cela s'effectue alors même que tout le récit embrasse – certes par la mise en dialogue de l'intérieur du *je* et de l'extérieur du *elle* – son point de vue.

La dépersonnalisation s'accompagne en outre d'une plongée dans une atmosphère aseptisée qui rebute la voix narratoriale. La salle d'opération est qualifiée de « [z]one de la troisième personne » (CM, 71⁴). La narratrice se trouve en proie à un épuisement associé à « une perte des repères et une *désorientation* » (Pic, 2010, p. 75, l'autrice souligne) dont la composante psychosomatique travaille le texte de l'intérieur. La poétique du récit semble en effet celle du flot (plutôt que du flux)⁵ de conscience effondrée : « Le flot monte à

de celle infirmières et les aides-soignantes qui portent le *care* en tant que soin plutôt que le *cure*.

3 Comme l'écrit Katrin Löffler (2016, p. 229, Je traduis) « [e]n 1988, Christa Wolf a été touchée à Woserin, la résidence d'été de la famille dans le Mecklembourg des Wolf, par une appendicite et une septicémie. Elle passa plusieurs semaines à l'hôpital de Schwerin entre la vie et la mort. Une longue période de convalescence s'ensuivit. »

4 Je référerai désormais à ce récit traduit en français sous le titre *Le Corps même* en tant que CM directement suivi du numéro de page. Dans la mesure où elles intéressent la perspective d'analyse des termes en langue originale, je donnerai entre parenthèses certaines expressions allemandes.

5 À la fluidité souvent harmonieuse du flux s'oppose en effet l'immer-

nouveau. Il porte un nom : épuisement. La conscience se retire, va vers le fond. S'effondrer. » (CM, 35). Les phrases se déploient suivant une apparence de continuité minée par la discontinuité : leur flot n'accompagne pas la narratrice, mais traduit les résistances à exprimer les maux qu'elle ressent. Ainsi l'impression d'équivalence entre l'eau et la vie – « l'existence humaine ressemble à de l'eau » (CM, 9) – oppose à l'image aquatique traditionnellement ductile et fluide la violence de l'immersion dans un état d'avant le langage. Citons les premières phrases du récit :

Blessée.

Quelque chose se plaint, sans un mot. Un assaut contre le mutisme qui s'étend obstinément en même temps que l'inconscience. Cette plongée puis cette émergence de la mémoire dans un fabuleux flot originel. Mémoire insulaire. Là où elle dérive à présent, les mots ne suffisent pas, ce doit être l'une de ses dernières pensées lucides (CM, 7).

Ces premiers mots illustrent bien cette poétique de la dérive semi-consciente, ou préconsciente à laquelle est associé le flot d'images et de pensées préverbaux dans lequel la narratrice se trouve prise.

Pour étudier la relation soignant/patient dans *Leibhaftig* de Wolf, j'interrogerai l'écriture dans trois déploiements du corps même (et donc de notre récit). *Leibhaftig* a en effet été traduit en français par *Le Corps même*. Or, il faut signaler que l'expression-titre du récit joue en allemand sur une dualité sémantique. « *Leibhaftig* » s'y emploie en effet :

- en tant qu'adjectif, et signifie « incarné ». Le nom commun *Leib*, à partir duquel est formé « *leibhaftig* » peut en français se traduire par « le corps vivant » ;

sion, la plongée dans le « flot » (*Flut*), terme qui revient à de nombreuses reprises dans le récit.

il renvoie ainsi plus précisément à ce que la tradition phénoménologique nomme « la chair » ou le « corps propre », par opposition au *Körper* (corps objet et souvent rendu objectivable par le regard médical)⁶.

- En tant qu'adverbe, et signifie « en personne », faisant signe vers la dimension d'ipséité du soi (soi-même).

Dans un premier temps, « *Leibhaftig* » sera considéré sous l'angle de l'écriture du corps même, analysé et faisant l'objet d'un diagnostic; c'est ainsi l'examen pratique de l'effondrement du corps qui sera exploré : comment la guérison que cherchent à tout prix les médecins se plie-t-elle au schème réducteur de l'immunité de l'être soignée envisagée selon un paradigme guerrier⁷? Dans un deuxième

6 L'opposition du *Körper* et du *Leib* dans le texte de Christa Wolf peut clairement se lire selon la perspective de distinction phénoménologique de ces deux termes, où le *Leib* (la chair vécue comme corps propre) se distingue ainsi du *Körper* (du corps comme objet). Camille Laurens (2016, p. 28) a mis bien au jour la distinction entre ces deux termes dans l'écriture du corps et de soi : « En examinant de plus près ces occurrences, je ferai d'abord une distinction entre le mot "corps" et le mot "chair" tel que la fait le philosophe Jean-Luc Marion dans *Le Phénomène érotique* (Grasset, 2003) : le corps est un objet dans le monde, alors que la chair est ce qui me touche et me fait exister moi-même comme chair, comme chair vivante. » Pour une analyse approfondie de cette distinction, je renvoie à l'article de Jenny Slatman (2020, p. 203-209) intitulé "The Körper-Leib Distinction" (In *50 concepts for a critical phenomenology*, Northwestern University Press, 2020).

7 Parmi les théories les plus paradigmatiques et emblématiques de cette lutte « guerrière », se trouve la théorie du self et du not-self, développée par Frank Macfarlane Burnet, qui a longtemps été dominante en immunologie, mais est aujourd'hui remise en question. Concernant la présentation détaillée des différentes théories immunologiques, on pourra se référer entre autres à l'ouvrage d'Arthur M. Silverstein, *A history of immunology* (Academic Press, 1989) ainsi qu'à celui d'Anne-Marie Moulin, *Le dernier langage de la médecine* (PUF, 1991). Pour une remise en question particulièrement féconde de la théorie du soi et du non-soi en immunologie, je renvoie à l'ouvrage de Thomas Pradeu : *Les limites du soi* (Presses de l'université de Montréal, 2009), dans lequel est affirmée la théorie de la

temps, considérant le sens de « *Leibhaftig* » comme la *personne* effondrée, j'envisagerai, selon un angle immunitaire et immunologique, le dialogue entre le corps et la personne de la patiente. Comment le diagnostic relatif à l'effondrement de l'immunité et du système immunitaire d'un corps implique-t-il dans l'écriture une double reconnaissance de l'immunité de la patiente soignée? Mon hypothèse est que cette reconnaissance s'effectue sur deux plans. Elle s'effectue d'abord au niveau diégétique par la reconnaissance (dans une tension entre *anagnorisis* et *anagnosis*) de sa qualité de personne renversée à ses yeux par le système immunitaire, lequel – comme le système médical – s'avère défaillant. Cette reconnaissance de la personne est ensuite celle de la narratrice par des figures de *care givers*. C'est ainsi que dans un troisième temps, « *Leibhaftig* » sera considéré *en personne* dans son rapport à la chair et aux voix narratives donneuses de soin ; les voix des soignantes qui auscultent dans la langue et l'écriture le corps de la narratrice seront envisagées comme accompagnatrices de la guérison de cette dernière. Pour ce qui est de « la reconnaissance » de l'immunité de la narratrice tout au long de mon analyse, je m'attacherai moins à théoriser la notion de reconnaissance à partir d'Axel Honneth (cf. 1992) qu'à y voir le sens dégagé par Paul Ricœur⁸ dans trois directions différentes :

continuité et où les notions et les oppositions mêmes de soi et de non-soi sont remises en question.

8 Se penchant sur les trois sens de la reconnaissance chez Paul Ricœur, Nathalie Kremer (2022, p. 320-323, l'autrice souligne) rappelle ainsi : « [d]ans cette étude passionnante [intitulée *Parcours de la reconnaissance. Trois études*] [...], Paul Ricœur ramène essentiellement à trois formes fondamentales le sens du mot *reconnaissance* :

1) La reconnaissance comme *identification d'une chose* premièrement (“reconnaître quelque chose comme la même”, et donc la reconnaître comme distincte d'une autre chose, écrit Ricœur) : il s'agit ici de la reconnaissance comme acte de réactivation d'une connaissance préalable. C'est sur ce premier sens de la reconnaissance que repose, par exemple, le grand res-

- la reconnaissance comme identification et examen d'une maladie par le personnel médical.
- la reconnaissance à soi comme reconnaissance par la narratrice de sa qualité de personne.
- la reconnaissance mutuelle impliquant la gratitude et la récompense (reconnaissance mutuelle impliquant la narratrice et les figures féminines de soignantes).

L'examen du « corps même » effondré

Le corps se lit tout d'abord dans le récit de Wolf comme corps du regard médical. L'écriture de ce corps revêt les marques de l'objectivation, de la réification par les opérations. Les médecins se focalisent essentiellement sur le stade de « l'agir scientifique (élaboration du diagnostic, de la thérapie et du pronostic) » (Benaroyo, 2010, p. 31). Oubliant de manifester de la compassion⁹ à l'égard de la patiente hospitalisée, les médecins, et en particulier le médecin-chef, apparaissent comme des personnages négatifs. Témoignant de la formation médicale rigide de la RDA, ils sont associés

sort littéraire de l'*anagnorisis* [...].

2) Le deuxième sens du mot concerne l'identité au titre de *reconnaissance à soi* ("se reconnaître soi-même" et "être reconnu pour"). Ce second sens du mot concerne l'*ethos*, l'image de soi que l'on offre au regard des autres, mais dans laquelle on se reconnaît aussi soi-même. Interviennent ici, entre autres actes de parole, l'aveu, la confession, , mais aussi la promesse – et par ce biais, sur le plan narratif et littéraire, la projection des relations entre personnages dans le futur qui assure la relance de l'intrigue.

3) Enfin, le troisième sens que Ricœur appelle *la reconnaissance mutuelle* concerne la gratitude et la récompense : la reconnaissance installe ici une relation réciproque entre un bienfaiteur et le bénéficiaire, en assurant un dynamisme des rapports entre eux. » Dans le souci de conserver une approche littéraire et philosophique, je ne considérerai pas la reconnaissance dans le versant immunologique ou seulement de manière marginale.

9 Pour un approfondissement de la liaison du soin à la compassion, je renvoie à l'ouvrage *Soin et compassion : un nouveau paradigme pour la philosophie politique ?*, dirigé par Pauline Bégué et Zarić (2021, Hermann Éditeurs).

à une dépersonnalisation des êtres qui porte violence à la conscience de la narratrice. Ces derniers ne font que traquer la localisation du point de la douleur, neutraliser le « foyer infectieux » (CM, 39) et se préoccupent ensuite uniquement de trouver le « remède qui convient » (CM, 78). Lorsqu'ils auscultent la narratrice et prennent son pouls pour contrôler la tachycardie dont elle souffre, l'objectivation du corps de la protagoniste constitue une violence d'un point de vue du corps même. Ayant « branch[é] [leur patiente] sur un appareil qui transmet à un écran le rythme de son pouls. [...] » (CM, 16), les médecins occultent presque complètement sa dimension d'être souffrant et parlant :

Comment se sent-elle à présent? C'est toujours la même réponse qu'elle devrait donner au médecin-chef : au fond d'un puits d'où je n'ai pas la force de m'extraire. Elle dit : Ça va. Il paraît accorder moins de crédit à ses paroles qu'au résultat de ses propres investigations. Il l'ausculte, tâte son pouls, soulève ses paupières, veut encore savoir quelle température elle avait quand on l'a prise pour la dernière fois (CM, 33).

Face à toutes les opérations qu'elle subit, la narratrice peine à se faire médecin de son âme : sa tentative d'examen de conscience se heurte à de multiples résistances endogènes et exogènes à sa psyché. L'examen de soi imitant malgré lui le mouvement des opérations médicales dépersonnalisatrices, le *soi* de la narratrice semble s'ôter lui-même de sa qualité de personne. Habitée par l'idée d'autofalsification, l'écriture de *Leibhaftig* se caractérise par une tension extrême et par la thématization de la coupure¹⁰ et du combat intérieur : « Deux

10 Ce sentiment de « coupure » vis-à-vis de soi-même est aussi très bien décrit par Jean Starobinski : « Nous sommes la proie d'un autre en ce for intérieur où devrait cesser toute aliénation. De fait, il faut un effort – rarement couronné de succès – pour que ce corps soit pleinement nôtre : il est aussi bien un avant-poste du monde en nous, dissipant ce nous

sentiments s'affrontaient en moi, je m'en souviens encore, ce sont les sentiments contradictoires qui me restent le mieux en mémoire » (CM, 11). Cette lutte se traduit sur le plan des images et sur le plan stylistico-syntaxique par la hachure. Le flot dans lequel la narratrice est immergée est tendu entre deux pôles opposés : celui des brèves phrases nominales décrivant l'aseptisation, la dépersonnalisation de la conscience et celui des phrases complexes donnant à entendre la détresse subséquente aux contradictions intérieures ainsi éprouvées. C'est le cas dans ce passage qui constitue l'un des rares du récit où le *je* de la narratrice parvient à s'affirmer en dépit de toutes ses résistances :

Impuissante je dérive dans les eaux enchaînées, deux mots surgissent, atteignent une infime parcelle de ma conscience, résistent au courant impétueux, se fixent, à présent je peux penser, à ma grande surprise : je souffre. Je remue les lèvres, tentant d'exprimer ce que je viens de découvrir : je souffre (CM, 57).

Face à cette expression de la souffrance à la première personne du singulier, les médecins se replient sur le masque de la troisième personne (eux non plus n'ont pas de noms, sauf les figures médicales les plus importantes – Lothar et Urban). Se contentant d'appliquer les protocoles médicaux de la reconnaissance de l'adversaire à combattre, les médecins se veulent les défenseurs de leur patiente qui circonscrivent le « foyer infectieux » (CM, 39) face à ses « assaillants » (CM, 76) (*Angreifer*). Cette vision entre en résonance avec le schème de défense immunitaire presque « politico-militaire »¹¹

par tout ce que le monde comporte d'aveugle et d'hostile. » (Starobinski, 1985, pp. 19-20).

11 Je me réfère ici aux travaux du philosophe Roberto Esposito (2002/2021) qui a interrogé la catégorie de l'immunité à l'épreuve de celle de communauté. La narratrice intériorise psychiquement le modèle du combat (la lutte physique contre les agresseurs de l'immunité se traduit au

qui réduit le lieu depuis lequel s'écrit le récit – sa propre conscience et son corps – à des instances de combat. Or le combat est faussé d'un point de vue narratif : il ne s'agit pas pour la narratrice d'intérioriser le combat immunitaire mais au contraire de l'extérioriser, de faire reconnaître que sa souffrance n'est primordialement pas celle de son système immunitaire apparemment défaillant mais bien celle d'une personne en détresse.

L'effondrement de la personne : reconnaître dans l'écriture l'immunité de la personne soignée

Après tous les diagnostics et administrations médicamenteuses qu'ils ont effectués dans le déni de l'épuisement psychique de la narratrice, les médecins ignorent ce qui se rapporte précisément à sa qualité de personne. Ainsi la déficience immunitaire que le médecin-chef diagnostique chez la narratrice se trouve à l'origine d'un profond questionnement sur l'immunité même de la patiente face à son effondrement :

J'aimerais quand même savoir ce qui a affaibli à ce point votre système immunitaire.

[...] Il faut que vous vous imaginiez, poursuit le médecin, que ces médicaments, dont nous disposons d'ailleurs à présent en quantité suffisante, déclenchent un assaut généralisé contre ces maudits germes ; ça, de toute façon. Mais ils ne peuvent pas tout faire. Ils ont besoin du soutien des défenses immunitaires produites par le corps (*CM, 132-133*).

On remarque que le corps est totalement objectivé ; désigné non dans l'adresse discursive comme « votre corps »

niveau psychique et n'est pas sans rappeler le combat entre un soi et un non-soi à l'œuvre dans les représentations immunologiques).

mais comme « le corps », ce dernier apparaît bien plus fréquemment désigné et comparé au *Körper* (corps objectif) qu'au *Leib* (corps propre et vécu¹²).

C'est précisément à partir du moment où le médecin prononce le mot (qui n'est pas un diagnostic à proprement parler médical) d'« effondrement » (*CM*, 133) (*Zusammenbruch*) devant la patiente hospitalisée que l'autodiagnostic du corps peut s'affiner dans la conscience de la narratrice :

Sur un ton objectif, légèrement sentencieux, il dit que l'évolution de la maladie ne justifie pas suffisamment l'*effondrement* de mes défenses immunitaires. J'ai lutté pour parler enfin des choses concrètes. Un mot comme « *effondrement* » n'a pas été prononcé jusqu'à présent. Chaque cellule de mon *corps comprend ce que cela signifie* (*CM*, 133, je souligne).

L'apparition de la première personne du singulier, amorçant la resubjectivation par le récit, est particulièrement frappante. La compréhension verbale et corporelle de l'effondrement par la narratrice, désormais apte à avoir une « *connaissance intuitive de la maladie* » (Barrier, 2010, p. 161, l'auteur souligne), lui permet de ne plus recevoir les opérations ou soins des médecins comme autant de *coups* assénés à la surface de sa conscience flottante. Cette compréhension lui permet bien plutôt de commencer à mieux se comprendre d'un point de vue du « corps même ». Cet extrait marque dans le récit le passage d'un stade où la maladie était simplement subie comme « intérioris[ation] de la déchéance » (Marin, 2010, p. 131) à l'affirmation d'une connaissance de l'atteinte profonde à sa qualité de personne.

D'un point de vue de l'économie du récit, la scène précède une scène de reconnaissance (*anagnorisis*) où la protagoniste

12 C'est d'ailleurs sous le terme objectivant de *Körper* que le corps est le plus souvent désigné par Wolf.

va s'attacher à révéler le mal psychosomatique dont elle est effectivement atteinte en reconnaissant en elle-même sa qualité de personne. Cette reconnaissance possède une dimension d'autodiagnostic et de réflexivité distanciée par rapport à la rationalité du propos émis : la révélation de cette reconnaissance ne s'affirme donc pas selon un caractère de vérité et ne revêt donc pas la tonalité tragique de la traditionnelle *anagnorisis* tragique, mais dialogue avec l'*anagnosis*¹³ revêtant les critères du diagnostic à l'épreuve de la relecture : il s'agit bien de *relire* la lecture objectivante et réductrice proposée par les médecins.

Ce passage de la reconnaissance par la protagoniste du mal dont elle est atteinte se situe aux trois quarts du récit, lorsque la narratrice répond au médecin et lui en remontre au sein de ce qu'on pourrait appeler une explication personnelle de l'immunité.

En affirmant que l'effondrement du système immunitaire fait aussi intervenir la personne humaine, la narratrice en remontre à une conception rigide de l'immunité – celle des médecins. La soignée s'oppose à la conception médicale qui réduit la dimension immunitaire de sa personne à une simple obéissance à un système. Remarquable est ainsi le lien esquissé entre le système immunitaire et le système médical (hospitalier). À l'image du système immunitaire, les médecins auraient renversé la *personne*, ils n'auraient plus accepté leur fonction de surveillance et de soin du corps. Bien plus, ils n'auraient pas reconnu la patiente elle-même comme une

13 Aussi s'exprime ici la tension qui s'exprime en général entre *anagnorisis* et *anagnosis* : « Cette contradiction est la tension entre le cas en tant que texte, performance ou genre de découverte (*anagnorisis*) et de connaissance (*anagnosis*). L'*anagnorisis* est une découverte dramatique [...] au cœur du modèle aristotélicien que nous avons construit, tandis que l'*anagnosis* est une (re)lecture. Toutes deux sont des formes de reconnaissance identificatoire, mais le premier est révélateur alors que la seconde possède un caractère ordinaire [...]. » (Flexer et Hurwitz, 2021, pp. 53-54, je traduis).

personne à même de leur exprimer, de leur raconter ses souffrances. Voici les mots mêmes que la narratrice, dans sa reconnaissance de son immunité véritable, adresse au médecin-chef :

Parce que, avec toute la ruse qui caractérise ces forces secrètes en nous, [le système immunitaire] *a renversé la personne*, l'a rendue malade pour, de cette façon un peu longue et compliquée, l'extraire de ce courant qui mène à la mort et en confier la responsabilité à un autre, c'est-à-dire à vous, professeur. Était-ce cela, l'explication de votre embarras tout à l'heure, de votre mauvaise humeur à peine dissimulée? Parce que vous refusez *le rôle qui risque de vous échoir?* [...] Que vous devinez vaguement quelles sont les intentions de cette femme, qu'on ne peut d'ailleurs encore appeler intentions puisqu'elle n'en a pas pris conscience *elle-même* (CM, 136-137, je souligne).

Censé soigner la narratrice, le corps médical a réduit – selon une systématique médico-immunitaire – la personne à ses mécanismes biologiques. Il a omis toute la dimension d'individualité biologique et de connaissance de soi de la personne. L'immunité ne se réduit ainsi pas à la lutte guerrière du système immunitaire entre un soi et un non-soi, mais fait aussi intervenir la reconnaissance du *soi* dans sa dimension de personne. L'explication personnelle de la patiente à laquelle le récit semble donner crédit apparaît donc comme sérieuse : il s'agit d'expliquer – sans se situer sur le même plan que le médecin – pourquoi le système immunitaire ne fonctionne plus. Cependant, elle est également parodique de la conception rigoriste mais simpliste de l'immunité et du système immunitaire que proposent les médecins de *Leibhaftig*, lesquels expliquent le « Tout » de la maladie par une seule déficience – immunitaire. En même temps qu'il est parodique des systèmes de rationalité, le discours de la narratrice apparaît comme distancié vis-à-vis de sa

propre rationalité : ces propres objets théoriques (système immunitaire, personne humaine, corps médical) que son discours prétend décrire sont considérés avec une certaine distance par la narratrice-protagoniste. Si le lecteur est ainsi convié à prendre ses distances malgré son empathie envers la narratrice, il ne peut que mesurer la force d'un tel renversement et d'une telle subversion dans la reconnaissance par la narratrice de sa propre immunité. Cette force se double d'un ton rusé et non autoritaire : la narratrice n'affirme pas sa position, mais la suggère sur le mode interrogatif, sans la verticalité affirmatrice et l'autorité de l'interrogatoire médical.

À l'opposé des médecins, les infirmières, les aides-soignantes ont pu, presque dès l'entame du récit, se situer à l'écoute de la douleur de la narratrice, et pressentir la dimension psychosomatique de son effondrement. En questionnant la narratrice sur sa peur de la mort, en pointant le lien étroit entre l'effondrement-épuisement¹⁴ somatique et la « dissolution » de son psychisme, elles l'autorisent à se confier elle-même au récit. Elles l'autorisent également à se reconnaître elle-même comme dans l'accompagnement de la subjectivation. Savoir s'il y a des personnes (au sens de personnes bien réelles), et des personnes pronominales (des pronoms personnels) qui seront plus à même d'accueillir sa souffrance que la narratrice, tel paraît être l'enjeu de la quête de reconnaissance de la narratrice dans toute la fin du récit. Elle-même va reconnaître dans la figure d'anesthésiste

14 L'effondrement est aussi, dans *Leibhaftig*, d'un point de vue physique et psychosomatique, lié à la peur de la mort (la narratrice étant hantée par la finitude et se souvenant aussi de sa défunte mère hantée par la mort). Frédéric Worms rappelle que « [...] pour Winnicott, la “crainte de l'effondrement” est toujours la crainte d'un effondrement qui a déjà “eu lieu” [...] qui “a déjà été éprouvé” ». L'analyse de Worms est la suivante : « la crainte pathologique de l'effondrement résulte d'une expérience de défaillance de cet environnement et donc, d'une épreuve déjà vécue de la mort » (Worms, 2012, p. 168).

poétique de Kora Bachmann son accompagnatrice d'écriture.

Du point de vue de la confiance dans le récit, la narratrice n'en finit pas de mettre en doute la possibilité de son ressaisissement psychique par sa narration. Mettant au jour les artifices de la continuité, elle ne croit plus aux pouvoirs de la ressaisie de l'ipséité :

Ne nous l'a-t-on pas assez enfoncée dans le crâne, cette idée que toute chose prend sens et prouve son sens dès lors qu'on peut en faire le récit? Je commence à deviner de quelles sources viennent ces images que je suis forcée de voir dès qu'on écarte le metteur en scène de mon théâtre intérieur (CM, 35).

Ici encore, le *je* de la narratrice soignée s'affirme, mais cette dernière met en doute la capacité du récit à redonner un sens à son histoire. Si le processus de subjectivation prend du temps, c'est que l'existence vécue a été placée par la maladie sous le signe de l'extrême détemporalisation. Le « tout » reconfigurant du récit n'est pas le « Tout » de la guérison et la narratrice a déjà affiché une confiance mitigée dans la capacité du récit à suturer la véritable « crise du sens » (Benaroyo, 2010, p. 27) qu'elle traverse. Notons qu'au stade déjà avancé du récit où s'amorce la voix possible de la guérison, « la personne elle-même » (*die Person selbst*) (CM, 138) est encore considérée comme une « notion flottante et imprécise » (CM, 138). Les voix de la renarrativisation et de la guérison sont peu créditées par la narratrice.

La voix de l'autrice qu'est Christa Wolf s'exprime par la suite rétrospectivement sur l'un de ses états, et comprend qu'elle peut sortir de la maladie en considérant les autres possibilités de l'existence : « Bien plus tard [...] je comprendrai que ce sentiment que j'éprouve alors me rattache à nouveau à l'univers des gens bien portants. Quand guérir signifie qu'on ne considère plus que la maladie est *l'unique état possible* »

(*CM*, 150, je souligne). Ce qui permet à la patiente soignée *en personne* d'envisager les voix de la guérison comme possibles consiste plutôt dans l'écoute de soi-même. La fonction du récit de soi permet de réaffirmer l'ipséité de la personne tout en étant accompagnée par l'auscultation de la vie et de sa consistance par d'autres personnes qu'elle-même.

Auscultation la vie en personne : corps vécu et chair de l'écriture

Ce sont véritablement les infirmières aides-soignantes et anesthésistes – des personnages de femmes qui vont jouer le rôle d'accompagnatrices de la narratrice de sa propre guérison. Le cas le plus fort de cet accompagnement féminin de la guérison est la relation entretenue par la narratrice avec son anesthésiste Kora Bachmann, laquelle occupe une place de premier plan dans la toute fin du récit.

Personnage doublement poétique – son prénom référant au mythe de Kora-Koré-Perséphone et son nom à la poétesse Ingeborg Bachmann, Kora Bachmann se situe résolument du côté du véritable don de soin (*care giving*) représentant ainsi la sollicitude féminine¹⁵. En dépit de l'ambivalence de la figure de l'anesthésie (qui représente un soulagement de la douleur d'un côté ayant pour contrepartie l'occultation de l'expression de la vulnérabilité), Kora Bachmann permet à la narratrice d'opérer une sorte de retour à la confiance en l'authenticité de la quête littéraire. La narratrice lui dit : « Vous détectez la douleur dans le corps, moi ailleurs » (*CM*,

15 L'idée d'une sollicitude féminine, qu'on peut déceler comme sous-jacente dans *Leibhaftig*, s'inscrit dans le droit sillage des travaux de Carol Gilligan (cf. 1982), que résume bien Fabienne Brugère affirmant « qu'évoquer le care revient à laisser la parole à une morale des femmes, à la construction d'un sexe de la morale ou à ce qu'on peut désigner en français sous l'expression le sexe de la sollicitude longtemps condamné au silence ». (Brugère, 2010, pp. 69-86.).

169). Ainsi Kora exerce pour la narratrice, « le même métier » (CM, 169) qu'elle. Toutes deux font résonner dans les échos de leur dialogue la voix de Christa Wolf, grande admiratrice d'Ingeborg Bachmann. En tant qu'anesthésiste, Kora détecte réellement la douleur chez la narratrice (sa patiente). Cette détection du mal s'effectue au sens étymologique premier de la *detectio*, de la mise à nu par la poésie qu'a bien analysée Julie Delaloye¹⁶. Avec Kora, l'opération de *découverte* du mal psychique rongeur l'âme s'oppose à la dissection médicale du corps; il s'agit d'explorer les couches historiques et mémorielles de l'être, d'excaver tout en sondant les violences portées à l'autoaveuglement dans l'Histoire. Kora Bachmann et la narratrice parcourent ensemble système immunitaire et tréfonds viscéraux de l'âme – « le labyrinthe de mon cerveau correspond au labyrinthe de notre système de caves » (CM, 147) – dans une étonnante collusion entre les images de biologie, de la mythologie et de l'Histoire où un *nous* peut affirmer la continuité retrouvée de l'être :

Mise à nu des entrailles. Oui, dit Kora, on pourrait l'appeler ainsi. [...] *Archéologie des destructions.* Kora, qui tient toujours ma main, me fait un signe, *nous descendons* dans la tranchée, sur la couche la plus profonde que les excavatrices ont mises à jour. Dans l'Hadès? dis-je à Kora (CM, 152, je souligne).

16 La mise à nu de la poésie s'oppose à la quasi-*dissection* de l'approche médicale, comme l'a bien remarqué Julie Delaloye (2018, p. 428. Je souligne) : « [L]e médecin s'approche ainsi de la douleur, la *dissèque*, mais sans jamais pouvoir la *mettre à nu*. La douleur aiguë laisse peu de place à la poésie, de par son caractère incisif. La douleur chronique, celle qui échappe à la prise en charge médicamenteuse et qui met bien souvent le médecin face à son échec de prise en charge, entraîne déjà dans son sillage une forme de souffrance morale. [...] Parce qu'elle essaie de remonter à l'origine de la douleur, de la tracer, pour finalement la mettre en mots, la poésie devient en elle-même un acte thérapeutique ».

L'auscultation poétique du corps effectuée par Kora ne demeure pas, à l'instar des gestes médicaux, dans une extériorité du corps (*Körper*) avec lequel il faudrait se distancier; il s'agit bien de sonder l'intérieur de son corps vécu comme *Leib*, d'aller au plus profond de ce dernier pour excaver les failles et les différentes couches historico-psychiques de la patiente soignée. La littérature, telle qu'elle est conçue par Wolf, permet de sonder les maux *de* (depuis et de) la langue. Aussi peut-on attribuer à la littérature une fonction d'« éthoscope¹⁷ » par rapport à la médecine, voire de stéthoscope. Il s'agit par là de traduire l'opération éthique d'écoute du corps et d'auscultation des pulsations d'une langue, langue qui dans *Leibhaftig* passe progressivement de l'autoscission médicale à la continuité (doutant toujours d'elle-même) de la poésie.

L'accompagnement de Kora dans la voie littéraire permet à la narratrice de sonder la véritable origine (psychique) de son mal. Elle lui permet de chercher « l'âme comme facteur d'incident » (*CM*, 169) et de s'affirmer dans la « décision ferme » (*CM*, 156) de guérison. Par opposition aux chirurgiens qui ne parviennent eux « jamais à trouver l'âme, [et ce] quelle que soit la profondeur de leur incision » (*CM*, 169), les femmes donneuses de soin (exerçant l'activité de *care giving*) parviennent à pointer les failles de l'être.

La qualité d'un accompagnement par l'écoute de la littérature s'exerce non seulement à la fin du récit en se situant à l'écoute du corps mais aussi – d'un point de vue poétique –

17 Comme l'écrit Maria de Jesus Cabral (2018, p. 192), « [a]u stéthoscope de la médecine, vient ainsi s'allier, comme complément nécessaire, "l'éthoscope" de la littérature ». L'éthoscope de la littérature recouvre pour de Jesus Cabral (2018, p. 192) « l'orientation discursive [...] en cela [...] précieuse pour l'éthique médicale, concernée par l'empathie [qui] implique le sujet dans la logique complexe qui l'unit à l'autre par et avec le langage. Découvrir cette logique dans des formes particulières et inventives peut effectivement constituer un laboratoire propice à un exercice de *penser et de sentir* par le langage. » (L'autrice souligne).

en prenant « le pouls de la langue¹⁸ ». Non seulement Kora guide la narratrice dans la décision ferme de sa guérison, mais elle contribue à lui révéler le sens et le pouvoir des mots. Cependant, dans son ultime confrontation avec Kora, dans son rayonnement à la fois solaire et caverneux, la narratrice envisage quelles zones restent à explorer par l'écriture *de* la vulnérabilité. Ainsi, à la toute fin du livre « [...] elle [la narratrice hospitalisée] demande à Kora Bachmann si elle sait que *la douleur éprouvée à l'occasion d'une perte est à la mesure de l'espoir qui l'a précédée*. Kora l'ignorait. Suivre les douleurs à la trace, lui dis-je, sans cuirasse, cela en vaudrait la peine. Cela vaudrait la peine de vivre. » (CM, 193, je souligne). Le retour à l'écriture du quotidien et de la vie elle-même redevient possible à condition de se sentir, une fois guéri, à nouveau vulnérable – l'espoir étant « le point vulnérable » (CM, 190) de l'existence humaine. Wolf envisage ainsi la vie dans la souffrance éprouvée *de* la vulnérabilité. Cette épreuve de la vulnérabilité devient la condition nécessaire de l'écriture, qu'il faudra aussi – afin de faire retour sur cet épisode psychiquement difficile qu'a été l'hospitalisation, prendre en compte. En cela, dans l'auscultation de « la consistance réelle de la vie vécue¹⁹ », il s'agit aussi – une fois la santé recouvrée – de ne jamais renoncer à la singularité de tous les cas de vulnérabilités humaines.

18 Je reprends ici le titre d'un article de Camille Laurens (2016, p. 23-36).

19 Ainsi, la phrase d'Edgar Lawrence Doctorow que Christa Wolf place en exergue de *Ville des anges* (Wolf 2012, p. 11) « La consistance réelle de la vie vécue, aucun écrivain ne peut la restituer », vaut pour méditation sur la quête d'authenticité subjective qui anime Christa Wolf. En dépit de la difficulté à restituer la consistance réelle de la vie vécue, Wolf cherche à y parvenir dans une grande partie de son œuvre.

Conclusion

La lutte de la narratrice malade pour la guérison ne peut simplement s'envisager dans *Leibhaftig* comme défense guerrière de son organisme face à un pathogène extérieur. La guérison doit – pour affirmer sa possibilité dans le récit – prendre non seulement en compte l'accompagnement médical d'un système immunitaire, mais aussi l'ensemble des relations entre soignants et soignés. Aussi la personne elle-même combat-elle la dépersonnalisation en renversant le schème traditionnellement immunitaire et offensif de la reconnaissance de l'ennemi en la reconnaissance et la gratitude des voix soignantes et de la personne qui accompagnent son immunité. La personne soignée parvient ainsi en dernier lieu à s'écouter *elle-même* dans la voix de l'écriture qui ne devient plus étrangère à sa voix intime, mais est rendue comme sienne.

Bibliographie

Corpus étudié

WOLF, Christa, 2002. *Leibhaftig : Erzählung*, Luchterhand.

WOLF, Christa, 2003. *Le Corps même*, traduit de l'allemand par Alain Lance et Renate Lance-Otterbein, Fayard.

Autres références

BARRIER, Philippe, 2010. « Le soin comme accompagnement et facilitation de l'individuation avec la maladie chronique », dans BENAROYO, Lazare, LEFÈVE, Céline, MINO, Jean-Christophe, WORMS, Frédéric (dir.), *La Philosophie du soin. Éthique, médecine et société*, PUF, p. 155-171.

BÉGUÉ, Pauline, ZARIĆ, Zona (dir.), 2021. *Soin et compassion. Un nouveau paradigme pour la philosophie politique ?*, Hermann.

BENAROYO, Lazare, 2010. « Éthique et herméneutique du soin », dans BENAROYO, Lazare, LEFÈVE, Céline, MINO, Jean-Christophe, WORMS, Frédéric (dir.), *La Philosophie du soin. Éthique, médecine et société*, PUF, p. 23-36.

BRUGÈRE, Fabienne, 2010. « L'éthique du *care* : entre sollicitude et soin, dispositions et pratiques », dans BENAROYO, Lazare, LEFÈVE, Céline, MINO, Jean-Christophe, WORMS, Frédéric (dir.), *La Philosophie du soin. Éthique, médecine et société*, PUF, p. 69-86.

DELALOYE, J., 2018. « Derrière le poème, un corps ou l'éboulis », dans WENGER, Alexandre, KNEBUSCH, Julien, DIAZ, Martina, AUGAIS, Thomas (dir.), *La Figure du poète-médecin. XX^e-XXI^e siècles*, Georg Éditeur, p. 419-428.

DRAPERI, Catherine, 2010. « Narration et accompagnement : accéder au monde de l'autre », dans BENAROYO, Lazare, LEFÈVE, Céline, MINO, Jean-Christophe, WORMS, Frédéric (dir.), *La Philosophie du soin. Éthique, médecine et société*, PUF, p. 37-55.

ESPOSITO, Roberto, 2021 (2002). *Immunitas. Protection et négation de la vie*, traduit de l'italien par Léo Texier, Éditions du Seuil.

GILLIGAN, Carol, 1982. *In a different voice: Psychological theory and women's development*, Harvard university press.

FLEXER Michael J., HURWITZ Brian, 2021. "Two troubles, The dramatic tragedy of Western medicine", in ADAMS, Ellen, *Disability studies and the classical body: The forgotten other*, London, Routledge, Taylor & Francis Group.

HILMES, Carola, NAGELSCHIMDT, Ilse (dir.), 2016. *Christa Wolf-Handbuch: Leben - Werk - Wirkung*, J. B. Metzler Verlag.

HONNETH, Axel, 1992. *La lutte pour la reconnaissance*, Gallimard.

DE JESUS CABRAL, Maria, 2018. « Lire, cette *pratique*. L'éthique médicale au prisme de la lecture littéraire », dans SAGAERT, Martine, MORELLO, André-Alain., SAGAERT, Marc (dir.). *Médecine et écritures*, Université de Toulon, p. 175-195.

KREMER, Nathalie, 2022. « La reconnaissance oblique. Trois chemins de traverse sur le XVIII^e siècle », dans KREMER, Nathalie, PEETERS, Kris, VANACKER, Beatrijs (dir.). *La reconnaissance littéraire. Hommages à Jan Herman*, Peeters, coll. « La République des Lettres », p. 319-336.

LAURENS, Camille, 2016. « Le pouls de la langue », dans CHIANTARETTO, Jean-François, MATHA, Catherine, CENTRE CULTUREL INTERNATIONAL, *Écritures de soi, écritures du corps*, Hermann.

MARIN, Claire, 2010. « “Who cares?” Quelle attention au malade dans la relation thérapeutique? », dans BENAROYO, Lazare, LEFÈVE, Céline, MINO, Jean-Christophe, WORMS, Frédéric (dir.), *La Philosophie du soin. Éthique, médecine et société*, PUF, p. 155-171.

MOLINIER, Pascale, LAUGIER, Sandra, PAPERMAN, Patricia, 2009. *Qu'est-ce que le care? Soucides autres : sensibilité, responsabilité*, Payot.

MOULIN, Anne Marie, 1991. *Le dernier langage de la médecine. Histoire de l'immunologie : de Pasteur au SIDA*, PUF

NOËL-HUREAUX, E., 2015. « Le care : un concept professionnel aux limites humaines? », *Recherche en soins infirmiers*, 122, p. 7-17, (En ligne : <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0007>).

PIC, Muriel, 2018. « Henri Michaux : le poète est un grand médecin », dans WENGER, Alexandre, KNEBUSCH, Julien, DIAZ, Martina, AUGAIS, Thomas (dir.), *La Figure du poète-médecin. XX^e-XXI^e siècles*, Georg Éditeur, p. 63-77.

PRADEU, Thomas, 2009. *Les limites du soi. Immunologie et identité biologique*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

RICŒUR, Paul, 2006. *Parcours de la reconnaissance. Trois études*, Stock.

SILVERSTEIN, Arthur M., 1989. *A history of immunology*. Academic Press.

STAROBINSKI, Jean, 1985. « À l'écoute du corps », *CNAC magazine : bimestriel d'information artistique et culturelle*, Centre Georges Pompidou, n° 26.

SLATMAN, Jenny, 2020, "The Körper/Leib Distinction", in WEISS, Gail, MURPHY, Anne V., SALAMON, Gayle (dir.). *50 concepts for a critical phenomenology*, Northwestern University Press, p. 203-209.

TRONTO, Joan C., 2009. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, traduit de l'anglais (États-Unis) par Hervé Maury, Éditions la Découverte.

WINNICOTT, Donald W., 2000. *La Crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, traduit de l'anglais par Jeannine Kalmanovitch et Michel Gribinski, Gallimard, coll. « Connaissance de l'inconscient ».

WOLF, Christa, 2012. *Ville des anges ou The Overcoat of Dr Freud*, traduit de l'allemand par Alain Lance et Renate Lance-Otterbein, Éditions du Seuil.

Worms, Frédéric, 2012. *Revivre. Éprouver nos blessures et nos ressources*, Flammarion.

Trois gestes de création pour sonder la maladie. Au sujet d'*Anomalie des zones profondes du cerveau* de Laure Limongi.

AMarie PETITJEAN, Laure LIMONGI

Introduction

Que nous dit la littérature de la façon d'interroger le corps, la douleur, la maladie ? Y a-t-il une conscience qui s'aiguise en s'exerçant dans la langue, un bénéfice de la perception, de la saisie sensible ou réfléchie ? et avec ce mieux-saisi un mieux-être, qui puisse s'acquérir progressivement par l'élaboration du texte, la construction d'un récit, le déploiement des mouvements de l'écriture ? L'hypothèse est centrale dans le paradigme qui fait s'allier aujourd'hui médecine et littérature, impliquant la Médecine narrative dans le sillon de Rita Charon¹

1 « Narrative medicine makes the case that narrative training in reading and writing contributes to clinical effectiveness. By developing narrative competence, we have argued, health care professionals can become more

ou encore la récente « récithérapie » de Mathieu Simonet et Michèle Levy-Soussan². On y demande instamment de repérer et d'exercer une compétence narrative qui ouvre les vannes de l'écoute empathique, de la transmission des histoires de vie et de l'apaisement, selon des principes dont se sont emparées des études récentes³ et des formations encore émergentes en France⁴. L'idée de bénéfice induit, pour la relation des partenaires du soin et pour le corps souffrant, repose donc sur la caractérisation d'un savoir-faire de la littérature cultivé par des siècles d'œuvres et de bibliothèques partagées. Or si l'on pense que « la littérature n'est pas un catéchisme », selon les termes d'Alexandre Wenger dans un article de la revue *Médecine et Philosophie*⁵, alors il faut regarder de près, dans ses cristallisations les plus marquantes, la manière dont elle opère et peut se voir reconnaître les propriétés d'un savoir-faire.

Nous avons choisi pour en cerner certaines caractéristiques un roman de Laure Limongi tout à fait marquant dans la production contemporaine, et d'abord par son titre : *Anomalie des zones profondes du cerveau*. Son autrice a bien voulu participer

attentive to patients, more attuned to patients' experiences, more reflective in their own practice, and more accurate in interpreting the stories patients tell of illness. », CHARON, Rita, 2006. *Narrative medicine*, Oxford University Press, p. 107.

2 La première session du Festival de récithérapie a eu lieu à la Pitié-Salpêtrière les 7 et 8 juin 2023 : <https://pitie-salpetriere.aphp.fr/festival-recitherapie/>.

3 Cf. la thèse de Solène Blanchin « Création et expérimentation d'un enseignement de médecine narrative auprès d'étudiants en 4^e année de médecine à Montpellier », Médecine humaine et pathologie, 2021, en ligne : [ffdumas03219154f](https://theses.univ-montpellier.fr/theses/ffdumas03219154f).

4 Voir le certificat universitaire d'Initiation à la Médecine narrative de Cergy Paris Université et le diplôme de l'université de Bordeaux, qui a permis la fondation d'une chaire en Médecine narrative.

5 Alexandre Wenger (Professeur de Medical Humanities à l'Université de Genève) : « Littérature, écriture, médecine », Revue *Médecine et Philosophie* n° 5-6, 2021, p. 20-25 ; doi : 10.51328/21203.

au colloque qui est à l'origine de cet ouvrage et réagir à une lecture orientée par l'hypothèse qui vient d'être exposée. Cette contribution repose donc sur ce dialogue préalable entre une autrice qui parle de son œuvre, de ce qui a présidé à son élaboration et de ce qu'elle a perçu de sa réception, et une lectrice à l'affût d'une poétique du care à envisager sous ses deux versants – par l'écriture et par la lecture. L'analyse en est reprise ici sous l'angle de trois gestes de création dont l'évidence appartient en propre à ce roman, sans désavouer la possibilité d'une généralisation à bien d'autres œuvres littéraires qui sondent la maladie, vers une critérisation particulièrement souhaitable pour le développement de la médecine narrative. Nommer, enquêter, composer : envisageons-les comme des gestes princeps de la compétence narrative la plus aboutie, celle dont la littérature fraye le chemin.

Nommer

Pour expliquer de vive voix ce qui a motivé son projet d'écriture, c'est d'abord le nom de la maladie qui vient à la bouche de Laure Limongi :

« Ce n'était pas vraiment un choix puisque cela faisait quelques années que je souffrais d'algie vasculaire de la face, qui est une forme de céphalée particulièrement aiguë et qui revient à des rythmes réguliers. L'année précédant la publication du livre, elle était en train de devenir chronique, c'est tout du moins ce que je craignais à l'époque. J'avais mal tous les jours, ce qui fait, comme on peut l'imaginer, que c'était devenu quelque chose d'obsessionnel dans ma vie.⁶ »

6 Les citations entre guillemets sont extraites de la retranscription du dialogue entre Laure Limongi et AMarie Petitjean qui a eu lieu au cours du colloque « Littérature-écritures-Soin. Soignés/soignants : quelles pratiques du récit ? », UMR Héritages, CY Cergy Paris université, CY advanced studies, Cergy et Neuville-sur-Oise, 11-12-13 mai 2022.

Nommer distinctement la maladie, c'est bien l'enjeu de la page 16, au centre du livre, pour une longue énumération de « variantes et précisions » qui nous fait goûter la sophistication du vocabulaire médical, l'importance qu'il accorde aux noms propres, la saveur des consonances et des signes visuels, puisque l'incursion finale dans les langues du monde va jusqu'aux sinogrammes. La manière dont la littérature s'empare du diagnostic ne saurait s'arrêter au nom ; elle en fait au contraire le point de départ d'une investigation dans et par la langue qui est toujours et délibérément heuristique. L'interrogation est un fil conducteur du livre et se trouve scénarisée par des effets typographiques, comme à la page 108 recouverte à fond perdu par la question répétée à l'infini « La cause ? », en blanc sur un fond noir.

Le livre, qui institue par son titre un pacte d'association d'un usage littéraire du langage à un vocabulaire entendu dans un contexte médical, ne commence pourtant pas par le nom de la maladie. La première page fait d'abord entrer le lecteur dans l'expression de la douleur.

Ça commence comme un orage. Ou des milliers de vers traversant le cerveau. Des picotements. Très désagréables. Du feu dans la tête. Un incendie. [...] (p. 11)

La description ainsi entamée mime non seulement une longue progression dans la crise, mais une succession de tâtonnements pour lui trouver des correspondants dans les mots et dans les images. Des images qui jouent les signes de reconnaissance pour les migraineux : les vers traversant le cerveau, les décharges électriques, les lames, le pic à glace derrière l'œil, etc., et également des images inattendues comme celles mobilisées par les auteurs des citations qui suivront (p. 27-36) : les sangsues de Vigny, les pièces d'un feu d'artifice de Flaubert ou la petite flamme froide et vacillante de Kafka. Le choix de ces images qui traduit à la fois un

style et une forme de vie signe l'expérience vécue comme radicalement singulière – et pourtant partageable, dans une ambivalence essentielle.

Dans ces premières pages du livre, nous sommes loin des échelles verbales d'évaluation de la douleur, dans la mesure où ce qui se joue dans la description ce n'est pas seulement la difficulté à cerner la nature ou le degré du mal, mais l'interruption constante de la phrase qui constitue la douleur comme mobile, cyclique et fondamentalement inscrite dans la relation au sujet. La fragmentation verbale a beau tenter de la cerner par différents angles de vue, différents moments, différents affects, différents verdicts, le mal semble ne pouvoir se fixer que sur la question « Pourquoi moi? », isolée à la page 15. Nommer la maladie, c'est donc d'abord se nommer malade, recourir à l'autobiographie comme un impératif. Laure Limongi parle ainsi de son livre comme d'un ouvrage « très particulier dans mon parcours, dans le sens où c'est la première fois que je me suis attelée à quelque chose qui me touchait d'aussi près. » Elle décrit la décision d'écrire comme « une espèce d'illumination – pourtant évidente, mais qui m'a pris quand même quelques mois – de me dire : voilà, c'est vraiment central à présent, il faut renverser la vapeur, c'est-à-dire qu'au lieu de subir, il faut essayer d'être actif, actant, tenter de renverser le rapport de forces. C'est comme ça que je me suis exprimée un jour : “Je vais lui faire cracher du signe”, j'ai eu cette expression, pour reprendre le pouvoir sur ma maladie. » Elle commente alors les citations en exergue du livre,

« celle de Denis Roche : “Ce n'est pas le mot qui fait la guerre, c'est la mort.” Se lancer dans les mots, se lancer dans les phrases, se lancer dans le fait d'en créer, c'est un moyen de combattre cette finalité inéluctable. [... Celle de] Daniel Mémoire dans *Prunus Spinosa* : “La première personne me plaît, notait-elle. Je n'éprouve pas le besoin de l'être” qui répondait et répond toujours à ma relative

circonspection quant à l'utilisation d'éléments autobiographiques dans le livre. C'était une manière de dire que le *je* que l'on va lire dans ce livre-là n'était pas forcément (que) le mien. »

De fait, s'élabore progressivement un portrait pluriel du *moi*, constitué notamment par la quête de passages d'autres livres, véritable quête de lettrée, collectionneuse et cultivée, selon le principe borgésien d'une bibliothèque universelle dans laquelle tous les lecteurs peuvent aller puiser pour se reconnaître. Kafka, Beckett, Artaud, mais aussi des références plus inattendues à Lewis Carroll, René Allendy ou Maria Sabina dont l'extrait choisi souligne une dualité de la douceur et de la violence : « Je suis une femme qui cultive de la mousse dans sa poitrine et dans son ventre/Je suis une femme qui cache des pistolets et des carabines dans les plis de sa nuque » (p. 77). La collection va jusqu'au montage d'un dispositif qui est rapporté sur le site de l'autrice. Elle montre comment se sont écrites les pages 128-131, au cœur de la section en italiques qui ponctue l'ouvrage d'une armature fictionnelle. Il s'agit alors d'une longue énumération de titres des ouvrages accumulés dans une bibliothèque de vacances qui va finir par provoquer un effet-miroir qui fait l'effet d'un électrochoc pour la narratrice. Sur son site, Laure Limongi explique comment elle a fait intervenir des lecteurs réels, extérieurs au livre, pour constituer cette bibliothèque – qui manifestement continue à s'achalander après la publication par le relais du Net.

Plaçant ce chalet, en italiques, au cœur du livre, j'ai eu immédiatement envie de lui inventer une bibliothèque. J'ai donc commencé par en imaginer une, d'après le profil socioculturel de la famille que j'avais créée [...] Le chalet étant vaste et pouvant accueillir des amis, ces derniers pouvaient également y oublier des livres, par inadvertance ou pour les faire lire à leurs hôtes. [...] J'ai contacté une cinquantaine de personnes. [...] Ces invités ont

donc reçu un e-mail ressemblant peu ou prou à celui que j'indique ci-dessous :

« [...] Dans le cadre d'un projet d'écriture que je mène actuellement, j'aimerais te demander une participation. Il s'agirait de me donner trois titres de livres que tu pourrais acheter pendant les vacances et oublier dans la maison d'amis qui t'auraient invité à passer quelques jours en leur compagnie. Pas parce qu'ils t'ont ennuyé. Au contraire, pour offrir un livre aimé à tes hôtes; ou par distraction – la détente des vacances... »⁷.

Résonne dès lors d'une manière bien particulière la troisième citation placée en exergue de cet ouvrage autobiographique appelé pourtant explicitement « roman » sur la première de couverture. Lors de notre entretien, elle parle ainsi de « la phrase de Gilbert Sorrentino "A perfect fiction : reality" qui renverse la vapeur entre fiction et réalité et comment se servir des moyens de l'un pour l'autre et vice versa. »

Le nom de la maladie ne réduit donc pas le « sujet » du livre, il ouvre l'enquête dans la langue en désignant un champ d'investigation pour lequel tous les moyens de la littérature seront bons à prendre : l'acceptation de la fiction, l'imperfection des analogies imagées, le recours aux citations, la collaboration des lecteurs... En « crachant du signe », le moi malade tâte les limites de ce qui le constitue désormais, sous l'effet d'un bouleversement majeur qui a fracturé le familial. Le *je* écrivant ne se reconnaît plus que dans ce *je* de diffraction, dont nous parle Laurent Demanze, dans *Un Nouvel âge de l'enquête*⁸.

7 Extrait du site de Laure Limongi (laurelimongi.com) : <https://laurelimongi.com/2015/09/20/la-bibliotheque-du-chalet-1/>.

8 « Le *je* de diffraction prend acte de la distorsion subjective, revendique la transformation d'une perception singulière et située, met au net le facteur personnel dans l'appréhension du monde », DEMANZE, Laurent, 2019. *Un Nouvel âge de l'enquête*, Corti, p. 132.

Enquêter

C'est en effet d'un geste d'enquête que procède de manière privilégiée *Anomalie des zones profondes du cerveau*. Laure Limongi décrit ainsi « en réponse à la tyrannie de la douleur, une espèce de boulimie de recherches : fouiller, également essayer d'inventer mes propres outils pour en parler et pour en faire autre chose. » La documentation est apparente, se scénarise dans la parole savante :

Le sumatriptan est un agoniste sélectif des récepteurs vasculaires à la 5-hydroxy-tryptamine-1 localisés principalement au niveau des vaisseaux sanguins crâniens. (p. 40)

L'enquête semble ne se donner aucune borne, et privilégie rapidement les documents qui tracent des voies divergentes par rapport à l'explication médicale classique. Des figures de scientifiques marginalisés sont mises en avant (Jean-François Chermann qui se fait appeler « neurologue », le psychiatre Éric Caillon, le psychanalyste René Allendy ou même le philologue John Marco Allegro). Ces figures sont corrélées dans un discours critique qui remet en cause les enjeux financiers comme un angle mort des avancées scientifiques. De même, le parcours de l'écrivaine Kathy Acker, qui meurt en ayant choisi de tourner le dos à la chimiothérapie et puise ses dernières forces dans son entreprise littéraire, est rapporté en glosant sa position extrémiste selon un point de vue empathique :

Refuser d'avoir à obéir aveuglément aux diktats de la médecine – d'ailleurs en constante évolution, n'hésitant pas à se contredire, parfois, de découverte en découverte, d'année en année... – c'est s'exposer à la vindicte sociale. (p. 125)

Enfin le seul traitement qui « empêche les crises d'apparaître, [...] le champignon, la psilocybine en l'occurrence, [qui] s'avère être le soin, enfin un des soins possibles, expérimentalement, pour l'algie vasculaire de la face » est présenté comme le *pharmakôn* à double face de la culture antique, à la fois médicament et poison, longtemps empêché de figurer dans la pharmacopée accréditée.

« La psilocybine a été étudiée – et est étudiée aujourd'hui – comme traitement possible, mais c'est très compliqué, les protocoles de recherche sont souvent critiqués car c'est une substance qui est considérée comme une drogue. Après les années hippies – en raison de dérives ou parce que c'était devenu une contre-culture? –, les études sur la psilocybine et le LSD ont été mises de côté, ce qui est bien dommage parce que les traitements sont très prometteurs, pour l'algie vasculaire de la face mais aussi pour les dépressions sévères. »

À l'encontre de telles réticences, il semble que l'enquête que mène l'autrice avec les moyens de la littérature se départisse de toutes les frilosités de l'opinion générale et cherche même à déstabiliser les certitudes pour relancer sans cesse la curiosité tous azimuts. C'est le cas pour le passage à rebondissements consacré à l'homme de Florès, qui semble une longue digression sur une dépouille archéologique perturbant les repères de la science (« Pas de télencéphale hautement développé. Et pourtant, c'est un homme. »), avant que ne soit mise en exergue la question pleine d'humour qui nous fait retrouver le fil du propos :

L'homme de Flores avait-il des migraines?

La bifurcation de la pensée amène sans cesse de nouvelles recherches et inversement, dans une progression « à sauts et à gambades » qui met en actes la frénésie de savoirs du corps

souffrant. Laure Limongi qui désigne la douleur comme le moteur du livre, décrit « un livre très informé, très digressif, enfin digressif avec des motifs créant des liens, d'autres réseaux au cœur du livre : chaque motif va initier une kyrielle de digressions. »

Revenant sur la phrase qui tient l'entier de la page 132 entourée d'une masse éloquente de blanc :

La douleur, pour ceux qui ne la ressentent pas, devient une fiction.

Elle évoque un sentiment

« de disjonction, de discrédance entre ce que je vivais et l'image qu'on en a de l'extérieur, c'est-à-dire la peur, la peur de ceux qui observent la douleur, qui transforme tout et qui devient comme une sorte de cheval emballé de fiction en permanence, que le souffrant, en face, récupère, lui-même ayant ses propres peurs, ses propres petits chevaux de fiction. »

Il ne s'agit pas d'aller contre cet emballement, mais de lui prêter le savoir-faire d'une enquête littéraire, en donnant raison à ce principe central de la recherche-crédation selon lequel la création littéraire procède du même mouvement heuristique que la recherche. Laure Limongi qui poursuit un doctorat en recherche-crédation en connaît les principes qui correspondent à une dynamique bien identifiée en littérature contemporaine dont elle s'est ouverte en particulier dans sa contribution à l'ouvrage de recherche *Fictions documentées*. Elle y parle avec Violaine Houdart-Merot d'un ouvrage postérieur à celui-ci : *On ne peut pas tenir la mer entre ses mains* qui sonde l'identité corse en activant le même processus de création par enquête, tri et montage. Elle explique à son propos :

Entre frénésie et découragement, j'ai donc longtemps écumé les rivages de la BNF au sein de ces rayons qui m'étaient auparavant

inconnus, mettant du temps à trier, digérer l'afflux d'informations, tâcher d'en tirer ce qui faisait sens pour moi⁹.

Pour le livre qui nous occupe, le geste d'enquête privilégie les sources électroniques, pour des raisons notamment physiques¹⁰, tout en partageant la même qualité « d'inquiétude intellectuelle » essentielle au processus de création

[...] dans l'espoir un peu naïf que l'angoisse, ainsi, s'annule? En tout cas, pour permettre à des signes d'apparaître – ces signes dont sont friands les écrivains, qui donnent l'impression qu'à un moment donné du bras de fer avec le projet en cours, après quelques fausses pistes, tâtonnements, soudain, le monde semble se mettre à semer des cailloux brillants pour montrer le bon chemin¹¹.

Finalement, il est possible de reconnaître trois dimensions à ces recherches qui traduisent une volonté de ne pas rester sans réponse face à un mal dont la science basée sur la preuve – l'*evidence based science* – ne parvient pas à sonder les mystères : la première est phénoménologique, dans la mesure où l'écriture cherche instamment à circonscrire les phénomènes vécus. La notation du quotidien éprouve dans le cœur de la phrase la difficulté de trouver le sens de ce qui apparaît

9 Violaine Houdart-Merot & Laure Limongi, « On ne tient rien d'autre que des mots entre ses mains : entretien avec Laure Limongi », in PETITJEAN, AMarie (dir.), 2020. *Fictions documentées*, Le Manuscrit, coll. « Genre(s) et création » p. 105.

10 Relisant cette contribution, Laure Limongi m'explique avoir dû privilégier les ressources électroniques, plus l'achat de livres et la location de documentaires en VOD, « en raison de la maladie qui rendait les longues séances de travail à la BNF compliquées ». L'évocation de la lourdeur du traitement, les injections, la bouteille d'oxygène, les conséquences éprouvantes sur sa fatigue, est particulièrement saisissante.

11 *Ibidem*.

à la conscience comme désordonné, douloureusement inexplicable. Une place prépondérante est donnée à la sensibilité et à l'intuition pour orienter cette enquête dans l'infraordinaire qui souligne ici volontiers les rituels de la féminité, de l'inspection dans le miroir à la liste des produits de maquillage. Le corps devient à la fois le point de départ de l'enquête et le facteur de dérégulation de la conscience de soi et de la stabilité de son identité. Une deuxième dimension donnée à l'enquête est davantage sociologique et rapporte sur un mode souvent ironique et pour autant cuisant le regard porté par les autres sur une maladie dont ils ignorent superbement les caractéristiques et les conséquences sur la vie de tous les jours.

[...] le premier jour où elle a dû sortir avec une bouteille d'oxygène
[...] Et où il a fallu, en pleine rue, porter le masque à son visage,
le fixer à l'aide de l'élastique et continuer à marcher. Le regard des
gens. Elle répète, les dents serrées. Le regard des gens. (p. 191)

L'effort de description n'omet pas la rétroaction de l'observation par les autres sur la conscience du sujet observé. L'ouvrage place par exemple en vis-à-vis une page sur sa propre peur de la maladie qu'on ne veut pas comprendre et qui finit pourtant par vous constituer (« on comprend alors avec effroi que le mal a pénétré notre être, est devenu une seconde nature. » – p. 88) et une page commençant par « du côté des spectateurs, ce n'est pas plus simple » (p. 89), qui égrène des comportements et des phrases types, aussi déplacés les uns que les autres, mais qui traduisent un embarras partagé entre observants et observée. La conscience de soi s'y dépeint comme façonnée par ces représentations qui déterminent la manière de se comporter et de s'affirmer dans ce nouveau moi constitué par la maladie.

Enfin la troisième dimension de l'enquête est herméneutique et ne se passe pas du document textuel pour

fonder des interprétations et les croiser. C'est celle que l'on attend le plus volontiers d'un écrivain, celle qui englobe les deux autres dimensions et qui est effectivement massive dans ce roman. Elle est certainement ce qui permet de reconnaître une particularité à la recherche-crédation littéraire par rapport aux autres arts plus volontiers fondés sur une base phénoménologique¹². L'enquête littéraire ne se passe pas de la lecture interprétative ni d'un questionnement du texte qui rejoint un questionnement existentiel intimement pétri d'une relation aux livres. Laure Limongi en fait faire l'expérience à son lecteur, en l'amenant également à comprendre ce qui, de manière générale, peut différencier ces recherches menées dans un élan de création littéraire et la méthode scientifique. Pour l'appréhender, il faut commencer par la distinguer de la démarche hypothético-déductive : le questionnement de départ est bien présent, mais il n'ambitionne pas de clarifier le réel, plutôt d'en suspendre l'évidence, d'en scruter les fausses transparences, voire de les opacifier. De plus, ce n'est pas la preuve comme résultat de diagnostic qui va arrêter l'investigation, mais la découverte d'une pépite – formulation saisissante, trouvaille injustement négligée par l'histoire, invention enthousiasmante d'un artiste – qui capte l'attention de l'écrivain-chercheur, à la manière des épiphanies de James Joyce ou de la pierre du disciple à Saïs¹³ qui en appelle à

12 Voir en particulier les contributions de Barbara Formis (« La recherche comme geste : une forme de résurgence », p. 67-81) et Alix de Morant (« Quels savoirs pour quels corps ? », p. 95-112), dans BOUDIER, Marion, DÉCHERY, Chloé (dir.), 2022. *Artistes-chercheur·es, chercheur·es-artistes. Performer les savoirs*, ArTec, Les Presses du réel.

13 « Un jour, – c'était avant que l'enfant fût entré dans notre cercle – il devint tout à coup adroit et joyeux. Triste, il s'en était allé, il ne revenait pas ; et la nuit s'avancait. Nous étions fort inquiets. Soudain, au lever de l'aurore, nous entendîmes sa voix en un bosquet voisin. Il chantait un chant joyeux et sublime. Nous étions étonnés. Le Maître jeta du côté de l'aurore un regard comme je n'en verrai jamais plus. Le chanteur fut bientôt parmi nous, et, une béatitude indicible peinte sur le visage, nous

« soulever le voile d'Isis, la sagesse de la Nature », comme peut nous y faire penser l'évocation des « cailloux brillants » mentionnés plus haut par Laure Limongi.

Composer

Au rang des manifestations épiphaniques qui jalonnent l'enquête menée dans *Anomalie des zones profondes du cerveau* se trouve le motif du champignon qui prend une ampleur en crescendo au fil du roman. Des premières mentions par la référence à *Alice au pays de merveilles* (p. 50) en passant par les souvenirs de cueillette, objet d'une véritable vénération familiale (p. 70), le motif devient méthode de glane des références, que légitime son statut de *pharmakôn* négligé trop longtemps par la science. Les pages 194-195 en font de plus une aporie majeure pour la classification des espèces, ce que l'autrice reprend dans notre entretien par cette formulation synthétique :

« Le champignon est fascinant car on ne sait pas ce que c'est. Encore aujourd'hui : on envoie des robots sur Mars et l'on ne sait absolument pas ce qu'est un champignon. Ce n'est pas un animal, ce n'est pas un végétal, on ne sait pas. »

Ce mystère en fait un aiguillon magnifique de curiosité, et justifie de le prendre comme filtre pour une relecture de la modernité artistique avec des références à Michel Blazy (p. 198), Jae Rhim Lee (p.202) et surtout John Cage (« J'ai beaucoup évoqué John Cage pour qui la mycologie était un

apportait une humble petite pierre d'une forme singulière. Le Maître la prit dans sa main, embrassa longuement son disciple, puis il nous regarda, les yeux mouillés de larmes, et mit cette petite pierre à un endroit vacant parmi les autres pierres, là tout juste, où, comme des rayons, plusieurs lignes se rencontraient. », NOVALIS, 1895. *Disciples à Saïs*, trad. Maurice Maeterlinck, Paul Lacomblez éditeur, 3^e éd., accessible sur Gallica.

point central de l'œuvre. »). Le champignon finit par être l'emblème d'un système de compréhension qui prend les dimensions d'une cosmogonie, avant tout artistique, et peut-être d'une théogonie innervée de cette malice constitutive du style de l'ouvrage, telle qu'on peut la retrouver dans cette formulation savoureuse :

[...] tu penses avoir trouvé ta transcendance. Elle est terreuse et sent bon le sous-bois. (p. 200)

Alors que la quête de sens a beaucoup emprunté un cheminement itératif au cours du livre, mimant l'attitude mentale de ressassement causée par la maladie (« La maladie, c'est l'itération », p. 162), la propension majeure de la liste fait finalement place à la construction d'un système que l'on pourrait dire rhizomatique, en suivant le modèle deleuzien, mais que Laure Limongi préfère reconnaître dans la structure du mycélium. Elle explique :

« C'est une structure qui permet de relier les choses, elle permet aussi de retraiter, non des informations même si je dis que c'est une espèce de proto-internet, mais des nutriments et les redistribuer, tout en assainissant. J'ai donc essayé d'écrire un livre dont l'ossature, la composition seraient semblables à l'organisation du mycélium, tout en utilisant la figure du champignon comme motif et aussi comme élément mystique. »

Le mouvement de la pensée ainsi représenté s'y révèle synaptique, en harmonie avec les « zones profondes du cerveau », faisant son miel de la déstructuration rationnelle et narrative telle que peuvent la décrire les professionnels de la douleur¹⁴. Ce n'est donc pas exactement la narration

14 Par ex : WHITEHEAD, Anne, *et al.* (dir.), 2016. *The Edinburgh Companion to the Critical Medical Humanities*, Edinburgh, Edinburgh University Press.

qui fonde la structure de l'ouvrage, malgré l'aimantation que peuvent exercer les passages en italiques. La fiction s'y lit d'ailleurs comme le récit de la déliaison progressive d'un couple, déstructuré par l'omniprésence de la maladie. Pour le lecteur, le fil chronologique du temps narré est sans cesse interrompu par le présent proliférant de l'énonciation et oblige constamment à la bifurcation. Cette impossibilité d'un déroulé romanesque linéaire se nourrit encore de la tension entre le point de vue interne et le dédoublement distancié, particulièrement à l'œuvre dans le passage du miroir (p. 68) : l'emploi du « tu » va jusqu'à l'altérité suprême de l'impression de « toucher une morte ». Ce régime tragique se dissout lui-même par un constant recours à l'humour (l'affreux pilulier en plastique bleu, p. 146, les coups portés avec la bouteille d'oxygène aux spectateurs indécents dans le métro, p. 192, ou le choix de l'épithète « je reviens dans cinq minutes », p. 102). Participe également à l'esquive du linéaire le rythme particulier imposé à l'ensemble par les jeux sur la longueur des sections, comme c'est le cas aux pages 56 à 59 pour deux pages lapidaires encadrant une section plus longue qui se tisse autour de la conférence donnée par Artaud en 1933. Ces effets de rythme haché qui prennent souvent des formes cycliques¹⁵ finissent par produire l'effet d'une distillation de la pensée ramifiant ses filaments avec patience. Laure Limongi

15 Cf. le rythme adopté par Henri Michaux dans *L'Infini turbulent* : « Noble, grandiose, impeccable, chaque instant se forme, s'achève, s'effondre, se refait en un nouvel instant qui se fait, qui se forme, qui s'accomplit, qui s'effondre et se refait en un nouvel instant qui se fait, qui se forme, qui s'achève et se ploie et se relie au suivant qui s'annonce, qui se fait, qui se forme, qui s'achève et s'exténue dans le suivant, qui naît, qui se dresse, qui succombe et au suivant se raccorde, qui vient, qui s'érige, mûrit et au suivant se joint... qui se forme et ainsi sans fin, sans ralentissement, sans épuisement, sans accident, d'une perfection éperdue, et monumentalement. » La phrase conclut l'analyse de Jacques Dürrenmatt dans « Style, phrase, rythme "hâchés" : quel imaginaire ponctuant de la coupure ? », *Linx*, 2016.

s'en explique encore dans *Fictions documentées*, au moment de relater le *modus operandi* qu'elle privilégie dans son atelier d'écrivaine : « Je retravaille beaucoup avec souvent de grands chambardements quand il s'agit de livres de montage¹⁶ » et encore :

C'est un vrai casse-tête avec un écheveau de possibilités, des effets de cascade parfois désastreux – on change ce qu'on pense être un détail, avant de se rendre compte que cela amène à reprendre la totalité de la structure¹⁷.

La composition est donc un geste important à reconnaître, sous l'apparence de digression voire de déflagration de la pensée sous l'effet de la douleur. L'enquête littéraire n'atteint son point d'achèvement que lorsque la composition arrive à son terme, dans un patient travail de tri, de positionnement des fragments et d'abandon ou de lancement déterminé dans le temps de la lecture des autres. L'on pourrait penser que ce geste de la composition du livre répond à un strict souci d'esthétisation. Laure Limongi nous amène à le concevoir en lien étroit avec un souci éthique.

C'est en effet de décomposition, sans jeu de mots, qu'il est finalement question dans *Anomalie des zones profondes du cerveau*. À moins que le jeu sur les mots ne soit l'ultime façon de requalifier les conduites créatrices littéraires. En ce cas, il faudrait l'entendre non comme un processus d'esthétisation ludique et sans conséquence, mais comme un investissement dans la langue qui prenne en compte la perspective éthique et les manières dont le langage façonne nos représentations et les mœurs associées. L'ouvrage peut s'entendre en effet comme un plaidoyer pour l'acceptation de la décomposition naturelle

16 *Fictions documentées*, *op. cit.*, p. 113.

17 *Idem*, p. 108.

des restes funéraires, dans une projection vers la fin de vie qui évite le macabre. Laure Limongi avance, lors de l'entretien :

« Je viens de lire qu'une société européenne a créé un cercueil à base de mycélium pour composer les corps en trois ou quatre ans. Certes, la loi française interdit toujours d'enterrer les dépouilles en pleine terre, mais j'ai l'impression que c'est un sujet qui avance dans la société, cette histoire de décomposition, et il est important que les mentalités progressent car il y a des enjeux environnementaux. Il faut sans doute avoir un peu vécu, avoir fait un certain parcours dans la vie pour prendre cela avec un peu de décontraction, et puis j'estime toujours que l'humour est la politesse du désespoir. »

Elle revient alors sur la performance de l'artiste Jae Rhim Lee, exposant sur le Net, en étrange tenue de mycélium, son projet de culture de champignons préparatoire à ses propres funérailles. Finalement, la valorisation d'une pensée de la décomposition générale, qui va jusqu'à la revendication d'une évolution des mœurs funéraires respectueuse de l'économie et de l'écologie, permet, avec une légèreté et une dérision mesurées, de finir le périple par une ouverture solaire :

L'expression « manger les pissenlits par la racine » est fautive ou plutôt prise à l'envers. Ce sont les pissenlits qui te bouffent par le mycélium. Ils fleurissent ensuite joyeusement, couleur soleil, avant que la jeune paysanne du dictionnaire puisse souffler leurs aigrettes pour semer à tous vents, connaissances, synonymes, variantes. (p. 201)

Ouverture par Laure Limongi

« En septembre 2023, je débute une résidence d'un an à la Villa Médicis qui a pour titre : le *Service des Panacées*¹⁸. Le *Service*

18 <https://www.villamedici.it/fr/residences/laure-limongi/>.

des Panacées est construit autour de trois propositions entre écriture et performance. À travers le détournement d'outils et de symboles médicaux, je propose des performances participatives dont l'objet est de prescrire des livres. En public ou en consultation privée, un ou plusieurs livres, avec leur posologie, sont proposés face à l'énoncé d'un "trouble". Au fur et à mesure de l'année, le cabinet du *Service des Panacées* s'enrichit d'une scénographie issue de l'univers médical. Les consultations viennent nourrir l'écriture d'un *Dictionnaire médical des livres*, issu de ces retours d'expérience – son élaboration va certes largement excéder l'année romaine. Le lien avec *Anomalie des zones profondes du cerveau* est évident, avec une évolution notable : l'ouverture à des "troubles" de toutes sortes, l'aspect participatif (qui était tout juste initié par la bibliothèque du chalet), la labilité des formes (performance, écriture, scénographie)... ».

Bibliographie

BOUDIER, Marion, DÉCHERY, Chloé (dir.), 2022. *Artistes-chercheur·es, chercheur·es-artistes. Performer les savoirs*, ArTec, Les Presses du réel.

CHARON, Rita, 2006. *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, New York, Oxford University Press.

DEMANZE, Laurent, 2019. *Un Nouvel âge de l'enquête*, Paris, Corti.

DÜRRENMATT, Jacques, 2016. « Style, phrase, rythme "hâchés" : quel imaginaire ponctuant de la coupure ? », *Linx*, (En ligne : <http://journals.openedition.org/linx/1882>).

HOUDART-MEROT, Violaine, LIMONGI, Laure, 2020. « On ne tient rien d'autre que des mots entre ses mains : entretien avec Laure Limongi », dans PETITJEAN, AMarie (dir.). *Fictions documentées*, Le Manuscrit, coll. « Genre(s) et création », p. 103-117.

- NOVALIS, 1895. *Disciples à Saïs*, trad. Maurice Maeterlinck, Paul Lacomblez éditeur, 3^e éd., (En ligne : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k58041134/f6.image.r=.langFR>).
- WENGER, Alexandre, 2021. « Littérature, écriture, médecine », *Médecine et Philosophie* n° 5-6, p. 20-25, DOI : 10.51328/21203.
- WHITEHEAD, Anne, *et al.* (dir.), 2016. *The Edinburgh Companion to the Critical Medical Humanities*, Edinburgh, Edinburgh University Press.

Une esthétique du soin : écriture de soignante et féminisme dans l'œuvre de Martin Winckler (*Le Chœur des femmes, L'École des soignantes*)

Anne-Claire MARPEAU

Le roman *Le Chœur des femmes*, publié en 2009, est un best-seller qui se lit, se dévore et « prend soin » de ses lecteurs, de ses lectrices surtout, si on en croit les commentaires spontanés sur les sites de vente, les blogs, les Booktubes qui évoquent cette lecture, ou encore son adaptation récente par la bédéiste Aude Mermilliod. Roman-fleuve, polyphonique et construit sur un coup de théâtre final, le texte raconte l'initiation du personnage de Jean Atwood, major de promo et interne revêche, à une médecine gynécologique respectueuse du corps et du cœur des patientes. En 2019, Martin Winckler publie la suite de ce roman, intitulée *L'École des soignantes*, qui reprend les personnages et la réflexion du roman précédent en exploitant cette fois le genre de l'utopie : l'action se situe en 2039 à l'École des soignantes puis au pôle Psycho du centre hospitalier de Tourmens, rebaptisé Centre hospitalier

holistique de Tourmens (le Chht!). Le personnage d'Hannah Mitzvah y apprend son métier de soignante sous la houlette de Jean Atwood, qui dirige ce qui était auparavant l'unité psychiatrique de l'hôpital selon « une approche holistique, pragmatique et éco-consciente » (Winckler, 2019, p. 32) directement liée aux réflexions féministes du *care*.

Je reprends ici la définition du soin¹, ou *care*, formulée par Joan Tronto (2008 [1993]), à savoir « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre “monde”, en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible » (p. 244). Selon Joan Tronto, le *care* se présente comme une disposition autant qu'une pratique et il implique quatre phases, qui consistent à « se soucier de » (*caring about*), « se charger de » (*taking care of*), accorder des soins (*care giving*) et recevoir des soins (*care receiving*). Les éthiques du *care* se caractérisent donc toujours par une réflexion alliée à une pratique, en premier lieu la pratique des soignant·es mais pas seulement. Elles s'ancrent en outre dans une réflexion féministe sur la vie bonne et la relation à autrui, propre à la socialisation des femmes dans des sociétés patriarcales, dont Marjolaine Deschênes (2015) rappelle qu'elle est fondamentale et spécifique au *care*.

À la dimension éthique et politique du *care* s'ajoute d'ailleurs une dimension discursive et communicationnelle qui nous pousse à réfléchir aux liens que le *care* entretient avec la littérature. Le *care* implique notamment un certain rapport à la parole et au récit d'autrui, à l'écoute des histoires particulières, des besoins individuels, des témoignages et des récits subjectifs, que les travaux fondateurs de Carol Gilligan (1982) a éclairé. Le « *care* du littéraire », pour reprendre l'expression de Maïté Snauwaert et Dominique Héту (2018, en ligne), peut alors prendre plusieurs dimensions, que les chercheuses comptent au nombre de quatre, dont trois

1 J'emploie en français le mot « soin » pour traduire le concept de « *care* ».

relèvent d'une « poétique du care ». D'abord, « l'attention à l'autre, une initiation à l'empathie facilitées, voire suscitées par la lecture d'œuvres de fiction ». Ensuite, « l'attention et l'égard, voire la compassion, dont a besoin celui ou celle qui écrit, ou d'ailleurs toute voix narrative, pour inventer et donner vie à ses personnages ». Enfin, « la forme narrative ou poétique elle-même, en tant que finesse de l'attention portée aux émotions et relations impliquées par les situations, en tant que capacité des phrases à attirer notre attention et faire la lumière sur ce qui est autrement invisible, inconnu, négligé ». La quatrième dimension du *care littéraire* correspond au « care thématique, représenté dans les textes littéraires ».

J'aimerais donc interroger ici la manière dont l'écriture de Martin Winckler dans *Le Chœur des Femmes* et *L'École des soignantes* exploite le *care* à la fois comme un thème, une poétique et une pratique auctoriale. Ou autrement dit, en quoi cette écriture porte sur le soin, en quoi elle propose une poétique du soin et en quoi elle prend soin de son lectorat.

Le *care* thématique de Martin Winckler : convertir le militantisme féministe en une utopie médicale

Les deux romans de Martin Winckler mettent en scène la grande famille des soignantes² de l'œuvre de Winckler, avec des échos et des retours de personnages dont les aventures au caractère presque épique rapprochent l'œuvre d'une saga. Ce personnel romanesque se compose notamment de Bruno Sachs, Franz Karma, Jean Atwood, Hannah Mitzvah, que les personnages soient cités ou actants dans le récit. Ainsi, dans *Le Chœur des Femmes*, Franz Karma correspond par e-mail avec Bruno Sachs afin de réfléchir à sa pratique professionnelle et à sa relation avec son interne Jean Atwood (Winckler,

2 Martin Winckler revendique et pratique le féminin inclusif. Au Chht !, on pratique le féminin inclusif et tous·tes les soignant·es sont appel·es des « soignantes ».

2009, p. 493-502). De même, dans *L'École des soignantes*, le personnage principal Hannah entend décrire le cercle amical de Jean Atwood dans les termes suivants : « Et bien sûr, les Karma, Franz, Aline et leur fille Manon [...]. Ah et aussi leur ami Bruno Sachs quand il lui arrivait de venir donner une conférence ou animer un séminaire. Bref, c'était une gentille petite famille. Tu aurais été tout à fait à ta place au milieu de ce petit monde » (Winckler, 2019, p. 257). Les personnages de soignantes occupent donc une place essentielle dans les deux romans, puisque les protagonistes centraux des œuvres, Jean Atwood et Hannah Mitzwah, suivent un parcours initiatique (professionnel et personnel) vers le lien avec les patients et le lien avec autrui en général.

L'effet-saga de la narration chez Martin Winckler a ainsi un objectif didactique qui repose sur la posture réflexive qu'adoptent les protagonistes appartenant au personnel soignant. La pratique du « bon soin » est le fil directeur des deux romans. On peut ainsi lire au sujet du Chht!, où les termes « médecin » et « patient·e » sont remplacés par « soignante » et « soignée », qu'« [à] l'école des soignantes, tout le monde apprend à soigner, tous les jours » (Winckler, 2019, p. 31). Le texte fait ici écho à la définition du *care* par Joan Tronto dans la mesure où il associe le fait de donner des soins (*care giving*) au fait de les recevoir (*care receiving*).

Les soignées participent ainsi aux soins, au diagnostic et au choix du traitement qui sera le leur et permettent ainsi aux soignantes d'améliorer leur pratique professionnelle. Les cercles de discussion fréquents et horizontaux font à cet égard partie de la formation aux métiers du soin mise en scène dans *L'École des soignantes*. De plus, dans les deux romans, le « care correspond à des relations situées » (Hétu, 2019, p. 154), dans la mesure où les textes représentent régulièrement la relation soignantes et soignées, par exemple dans *Le Chœur des femmes* à travers la description de consultations avec des patientes dont l'identité et l'âge sont donnés. Les échanges au sujet de leurs

pratiques de soin entre les membres de la « famille médicale » de Tourmens sont par ailleurs centraux dans les deux romans. La mise en scène d'un travail sur soi pour apprendre à bien soigner est symbolisée matériellement dans les textes par le carnet qu'Hannah utilise pour prendre des notes sur son travail, enregistrer et restituer les récits des soignées tout au long de *L'École des soignantes* ou encore par les notes de Jean sur son expérience en tant qu'interne (Winckler, 2009, p. 208). Les personnages des romans étudiés lisent, écrivent, échangent beaucoup de textes médicaux réels ou fictifs. Dans *Le cœur des femmes*, on trouve par exemple une référence à l'essai fictif écrit par Franz Karma et Bruno Sachs, intitulé *Le Corps des femmes* (Winckler, 2009, p. 205). Dans *L'École des soignantes*, Hannah dit de Jean : « Ce n'est pas la première fois qu'elle me donne de la lecture, et à chaque fois, je lis tout, tout de suite » (Winckler, 2019, p. 267).

La situation d'apprentissage est également représentée par le duo maître/disciple et la chaîne de transmission du savoir qui s'établit d'un roman à l'autre : Franz Karma guide Jean Atwood et Jean Atwood guide Hannah Mitzvah. Les romans accordent donc à la « maïeutique » une place centrale, dans son sens philosophique autant que médical. L'accouchement de la pensée par le dialogue y représente un motif fréquent et la transformation des personnages principaux qui « naissent » à eux-mêmes est d'ailleurs soulignée par les jeux avec l'onomastique chers à Martin Winckler. Ainsi, comme dans le célèbre roman de Franz Kafka, Franz Karma aide Jean à opérer sa métamorphose : il s'agit pour le personnage de quitter sa carapace d'indifférence à l'égard du soin et d'accepter son intersexualité. La médecine gynécologique est en outre un thème omniprésent dans ces romans (et « maïeutique » est d'ailleurs le terme qui remplace « gynécologie » dans le centre hospitalier utopique qu'est le Chht!)

Les questions de genre sont à cet égard centrales dans l'œuvre de Winckler, qui fait siennes un certain nombre de revendications féministes. À travers une réflexion et une exploitation narrative et stylistique des questionnements sur le genre, la remise en question de la domination des médecins sur le cœur et le corps des femmes est au cœur des romans de Martin Winckler. Les romans reposent en fait sur une critique de la domination patriarcale en système hospitalier, qui prend tout aussi bien la forme d'une domination soignant/soignée que celle d'une domination entre soignants et soignantes.

Le soin est alors pensé dans ces récits dans son lien fondamental avec la socialisation féminine et ses enjeux féministes. La création du *Chbt* et de son école découlent à ce titre d'une réflexion féministe, dont les principes sont exprimés dès le début du roman dans un *Manifeste pour une médecine féministe et communautaire* :

Pour servir le bien commun, le soin doit être une activité collective, fondée sur le respect et le partage ; soigner est incompatible avec les préjugés et les rapports de force. Depuis longtemps, les professions de santé sont compartimentées : aux médecins le diagnostic et les décisions, aux autres professionnel.le.s l'exécution. Cette répartition des tâches, fondée de longue date sur une hiérarchie classiste et sexiste, entrave toute approche communautaire des soins. Un système de santé voué à servir la population de manière équitable doit veiller à l'équité du traitement de ses membres. Il doit donc faire table rase de la hiérarchie traditionnelle. (Winckler, 2009, p. 33)

On peut d'ailleurs émettre l'hypothèse que l'œuvre de Martin Winckler modélise toujours davantage la question du *care* à mesure qu'elle évolue vers le féminisme, c'est-à-dire vers des récits au féminin, avec des personnages et des situations qui prennent en charge des problématiques

féministes. Dans le *Chœur des femmes*³, les thématiques de la contraception ainsi que celles des négligences et des violences obstétricales occupent l'ensemble du roman. Le personnage de Franz Karma laisse par exemple exploser sa colère contre ces violences dans les termes suivants :

C'est la quatrième patiente de ce salopard que j'avorte en six mois. Les trois autres, il leur a retiré le stérilet leur a dit de revenir plus tard pour leur en poser un autre ; il aurait dû le leur laisser et procéder aux deux gestes le jour de la deuxième consultation. Mais non, il les a laissées sans contraception et, en attendant qu'elles reviennent, il leur a dit de « s'abstenir ou de faire attention ». (Wincker, 2009, p. 172)

L'École des soignantes se centre, lui, sur le traitement de la folie dont Michel Foucault montre qu'il est un laboratoire des relations de pouvoir entre médecin et patient·es (Foucault, 1972 [1961]). C'est d'ailleurs ce qu'affirme Jean Atwood : « C'est le pouvoir qui produit la violence, pas la folie » (Winckler, 2019, p. 242). Or, la psychiatrie est un domaine de la médecine où les femmes ont été violentées et dominées depuis le XIX^e siècle, à travers les discours et pratiques qui visent à soigner l'hystérie (Edelman, 2013). Le roman de Winckler interroge alors ces traitements médicamenteux et physiques de la psyché féminine et propose le diagnostic, le dialogue et la reconnaissance de la légitimité de la pensée des femmes patientes comme des pratiques de soin alternatives et efficaces. La prise en charge de la folie apparaît donc comme une manière pour Martin Winckler de mettre en scène les problématiques du *care* dans leur relation directe avec leurs enjeux féministes : le soin accordé aux femmes, pensé par et pour les femmes, devient un modèle du soin en général, parce

3 Le personnage principal de ce roman porte d'ailleurs le nom de l'auteure féministe Margaret Atwood de *La Servante Écarlate*, qui est également mentionnée dans *L'École des soignantes* (Winckler, 2019, p. 241).

qu'il s'agit de le penser à partir du point de vue des personnes vulnérables.

Mais si le *care* est au cœur des deux romans, c'est aussi dans la poétique même de Martin Winckler, qui allie des ressources narratives propres à procurer un fort plaisir de lecture et une dimension didactique qui par la connaissance, propose un discours sur le corps féminin propre à développer une agentivité féminine et par extension, une agentivité du ou de la soigné·e.

Le *care* comme une poétique hybride

Martin Winckler n'hésite pas à utiliser les ressources de l'écriture romanesque pour penser un idéal de la relation soignantes/soignées, ce qui a pu lui être reproché par la critique littéraire comme un recours à la « facilité » et par le monde médical comme un manque de réalisme et de pragmatisme. Le romanesque est ainsi particulièrement présent dans *Le Chœur des femmes*, qui repose sur deux coups de théâtre au sujet du personnage principal, en début et fin de récit. La recherche du diagnostic dans les deux romans leur donne par ailleurs une dimension policière qui rappelle les séries médicales comme *Dr House*, chères à Martin Winckler (Winckler, 2012). Dans *L'École des soignantes*, l'auteur exploite en outre le registre du merveilleux, en particulier autour du « don » du personnage d'Hannah qui peut « lire » la maladie et les chances de survie des personnes que ses mains touchent, par une forme de remotivation du motif sacré de l'imposition des mains. *L'École des soignantes* est enfin un roman utopique dans lequel Martin Winckler déploie son imagination politique pour inventer une éducation au soin idéale. Ce recours fréquent aux ficelles du romanesque fait donc des récits de Martin Winckler des romans qui se lisent facilement.

Or, c'est peut-être précisément cette accessibilité et cette dimension idéaliste, voire invraisemblable, des romans de

Winckler qui les rendent aptes à faire du bien, à procurer une détente et une réflexion par le biais de la narration. Ainsi, on pourrait reprendre à leur compte les mots de Dominique Héту quand elle analyse la position de Martha Nussbaum qui tend à définir les contours légitimes d'une littérature du *care* (en l'occurrence les tragédies grecques et les romans réalistes), seule propre à éduquer les lecteur·ices à l'empathie par une expérience de la vie d'autrui :

[S]i seulement quelques œuvres sélectionnées et acclamées par une élite peuvent avoir fonction de discours philosophique, il y a un risque à imposer une « bonne littérature » et une « bonne » forme de mise en récit, risquant alors de ne valoriser qu'une certaine configuration de la vie bonne [...]. De telles contraintes pour la valorisation prescriptiviste d'une « bonne » littérature circonscrite par des éléments exclusifs, délaisse stratégiquement tout un pan de modalités littéraires, maintient dans l'invisibilité et le silence une immense diversité d'expériences vécues, de singularités racontées, et de voix particulières, ne permettant pas un réel souci tactique de représentation et d'apprentissage de l'autre. (Héту, 2021, p. 66)

Ce que l'œuvre de Winckler révèle, c'est peut-être alors qu'il faut intégrer les critères d'accessibilité et de divertissement pour penser les littératures du *care* comme des objets littéraires qui aident à mieux vivre⁴. On peut d'ailleurs souligner le caractère mimétique et presque performatif de cette poétique du *care* wincklérienne : chez Martin Winckler, l'écrit répare, détend, fait du bien, prend soin. Mais c'est également à travers le caractère didactique des romans, qui

4 La lecture féminine a traditionnellement été associée en Occident à une lecture de divertissement, sentimentale et naïve. Cette association révèle un impensé patriarcal des conceptions de la lecture et de la valeur littéraire, dont une partie des critiques à l'égard de l'œuvre wincklérienne, dont le lectorat est surtout féminin, relèvent sans doute. Sur ces questions, voir Baudry, 2014.

a pour objectif de donner au lectorat du romancier des connaissances précises sur les soins donnés aux femmes, que se manifeste la dimension thérapeutique de cette écriture.

La notion de compétence est ainsi centrale dans les éthiques du *care*. Le soin se présente comme une pratique épistémique, liée à la connaissance et à son partage, ainsi que le rappelle Miranda Boldrini : « Une bonne pratique de care, selon la perspective de Tronto, est celle qui intègre quatre éléments moraux : l'attention, la responsabilité, la compétence, la capacité de réponse » (2021, p. 118). Miranda Boldrini souligne à cet égard que les penseuses féministes comme Miranda Fricker ont insisté sur l'importance de l'accès au savoir et à la reconnaissance épistémique pour l'accès à la justice et à l'autonomie du sujet.

Or, la dimension didactique de l'œuvre de Winckler rend accessible un certain savoir médical afin de donner à son lectorat les mots pour accéder à une agentivité, ou puissance d'agir, dans la relation soignant·e/soigné·e. Le contexte spatio-temporel médical implique à cet égard un travail du lexique très spécifique, par exemple celui qui permet d'aborder la gynécologie. Ainsi, Jean Atwood décrit les lieux en découvrant l'unité dans laquelle son stage aura lieu avec les termes suivants : « Quand j'ouvre les portes [de la penderie], je vois qu'elle contient à droite des cartons remplis de matériel divers ("spéculums", "compresses", "gants", "kits de frottis") » (Winckler, 2009, p. 29). Le personnage est placé en position d'apprenant·e et devient ici un relais du lecteur ou de la lectrice et le roman *Le Chœur des femmes* affiche clairement un objectif de vulgarisation des savoirs en matière de médecine pour les femmes. L'accent y est mis à ce titre sur la dimension culturelle des pratiques de *care* : selon une comparaison entre la culture du soin nord-américaine et la culture du soin française, propre à l'œuvre et à la trajectoire biographique de Winckler, le roman mentionne les avancées en gynécologie qui permettent de prendre en compte les

besoins et le confort des patientes, comme par exemple l'utilisation anglo-saxonne de la position latérale pour l'examen gynécologique, qui expose moins le sexe féminin que la position française (Winckler, 2009, p. 181).

De même, l'attention portée au lexique est visible lors de la création du *Chht!*, cette fois pour souligner la dimension politique du langage en matière de soin :

Les termes « aides-soignantes », « infirmières », « internes » et « médecins » étant, eux aussi, des indicateurs hiérarchiques, un référendum ouvert à toutes les personnes employées, formées ou soignées au Chht! définit trois nouvelles professions soignantes : les soignantes pro (le suffixe sert à les distinguer des soignantes de proximité issues de l'entourage des soignées), les panseuses, les officiantes. (Winckler, 2019, p. 35)

Le roman repose d'ailleurs sur une réflexion sur la parole soignante, la parole soignée et l'écoute qui les lient pour parvenir au soin adéquat en ce qui concerne le traitement de la folie. Le savoir y est pensé comme une expertise co-construite et partagée, et c'est une pratique à laquelle les romans de Winckler participent par leur dimension de vulgarisation scientifique.

Les réceptions sur internet révèlent d'ailleurs que la dimension didactique de ces ouvrages est perçue et valorisée par le lectorat de Winckler. Au sujet du *Chœur des femmes*, on peut par exemple lire sur le site de la FNAC :

Toutes les femmes et tous les hommes devraient le lire. (Gwen)
Livre très instructif et bien écrit!!! Cela fait plusieurs fois que je l'offre en cadeau. (Julie H.)
Je ne travaille pas du tout dans le milieu médical mais grâce à ce livre j'y pu y découvrir plein de choses. Je le recommande, à tous les lecteurs et encore plus au médecin et futur médecin, vous y apprendrez énormément je pense. (Manon G.)

Toutes les personnes qui ont un métier relatif aux soins des femmes devraient lire ce livre. Mais pas seulement les femmes, tout le monde est concerné. (Camphre 456)

La dimension didactique de l'œuvre est ici soulignée à travers plusieurs dimensions : apprentissage personnel, apprentissage collectif, apprentissage des soigné·es et des soignant·es. Pour reprendre les terminologies des théoriciennes du *care*, Martin Winckler se présente par son roman comme *care-giver* et le lecteur·ice comme *care-receiver*, puis, par la circulation du livre (le conseil, le cadeau, etc.), comme un *care-giver* à son tour.

L'écrivain utilise donc les ressources romanesques et scientifiques et remotive ainsi l'ancien adage « instruire et plaire », afin de fournir à son lectorat des outils pour penser la question du *soin*. Mais c'est aussi le *care* comme une pratique dialogique que l'œuvre de Martin Winckler modélise et propose d'expérimenter.

Le *care* comme une pratique dialogique

Dans les éthiques du *care*, l'attention à l'autre et à la différence est essentielle et elle passe par l'écoute et la communication :

[R]econnaître les besoins d'un·e autre ne veut pas dire se mettre à sa place, mais demande plutôt se rendre perceptif·ves à l'expression de l'autre. C'est l'idée même de se mettre à la place de l'autre qui est ici problématisée, dans la mesure où elle suppose une certaine « interchangeabilité » des êtres humains : à l'inverse de cette conception d'« interchangeabilité », largement répandue dans les théories morales classiques, Tronto suggère de mettre en avant plutôt l'attention pour la « différence ». (Boldrini, 2021, p. 133)

On peut en conséquence interroger la position masculine de l'auteur par rapport à des prises de position féministes et cette question n'est pas évacuée par ce dernier qui la met dans la bouche de son héros masculin au nom féminin, Hannah : « Et je me suis demandé s'il était correct de procéder ainsi. De mettre dans ma bouche d'homme des mots de soignées, qui, pour la plupart, était des femmes. Est-ce que ça n'était pas une usurpation ? Un abus ? Une appropriation de plus ? » (Martin Winckler, 2019, p. 214). Les deux récits ne cessent à ce titre de poser ces questions : À quel moment confisque-t-on la parole ? Quand s'arrogé-t-on le droit de l'attribuer ? Le soin littéraire est peut-être déjà et surtout de s'interroger sur sa légitimité à mettre en récit les expériences des autres, sans réponse définitive sans doute.

Faisant alors de la diversité des voix situées un principe de création esthétique, les romans de Winckler ont fréquemment recours à la polyénonciation et à la polyphonie : on y trouve une grande diversité de prises de parole, de graphies, de mediums (récit, e-mails, messages vocaux, etc.) ou encore de genres textuels (extraits d'essais, poèmes, dialogues, etc.) D'ailleurs, le titre et la construction du *Chœur des femmes* met en scène cette chorale des personnages, qui est une image qui correspond profondément aux éthiques du *care* puisqu'elle souligne l'interdépendance des sujets, comme le rappellent Maité Snauwaert et Dominique Héту :

Le *care* met donc résolument les relations humaines au cœur des pratiques sociales et des décisions morales et politiques, montrant qu'elles sont à maintenir pour créer un monde habitable. Il fait aussi de la vulnérabilité la pierre angulaire des relations humaines en proposant un sujet interdépendant, critique du sujet autonome de l'éthique de la justice, qui est aussi celui de l'économie néolibérale. (2018, en ligne)

Les textes donnent donc voix à des singularités tout en créant un mouvement vers le collectif : on y trouve les récits de multiples personnages féminins qui racontent la dimension collective de la condition féminine sous le patriarcat. La construction de *L'École des soignantes* rend visite à ce mouvement, par l'alternance entre des textes poétiques sous forme de listes intitulées « Je suis celles » et le récit proprement dit. On comprend alors, au fur et à mesure de la lecture, que les textes poétiques sont les chants de Prima, une femme atteinte d'un étrange syndrome appelé le Sophi qui se caractérise par une hypermnésie diurne et des mélopées nocturnes. Ces dernières invoquent des expériences et des souvenirs appartenant à la mémoire collective féminine. Prima est un personnage qui apparaît à la fois comme une femme située et comme la porte-parole des femmes en patriarcat.

La polyphonie déborde en outre l'œuvre romanesque de Martin Winckler par le recours à une communication horizontale et paratextuelle qui établit un dialogue entre l'auteur et son lectorat. La lecture, dont on a vu qu'elle occupait une place importante dans l'éducation des personnages-soignant·es, est pensée par Martin Winckler comme une métaphore et une actualisation littéraire de la pratique soignante. Le don d'Hannah, qui consiste à « lire » le corps de son entourage et des soigné·es avec ses mains, incarne ainsi le rêve du ou de la soignant·e, qui consiste à percer la surface pour comprendre ce qui se passe dans le corps d'autrui. Elle est une métaphore de la pratique du *care* comme une écoute hypersensible, autant physique qu'intellectuelle.

Mais la lecture est aussi l'action par laquelle l'écrivain et son lectorat prennent soin l'un de l'autre. J'ai évoqué plus haut les enjeux didactiques des rappels de personnages entre les œuvres de Martin Winckler. Or, les rappels et les échos entre les différents romans de Martin Winckler fonctionnent également comme un clin d'œil adressé au lecteur ou à la lectrice des romans, qui favorise un sentiment de connivence

avec l'auteur et une impression d'appartenance à ce monde médical et romanesque : c'est aussi le lecteur ou la lectrice fidèle qui est invité à faire partie de la « gentille petite famille de Tourmens ». La familiarité de cet univers romanesque invite le lectorat au plaisir de la reconnaissance et entretient le lien de fidélité entre l'auteur et son lectorat. La connaissance de l'œuvre de Martin Winckler n'est pour autant pas une condition d'accès à la lecture. On peut ainsi lire au début de *L'École des femmes* un « Préambule » de l'écrivain qui est emblématique du lien que ce dernier souhaite entretenir avec son lectorat :

Cette histoire commence vingt-cinq ans après *Le Chœur des femmes*, roman avec lequel elle partage deux personnages.

Dans ces pages, des événements ou des figures de *La Vacation*, *La Maladie de Sachs*, *Les Trois Médecins* et *En souvenir d'André* sont également évoquées.

Cependant, bien qu'ils fassent tous partie d'un même univers romanesque, il n'est pas nécessaire d'avoir lu d'autres livres pour explorer celui-ci.

Soyez les bienvenus. (Winckler, 2019, p. 13)

Le livre est pensé comme un lieu accueillant et inclusif, jusque dans l'emploi du point médian et de l'accord de proximité (« évoquées »), chez un écrivain soucieux d'explicitier la sollicitude qu'il entretient à l'égard de ses lecteurs et lectrices et son soutien à la cause féministe.

L'adresse directe à son lectorat dans un texte liminaire est d'ailleurs typique de la communication horizontale que Martin Winckler entend établir avec ce dernier. Internet joue à cet égard un rôle important dans la communication entre l'écrivain et celles et ceux qui le lisent. Le web est en effet ce lieu énonciatif en marge qui est apparu ces dernières années comme le lieu de l'énonciation militante, en particulier féministe. La critique féministe s'est ainsi largement

développée de manière participative, grâce à internet, par le biais des blogs et des réseaux sociaux, qui offrent un support dialogique idéal pour renouveler les formes de cette prise de parole. Or, internet est pour Martin Winckler un espace important de diffusion de ses idées, à travers notamment le réseau social Twitter. La toile offre aussi à Martin Winckler un outil direct de communication avec son lectorat puisque l'écrivain indique son adresse e-mail à la fin du roman *Le Chœur des femmes*, après des remerciements à son lectorat (Winckler, 2009, p. 677). Il l'indique également à la fin de sa notice bio-bibliographique dans les deux romans étudiés, créant ainsi très concrètement la possibilité que le texte se poursuive et se co-écrive dans ce qui n'est déjà plus lui.

Pour conclure, il faut souligner la dimension esthétique, éthique et politique des récits de Martin Winckler. Dans ces textes, le soin apparaît comme un regard, une pratique et un engagement. Les romans de Winckler sont aussi des romans du soin parce que ce sont des romans de la relation, qui visent à imaginer des possibilités de construire des « vies bonnes dans une perspective féministe ».

On peut certes interroger la récurrence de la figure du « bon » soignant ou de la « bonne » soignante dans les textes wincklériens, qui sont malgré tout des romans centrés sur la possibilité d'un héroïsme du soin et qui orientent en définitive la lecture vers l'action salvatrice du soignant. Mais ce sont aussi des textes qui ouvrent des espaces de revendication, de parole, d'exigence éthique pour soi, son corps et sa relation à autrui.

Reste alors à interroger la réception de ces textes du *care* qui suscitent et éveillent peut-être une attention à l'autre... Qui les lit? Et quels effets ces lectures ont-elles dans le monde? Que peuvent vraiment faire les littératures du *care* pour rendre le monde réel plus vivable?

Bibliographie

Romans

WINCKLER, Martin, 2009. *Le Chœur des femmes*, P.O.L.

WINCKLER, Martin, 2019. *L'École des soignantes*, P.O.L.

Textes critiques

BOLDRINI, Miranda, 2021. « Se lire soi-même pour lire les autres : éthique du *care*, autoréflexivité et responsabilité épistémique », *A contrario*, 31, p. 117-135, (En ligne : <https://doi.org/10.3917/aco.211.0117>).

BAUDRY, Marie, 2014. *Lectrices romanesques. Représentations et théorie de la lecture au XIX^e et XX^e siècles*, Classiques Garnier.

DESCHÈNES, Marjolaine, 2015. « Éthiques et philosophies politiques du *care*, du soin et de la sollicitude. Perspectives ricoeurienues et féministes : introduction », *Les ateliers de l'éthique/The Ethics Forum*, 10(3), p. 4-12, (En ligne : <https://doi.org/10.7202/1037648ar>).

EDELMAN, Nicole, 2013. *Les Métamorphoses de l'hystérique. Du début du XIX^e siècle à la Grande Guerre*, La Découverte.

FOUCAULT, Michel, 1972 (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard.

GILLIGAN, Carol, 1982. *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*, Harvard University Press.

HÉTU, Dominique, 2019. « Introduction: Models of Care and Women's Writing/Modèles du care et écriture des femmes », *Studies in Canadian Literature/Études en littérature canadienne*, 44(1), p. 143-161, (En ligne : <https://doi.org/10.7202/1066503ar>).

HÉTU, Dominique, 2021. « Penser les lieux du *care* : fiction, *wonder* et vies ordinaires », *A contrario*, 31, p. 63-79, (En ligne : <https://doi.org/10.3917/aco.211.0063>).

SNAUWAERT, Maïté, HÉTU, Dominique, 2018. « Poétiques et imaginaires du *care* », *Temps zéro*, 12, (En ligne : <http://tempszero.contemporain.info/document1650>).

TRONTO, Joan C., 2008. « Du *care* », *Revue du MAUSS*, 32, p. 243-265, (En ligne : <https://doi.org/10.3917/rdm.032.0243>).

WINCKLER, Martin, 2012. *Petit éloge des séries télé*, Gallimard.

Expériences d'écriture
Imaginaires et lieux sensibles

Réflexions autour de la dimension thérapeutique du journal intime

Emmanuelle TABET

La question de l'effet de l'écriture sur le sujet qui écrit est une dimension plutôt négligée par les études littéraires, qui se sont plutôt intéressées à l'action du texte sur le lecteur. Or si l'écriture du journal se prête tout particulièrement à une approche thérapeutique de l'écriture c'est qu'elle a pour particularité de se définir comme une pratique avant même de se définir par son contenu : écrire un journal c'est d'abord inscrire une date sur un carnet – et, à travers cette datation, c'est se réinscrire dans la trame du temps et dans le tissu du monde. Inscrire ses observations, ses pensées, ou ses silences, dans une série de notations datées, c'est déjà – c'est du moins mon hypothèse – reprendre langue avec ce qui nous relie – la date renvoyant à la fois à un temps chronologique, à un temps météorologique et à un temps cosmique. C'est à la fois un acte à la fois intime – parfois secret – et un acte de reliance, une façon de reprendre pied dans le réel, et dans une forme

d'action. En effet, écrire un journal c'est aussi, le plus souvent une décision, un pacte que l'on conclut non avec le lecteur, comme dans le cas de l'autobiographie, mais avec soi-même et par lequel on s'engage à la fois à une forme d'authenticité, de sincérité dans l'écriture, et de persévérance.

Le journal n'est donc pas un texte qu'on écrit pour faire œuvre; c'est d'abord acte « vital¹ ». Écrire son journal, c'est ne pas « s'abandonner² », selon le mot d'Amiel. Paule Régnier martèle ainsi dans son journal la portée purement *vitale* de son écriture, rejetant toute autre motivation³. Écrire un journal c'est une façon, selon la belle expression de Leiris, de porter la vie « à bout de plume⁴ », de vivre « autrement que comme un noyé⁵ ». C'est l'unique recours de l'homme terrifié par « l'amoindrissement de [ses] forces mentales », une façon de se démontrer à lui-même qu'il est encore capable de penser⁶. C'est de même pour Calaferte une façon de « se refuser au

1 LEIRIS, Michel, 1992. *Journal 1922-1989*, édité par Jean Jamin, Paris, Gallimard, p. 651 : « Écrire – d'une écriture d'un certain ordre – serait donc pour moi un besoin que, sans enflure, je pourrais qualifier de vital ». Voir aussi CALAFERTE, Louis, 1980-2010. *Carnets*, Paris, Gallimard, coll. « L'Arpenteur », p. 651 : « Écrire me rend à la vie ».

2 « Ne t'abandonne pas toi-même [...] c'est-à-dire ne délaisse pas ce journal » (AMIEL, Henri-Frédéric, 1976-1994. *Journal intime*, t. II, éd. Bernard Gagnebin et Philippe M. Monier, Paris, L'Age d'Homme, p. 548).

3 « Et, de même, je n'écris pas pour laisser des livres immortels, pour passer à la postérité, ni pour gagner de l'argent, pour avoir du succès, de la gloire, une place ici-bas, ni pour les autres, ni pour moi-même, non, j'écris « pour vivre » et ce motif suffit et je n'ai pas besoin d'en chercher d'autre et je ne pourrais cesser d'écrire que si j'avais résolu de me suicider » (RÉGNIER, Paule, 1953. *Journal*, Paris, Plon, p. 12).

4 LEIRIS, Michel, *opt. cit.*, p. 693 : « Quand on me demande comment je me porte, je devrais répondre que je me porte à bout de bras, ou, pour mieux dire, à bout de plume ».

5 LEIRIS, Michel, *opt. cit.*, p. 135.

6 LEIRIS, Michel, *opt. cit.*, p. 164.

naufnage », de « soustraire l'esprit à l'emprise de la maladie⁷ », de « se fournir à soi-même des raisons de vivre⁸ ». C'est pour Claude Mauriac une façon de lutter contre « ce vide en moi, cette lassitude, cette démission de tout l'être⁹ » – et c'est dans ses dernières années une « perfusion » qui le maintient en vie¹⁰, une « quasi-transfusion sanguine¹¹ », qui lui permet de se retrouver « vivant et intact¹² ». Pour Catherine Pozzi, le journal est tenu « pour ne pas mourir de solitude¹³ », « pour ne pas crever de certaines choses¹⁴ ». Écrire son journal est donc une façon de ne pas se « défaire¹⁵ » et une exhortation à ne pas « démissionner¹⁶ ».

Écrire représente en effet pour de nombreux diaristes le seul moyen de lutter au jour le jour contre la dissolution du moi. Écrire, c'est ne pas se perdre, c'est, selon Camus, s'efforcer de maintenir « la chose du monde la plus difficile

7 CALAFERTE, Louis, 2006. *Traversée*, Gallimard, p. 167.

8 CALAFERTE, Louis, 2010. *Le Jardin fermé*, Gallimard, p. 135.

9 MAURIAC, Claude, 1991-1996. *Le Temps accompli*, Paris, Grasset, p. 175.

10 « Le journal désormais est perfusion, ballon d'oxygène » (Claude Mauriac, mardi 2 août 1995, <http://www.claudemauriac.org/tempsaccompli5te.html>).

11 « Je suis moi-même étonné de cette quasi-transfusion sanguine qu'est pour moi le journal » (Claude Mauriac, 20 septembre 1995, <http://www.claudemauriac.org/tempsaccompli5te.html>).

12 MAURIAC, Claude, 28 août 1995, <http://www.claudemauriac.org/tempsaccompli5te.html>.

13 POZZI, Catherine, 2005. *Journal 1913-1934*, Paris, Phébus, « Libretto », p. 130 : « Ceux qui liront ceci, quand je serai froide [...] penseront que j'écrivais pour eux. J'écris pour ne pas mourir de solitude ».

14 POZZI, Catherine, *opt. cit.*, p. 481.

15 « Si je n'écris pas, je me défais », écrit Paul de Roux (*Au jour le jour. Carnets 1974-1979*, Le Temps qu'il fait, 1986, p. 26).

16 « Mais non! quoi qu'il en puisse coûter, écrit Barbey, ne donnons pas démission de nous-mêmes » (D'AUREVILLY, Barbey, 2015. *Memoranda*, édité par Philippe Berthier, Paris, Bartillat, p. 60).

à maintenir », à savoir la conscience¹⁷; c'est « donner une consistance à son être¹⁸ » au moment où on a le sentiment de n'avoir « aucune force, aucun recours¹⁹ ». Et écrire son extrême faiblesse, c'est encore affirmer la force de son esprit²⁰. L'auto-exhortation, omniprésente chez les diaristes, a souvent une valeur existentielle plus encore que morale; elle est un appel à une transfiguration de la faiblesse en force, du vide en plénitude, de la maladie ou de la détresse en une *vita nova*. Ainsi Ramuz, gravement atteint par la maladie, note dans son journal :

Je travaillerai quand même. J'irai contre la maladie. J'utiliserai jusqu'à ses manques et ce dont elle me prive. Je dominerai par cela même qui fait mon infériorité, instituant en relief, ce qui est creux et en plein ce qui est vide²¹.

De même pour Henry Bauchau la simple lutte pour garder « une écriture lisible », malgré les « yeux affaiblis » et la « main

17 DABIT, Eugène, 1989. *Journal intime 1928-1936*, édité par Pierre-Edmond Robert, Paris, Gallimard, « Nrf », p. 43.

18 LEIRIS, Michel, *opt. cit.*, p. 288. Leiris explique qu'il souhaite « peindre sa vie comme un portrait de primitif afin, par la vertu de ce portrait, de donner une consistance à son être » ; voir aussi le commentaire de Claude Mauriac : « Enfin une phrase [...] qui explique sans doute la raison, à nous-même obscure, de notre travail : *donner consistance à sa vie ...* » (*Le Temps accompli*, Grasset, 1993, t. III, p. 262).

19 JULIET, Charles, 1989. *Ténèbres en terre froide (1957-1964)*, P.O.L., p. 116.

20 Voir JOUBERT, Joseph, 1994. *Carnets*, t. I, éd. André Beaunier, Paris, Gallimard, « Nrf », p. 823 : « Tant qu'on a la force de se plaindre de la faiblesse de son esprit, l'esprit a de la force ».

21 RAMUZ, Charles-Ferdinand, 2005. *Journal, notes et brouillons*, t. III, Genève, Slatkine, p. 547. De même Calaferte, en proie à la maladie, écrit comme une promesse faite à soi : « Santé mauvaise. Mon mal s'accroît. Je ne laisserai pas ma force d'esprit se corrompre par la maladie » (*Circonstances*, Gallimard, 2005, p. 123.).

qui tremble », devient dans les dernières années de sa vie une forme de « courage au bord de l'inespoir²² ».

De fait dans l'écriture du journal, le contenu importe moins que le rythme de l'écriture : écrire jour après jour suppose d'abord une intention à la fois éthique et existentielle de persévérance, qui permet dans les périodes les plus chaotiques de l'existence de trouver malgré tout une forme de *régularité* et de repère. Le pacte diariste est en effet défini comme exercice, comme règle, avant de l'être selon un contenu. Écrire un journal, c'est d'abord écrire jour après jour, « ne pas laisser passer un jour sans barbouiller une page²³ » – « *nulla dies sine linea* », selon la formule de Pline. Écrire un journal, c'est s'imposer une tâche quotidienne – ou du moins régulière –, c'est se donner une règle et manifester à travers elle l'autonomie du sujet et sa souveraineté – à savoir sa capacité à agir de lui-même sur lui-même²⁴. C'est, comme le notait Pavese, chercher à « affronter la vie selon une force », à savoir selon une « discipline » dont on espère qu'elle imprimera à la vie vécue un « modèle cohérent, compréhensif et vital²⁵ ».

En effet l'habitude que l'on prend petit à petit d'écrire n'est pas seulement un cadre ; elle peut être aussi un mode d'être et un socle de nos représentations²⁶. La régularité est

22 BAUCHAU, Henry, 2015. *Dernier Journal (2006-2012)*, Arles, Actes Sud, p. 359.

23 RAMUZ, Charles-Ferdinand, *opt. cit.*, t. I, p. 302.

24 Voir sur cette question de la souveraineté, DESCOMBES, Vincent, 2004. *Le Complément du sujet. Enquête sur le fait d'agir de soi-même*, Paris, Gallimard, « NRFessais », p. 447.

25 PAVESE, Cesare, 1977. « Le Métier de vivre », dans *Oeuvres*, Paris, Gallimard, 1008, p. 1551.

26 Voir PAVESE, Cesare, *opt. cit.*, p. 1651 : « Un certain type de vie quotidienne (heures fixes, lieux clos, mêmes personnes, formes et lieux de piété) amenait des pensées surnaturelles. Sors de ce schéma et les pensées

un point de repère face à l'instabilité de l'existence : « Je me cramponne à ces feuillets, note Gide, comme à quelque chose de fixe parmi tant de choses fuyantes²⁷ ». Elle est un *habitus* qui constitue parfois l'ultime refuge lorsque tout s'écroule. L'habitude est une façon de tendre vers la « domestication de l'étrangeté originelle du monde²⁸ ». Elle permet d'intégrer par la répétition des gestes qui deviennent familiers, de « donner de la consistance à ce qui n'en a pas » en l'insérant dans un « cycle immuable²⁹ ».

L'écriture journalière peut alors être représentée comme une forme de rituel. Ainsi Virginia Woolf se retire dans son atelier « presque toujours après le thé », la rédaction du journal devenant une de ces habitudes qui « changent graduellement le visage de notre vie³⁰ ». Le *geste* importe autant que le contenu de parole. Chez Ramuz diminué par l'hémorragie cérébrale, l'écriture a la même fonction que celle que pouvaient avoir chez Pascal les gestes de la prière, celle d'une transformation de l'être par le *geste*, même si dans un premier temps ce geste peut sembler dérisoire : « Mettre des lignes sous les lignes », écrit Ramuz. « Se donner l'illusion de faire quelque chose. Peut être que de là, avec beaucoup de

s'envolent. Nous sommes tout entiers habitude ». Voir aussi CALAFERTE, Louis, *Le Jardin fermé*, éd. cit., p. 43 : « Je pense que la discipline qu'exigent ces *Carnets* m'a été d'un grand bénéfice, en ce qu'elle a complètement modelé mon esprit, en quelque sorte inféodé à l'écriture [...] ».

27 GIDE, André, 2012. *Journal*, Paris, Gallimard, « Folio », p. 75.

28 BÉGOUT, Bruce, 2010. *La Découverte du quotidien*, Paris, Allia, p. 265.

29 JULIET, Charles, 2010. *Ténèbres en terre froide*, P.O.L. p. 194 : « de la sorte, écrit Juliet, à l'abri de l'inconnu, [l'homme] peut avoir l'illusion que le temps ne s'écoule pas, qu'il a prise sur le déroulement de la vie, et qu'il imprime un déterminisme à ce qui semblait irrémédiablement lui échapper »

30 WOOLF, Virginia, 2008. *Journal intégral 1915-1941*, traduit par Colette-Marie Huet et Marie-Ange Dutartre, Paris, Stock, p. 750.

patience, de persévérance et d'humilité, pourrai-je m'élever à mieux³¹. »

C'est dans la simplicité et l'apparente banalité de ce geste d'écrire que réside la promesse d'une transformation ultérieure.

Mais l'écriture journalière n'est pas seulement une écriture quotidienne, écrite jour après jour, c'est aussi une écriture du jour, qui se définit, contrairement au récit autobiographique, comme une écriture du temps présent. Et cette dimension d'écriture « présente » si l'on peut dire lui confère là encore une dimension thérapeutique particulière proche de celle que peuvent avoir certaines formes de méditation. Pour Dabit, écrire son journal c'est chercher à rendre sa pensée « aussi réelle, présente que peut être [s]on corps », comme si l'on pouvait la « toucher³² ». Le sujet du journal intime est alors la relation au présent du discours intérieur. Il s'agit d'écrire à la fois la pensée et l'origine de la pensée, son insertion dans l'espace-temps qui l'a fait naître. Il s'agit de maintenir l'écriture au plus près du temps vécu, dans le présent immédiat de nos perceptions. En ce sens l'écriture journalière rejoint différentes traditions d'exercices spirituels qui sont des exercices de pleine concentration sur le moment présent : les diaristes s'efforcent de dire le fugitif, l'éphémère, de rendre compte de la vibration de l'instant.

Cette écriture du temps présent est une écriture du quotidien non seulement dans sa dimension temporelle mais aussi dans sa dimension ordinaire : elle permet d'exprimer toute forme de vie si banale soit-elle en apparence et de retrouver le goût des « petits riens », de la pure présence au monde. L'écriture du journal est sans doute la seule à pouvoir

31 RAMUZ, Charles-Ferdinand, *opt. cit.*, t. III, p. 517.

32 DABIT, Eugène, 1989. *Journal intime*, Gallimard, p. 320.

rendre compte des « jours qui se ressemblent », d'une « vie qui ne laisse rien à dire³³ ». Le diariste consigne le détail et rend compte de ce que Georges Perec nommait « l'infra-ordinaire³⁴ ». Écrire son journal c'est mettre en lumière, selon les mots de Leiris, les « fibrilles », les « vétilles », les « frêles bruits », les « crevasses infinitésimales³⁵ », ce qu'Eugénie de Guérin appelait ces « riens du tout³⁶ », ces « inutilités³⁷ ».

Certes cette écriture même est parfois impossible. Chez Leiris, l'angoisse extrême conduit à une impossibilité d'écrire dans les instants où l'on en aurait le plus besoin³⁸. L'angoisse dans ses moments d'*acmé* submerge au point que l'écriture « n'a plus le pouvoir de combattre l'angoisse » au moment même où « l'angoisse, étant accrue, il faudrait que cette écriture soit plus puissante que jamais³⁹ ». Ce constat le

33 GUÉRIN (DE), Eugénie, 1997. *Journal*, éd. Emile Barthès, Albi, Ateliers professionnels de l'orphelinat Saint-Jean, p. 27.

34 « Ce qui se passe vraiment, ce que nous vivons, le reste, tout le reste, où est -il ? Ce qui se passe chaque jour, le banal, le quotidien, l'évident, le commun, l'ordinaire, l'infra-ordinaire, le bruit de fond, l'habituel, comment en rendre compte, comment l'interroger, comment le décrire ? » (PEREC, Georges, 1989. *L'infra-ordinaire*, Paris, Seuil, p. 10-11)

35 Voir sur l'écriture de l'insignifiant chez LEIRIS, BARBERGER, Nathalie, 1998. *Michel Leiris, l'écriture du deuil*, Presses universitaires du Septentrion, p. 19-27.

36 Voir GUÉRIN (DE), Eugénie, *opt. cit.*, sans date, p. 308 : « Ne pourrais-je mieux écrire que ces riens du tout, que ce pauvre moi-même ? ».

37 GUÉRIN (DE), Eugénie, *opt. cit.*, p. 53 : « Voilà bien la peine de prendre de l'encre pour écrire de ces inutilités ».

38 LEIRIS, Michel, *opt. cit.*, p. 732 : « Écrire me délivre de l'angoisse, mais il arrive que mon angoisse soit si grande qu'il m'est alors impossible d'écrire. Il y a en ce cas cercle vicieux et le remède me fait défaut quand j'en aurais le plus besoin ».

39 LEIRIS, Michel, *opt. cit.*, p. 693 ; voir aussi le même constat dans *Bif-fures* : « Ici éclate, par conséquent, ce qu'il y a d'insoutenable dans ma position : prendre pour planche de salut une planche pourrie, bonne seulement par temps calme et à coup sûr d'aucun secours quand je serai

conduit à déplorer la « dérision de l'écriture » qui « semble être une panacée contre les maux⁴⁰ » quand les choses vont bien, mais qui « cesse de pouvoir être pratiquée quand elles vont trop mal⁴¹ ». Les crises les plus graves sont dans le *Journal* de Leiris précédées de longues années de silence « où le rythme de la transcription ralentit à la limite de la paralysie⁴² ». Ainsi pendant les cinq années qui précèdent sa tentative de suicide en 1957, on ne compte plus que trente brèves entrées⁴³. De même, dans *Ténèbres en terre froide*, Charles Juliet évoque à maintes reprises son désespoir « si profond qu'il rend la guérison par l'écriture improbable, inespérable⁴⁴ ». C'est le propre même du désespoir, et son « tragique », de nous couper de cela même qui pourrait nous sauver, de rompre tout lien, d'annuler le langage pour nous enfermer dans la prison du moi. Chaque mot est alors, et d'autant plus, une victoire. Chaque mot couché sur le papier fait entendre le silence de tous les instants où la douleur était muette⁴⁵. L'écriture est dès lors une série discontinue de victoires momentanées sur l'abîme :

vraiment menacé de noyade » (*La Règle du jeu*, éd. cit., p. 277).

40 Michel Leiris avait d'abord écrit les « mots » et note lui-même, lorsqu'il se corrige, le caractère significatif de son lapsus.

41 LEIRIS, Michel, *opt. cit.*, p. 771.

42 MAUBON, Catherine, 1994. *Michel Leiris en marge de l'autobiographie*, Paris, Corti, p. 279.

43 *Ibid.*

44 JULIET, Charles, *opt. cit.*, p. 51. « Comment écrire lorsqu'on erre dans une telle nuit, un tel épuisement ».

45 « Écrire pour ne pas sombrer, écrit ainsi Georges Haldas. Mais le contraire aussi : c'est parce qu'on ne sombre pas qu'on écrit » (*Paradis perdu*, *opt. cit.*, p. 81). De même, Calaferte évoque les mois pendant lesquels, après la mort de Guite, il a rompu avec l'écriture : « Ce matin, au cimetière avec G. sur la tombe de Guite, où nous allons chaque jour depuis son inhumation. Je ne peux rien dire de tout cela » (*Écriture*, Gallimard, 2001, p. 178.).

L'écriture, note Georges Haldas, [...] nous aide seulement, parfois, à « tenir ». Du moins jusqu'à un certain degré de souffrance. Au-delà, c'est de nouveau, et comme toujours l'abîme⁴⁶.

Écrire c'est alors, un par un et de toutes de ses forces, selon l'expression de Kafka, « tire[r] les mots du vide⁴⁷ ». De même, lorsque Larbaud évoque la période « abominable » où, en proie à la maladie et à l'« Humeur », il se sent « incapable de faire quoi que ce soit », il ajoute : « Je sentais quand même que je devais en parler ici, en laisser une trace⁴⁸ ». Il faut alors « écrire coûte que coûte » pour ne pas retomber dans le silence, dans ce que Gustave Roud nomme les « ténèbres de l'informulé⁴⁹ ». Écrire son journal c'est accepter de « griffonner⁵⁰ » quand l'écriture élaborée n'est plus possible. Dans l'une des toutes dernières notations de son *Journal*, Claude Mauriac, en proie à l'obscurcissement de sa vue et à une grande fatigue cérébrale, note ainsi :

J'écris de nouveau pour échapper aux torpeurs et engourdissements qui, depuis quelques jours, se précisent et m'inquiètent. Je suis trop fatigué, je vois trop mal pour composer un vrai journal. En écrivant cela je cours sur le vide pour ne pas tomber [...]. Seule raison d'être de ces pages : surmonter autant que je le puis au prix

46 HALDAS, Georges, 1993. *Paradis perdu*, L'Âge d'Homme, p. 112.

47 « Quand je recommence à écrire après m'être interrompu assez longtemps, c'est comme si je tirais les mots du vide. En ai-je obtenu un, je n'ai encore que celui-là et tout le travail recommence » (KAFKA, Franz, 2016. *Journal*, trad. Marthe Robert, Paris, Librairie Générale Française, « Le livre de poche », p. 165).

48 LARBAUD, Valéry, 2009. *Journal*, éd. Paule Moron, Paris, Gallimard, « Nrf », 5 décembre 1919.

49 ROUD, Gustave, 2022. « Journal 1916-1976 », *Œuvres complètes*, Éditions Zoé, t. III, p. 260.

50 Barbey d'Aurevilly, 2015. *Memoranda*, Bartillat, p. 299, p. 309.

d'un effort de chaque seconde l'engourdissement cérébral auquel je voudrais échapper et que j'aimerais vaincre⁵¹.

Le journal est dès lors ce qu'on écrit quand on n'a plus la force d'écrire, comme lorsque, dans son lit d'hôpital après sa tentative de suicide, Leiris transcrit sur un cahier d'écolier des « notations pures »⁵² qui, dans leur matérialité, sont autant de signes d'un retour à la vie :

Ingestion, après boire, de 5 à 6 g de phénorbital, ce qui nécessite mon transfert à l'Hôtel-Dieu puis à l'hôpital Claude-Bernard. Je commencerai à reprendre un peu conscience le dimanche soir et c'est à l'hôpital même que je commencerai, d'abord de façon tout à fait informelle et décousue, la rédaction d'un nouveau journal, sur un cahier scolaire qui porte la mention « Lutèce » au-dessus d'une vignette en couleurs représentant le square du Vert-Galant⁵³.

Cette matérialité longuement décrite du cahier est pour lui une façon de reprendre pied dans le réel, dans le factuel.

Cette puissance thérapeutique du journal a été mise en lumière dès le XIX^e siècle. Avec la naissance de la psychiatrie aux environs de 1800, le travail d'écriture de soi est intégré par la médecine à des fins thérapeutiques, chacun pouvant être le médecin de sa propre âme, à condition qu'il respecte les conditions de l'observation. Delacroix conçoit alors son journal comme un « moyen de calmer les agitations qui [] e tourmentent depuis beaucoup de temps⁵⁴ ». Pour Vigny,

51 Mauriac, Claude, 26 octobre 1995, <http://www.claudemauriac.org/tempsaccompli5te.html>.

52 LEIRIS, Michel, *La Règle du jeu*, *opt. cit.*, p. 168.

53 Leiris, Michel, *opt. cit.*, p. 494.

54 DELACROIX, Eugène, 2009. *Journal (1822-1863)*, Paris, Corti, t. I, p. 97.

elle est une « saignée » de l'âme⁵⁵. Chez Du Bos, le journal est également conçu comme une « table d'opération⁵⁶ ». Le *Journal* de Stendhal prend de même la forme d'un carnet de santé où Beyle consigne ses progrès et ses rechutes⁵⁷. De Biran à Amiel, la corporalité et l'organique occupent une part essentielle des notations quotidiennes : le diariste consigne scrupuleusement la météorologie de son corps et de son âme pour traquer les dérèglements liés aux variations du climat ou aux troubles alimentaires. Pour Amiel, le journal est un « pharmacien de l'âme⁵⁸ », un « exutoire » où se déposent « toutes les âcretés engendrées par la vie⁵⁹ », un purificateur, un guérisseur⁶⁰, un « révulsif, une sorte de sparadrap, qui attire les douleurs et laisse le corps sain⁶¹ ». Il a une « vertu médicatrice⁶² ». Dans cette perspective, l'art d'écrire est conçu comme un « remède », comme une « hygiène et orthopédie de l'âme⁶³ » qui « comme les magnétiques, nous remet en

55 VIGNY (DE), Alfred, 1948. « Journal d'un poète », *Œuvres complètes*, Paris, Gallimard, « Bibliothèque de la Pléiade », p. 1326 : « Nuit et jour, à travers le sommeil, j'écris un livre intérieur. Le tracer sur le papier est un repos, quelque chose comme une saignée. »

56 DU BOS, Charles, 2003-2005. *Journal*, Paris, Buchet/Chastel, p. 72.

57 Voir MAYNARD, Cécile, 2007. « Stendhal 1801-1813, le journal d'un mélancolique : d'une expérience à une esthétique de la mélancolie », dans ARROUS, Michel, CLAUDON, Francis, CROUZET, Michel (dir.). *Henri Beyle, un écrivain méconnu*, Kimé, p. 79-106.

58 AMIEL, Henri-Frédéric, *opt. cit.*, t. I, p. 208.

59 AMIEL, Henri-Frédéric, *opt. cit.*, t. VI, p. 209.

60 AMIEL, Henri-Frédéric, *opt. cit.*, t. V, p. 837 ; voir aussi AMIEL, Henri-Frédéric, *opt. cit.*, t. VIII, p. 1143 : le journal est le « carnet des guérissons successives ».

61 AMIEL, Henri-Frédéric, *opt. cit.*, t. XII, p. 115.

62 AMIEL, Henri-Frédéric, *opt. cit.*, t. I, p. 926 ; Il est incroyable combien ce simple retour sur moi-même, fait hier, m'a fait de bien. Il se fit clair en moi ; réconciliation. Le calme revint, et le courage aussi. *Un journal est la pharmacie de l'âme* » (Amiel, Henri-Frédéric, *opt. cit.*, t. I, p. 208).

63 AMIEL, Henri-Frédéric, *opt. cit.*, t. I, p. 908.

équilibre⁶⁴ ». L'écriture est une forme de magnétisme, d'auto-hypnose. Pour Biran le diariste apparaît comme son propre magnétiseur, toujours « en rapport avec [lui]— même », selon le terme propre au magnétisme⁶⁵.

Écrire est de fait une forme de remède dans le mal, permettant, selon l'expression de Kafka, d'« objectiver la souffrance dans la souffrance⁶⁶ ». Analyser un sentiment c'est déjà « le dissoudre », c'est à la lettre l'« exprimer », le sortir de soi⁶⁷. Comme l'a montré Blanchot au sujet de Kafka, l'écriture de la douleur donne, dans les moments d'abattement, un « surcroît de forces » car elle objective la souffrance en lui offrant « la matérialité des mots⁶⁸ ». Michaux parlera quant à lui d'« exorcisme » pour évoquer cette expulsion de la souffrance, cette délivrance à travers le « martèlement des mots⁶⁹ ». Le travail d'analyse et de reformulation que suppose l'écriture est une façon de « tamiser » l'émotion : « c'est un moyen de se consoler, écrit Stendhal, que de regarder la douleur de près⁷⁰ ».

Certes se connaître n'est pas toujours se guérir⁷¹. Chez la plupart des diaristes, la dimension thérapeutique de

64 AMIEL, Henri-Frédéric, *opt. cit.*, t. VIII, p. 1143.

65 MAINE DE BIRAN, Pierre, 1954. *Journal intime (1814-1824)*, édité par Henri Gouhier, La Baconnière, « Être et penser/Cahiers de philosophie », 4-12 décembre 1814.

66 KAFKA, Franz, *opt. cit.*, p. 165.

67 AMIEL, Henri-Frédéric, *opt. cit.*, t. II, p. 159.

68 BLANCHOT, Maurice, 1949. *La Part du feu*, Paris, Gallimard, p. 27-28.

69 MICHAX, Henry, 1966. *L'Espace du dedans*, Paris, Gallimard, « Nrf », p. 275. Voir BENOIT, Éric, 1998. « Surface et intériorité chez Henri Michaux », dans CABANÈS, Jean-Louis. *Surface et intériorité*, Presses universitaires de Bordeaux, p. 93-116

70 STENDHAL, 2010. *Journal*, Paris, Gallimard, « Folio », p. 307.

71 « Je me suis contenté de me connaître, se désole Amiel, en renonçant à me guérir » (AMIEL, Henri-Frédéric, *opt. cit.*, t. V, p. 777).

l'écriture demeure problématique car l'écriture est à la fois un « exutoire » et une complaisance dans le mal : « le fait même d'écrire, écrit Kafka, contribue à ma tristesse⁷² ». Pour Amiel le journal est un *pharmac*on, qui peut être à la fois remède ou poison. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, notamment à la fin du 19^e siècle, on a pu évoquer les dangers de cette dimension autoréflexive du journal : écrire pour soi jour après jour pourrait conduire à s'enfermer dans ses propres névroses. Et la fonction cathartique du journal est d'autant plus problématique que cette écriture ne passe pas par la médiation reconfortante d'autrui⁷³. En réalité le « je m'écris » suppose à la fois identité et dédoublement. Et ce dédoublement peut être tout aussi bien le lieu d'une distance apaisante à l'égard de ses propres passions que celui de la conscience douloureuse d'un déchirement intérieur. L'écriture de soi peut accentuer la conscience d'un écart à l'intérieur de soi, d'une altérité au cœur même de l'être. Et en même temps l'écriture intime implique la présence de ce que Jean-François Chiantaretto appelle le « témoin interne », à savoir la présence en soi d'un autre qui représente le semblable, les semblables. Ce témoin interne est une figure à la fois « intrapsychique » et « intersubjective », qui « inscrit psychiquement l'appartenance humaine du sujet », même dans les situations d'extrême isolement. Le journal pourrait dans cette perspective représenter cette « scène intérieure d'interlocution » où le monologue est aussi un dialogue avec cet autre soi-même qui n'est pas pure projection de soi, mais

72 KAFKA, Franz, *opt. cit.*, p. 292.

73 « L'écriture, et singulièrement l'écriture littéraire, peut être un moyen de lutter contre l'angoisse (contre l'angoisse de celui qui écrit comme de celui qui lit), – mais à condition d'être une authentique ouverture à l'autre » (BENOIT, Éric, 1997. « Écriture de l'angoisse, écriture contre l'angoisse », dans MONTHEIL, Michel. *Écouter l'angoisse*, Paris, L'Esprit du Temps, « Psychologie », p. 82.

figure en quelque sorte de l'humanité en soi, de ce qui, dans la solitude, nous relie.

En outre l'écriture du journal suppose la juxtaposition psychique de deux *moi* : le moi présent qui écrit et le *moi* futur, ce moi qui relira son texte quelques mois voire quelques années plus tard et deviendra alors son propre herméneute, redécouvrant ce qu'il a oublié, tissant des liens qu'il était incapable de déceler dans le présent, reconstruisant et réinterprétant son propre passé à la lumière des signes épars que lui ont laissés ses notations journalières. Les notes prises sur le vif sont alors des « signes » que l'on envoie à cet autre *moi* qui, un jour, saura « faire le point » et les interpréter⁷⁴. L'écriture de soi est ainsi motivée en profondeur par la perspective de la relecture qui à la fois fera revivre l'instant narré et lui donnera sens, ce qui suppose de croire en ce moi futur.

L'écriture journalière suppose alors une adhésion du scripteur, et une croyance dans son pouvoir de guérison. Et attribuer au journal une valeur de guérison, ou du moins de consolation, c'est affirmer la puissance du langage en une forme de rituel intime. En témoigne cet extrait de Katherine Mansfield où le texte dit et redit la possibilité de transcender la douleur en une affirmation qui est une prière, mais est également une sorte d'*acte* liturgique :

74 « Je transcris quelques notes, écrit Gustave Roud, je veux garder de l'oubli les signes – qui n'ont qu'une valeur de signe – de mon malaise profond et j'essaierai ensuite de « faire le point » avec précision » (ROUD,, Gustave, 2022. « Journal 1916-1976 », *Œuvres complètes*, Editions Zoé, t. III, p. 234). Voir aussi HAVET, Mireille, 2003-2010. *Journal (1918-1929)*, éditions Claire Paulhan, p. 257 : « ce cahier n'ayant d'autre but, caché comme il l'est, que de m'instruire moi-même plus tard par une sorte de schéma rétrospectif de la vie ».

La vie est un mystère. L'atroce douleur s'évanouira. Il faut que je me tourne vers le travail. [...].

O, Vie! accepte-moi – rends-moi digne – apprends-moi!

J'écris ceci. Je lève les yeux. Les feuilles frémissent dans le jardin, le ciel est pâle et je me surprends à pleurer...⁷⁵

Sans doute faudrait-il parler moins de guérison que d'autoconsolation. Par les mots quelque chose en soi échappe au silence de l'extrême dérégulation, quelque chose qui tient peut-être en un « à peine » : « Rien ne semble plus vivre en moi, ni hors de moi, écrit Amiel dans un moment de profond abattement [...]; je n'ai plus à moi que des phrases, et à peine⁷⁶ ». Mais ces phrases qui disent le vide et l'impuissance en sont en même temps l'opposé. Au moment même où le diariste déplore sa stérilité, les mots disent autre chose que cette stérilité – et les métaphores de s'accumuler comme autant d'arabesques autour d'un vide. Car l'acte même de tenir son journal suppose un acte de foi, une forme d'adhésion à ce que Leiris nomme la « *bonté* des choses et des mots », qui fait que même dans la détresse quelque chose de soi ou du monde se laisse fléchir, ou du moins caresser⁷⁷.

75 MANSFIELD, Katherine, 1993. *Journal*, traduit par André Bay, Marthe Ducroix et Anne Marcel, Paris, Gallimard, « Folio », p. 363.

76 AMIEL, Henri-Frédéric, *opt. cit.*, p. 290.

77 LEIRIS, Michel, *opt. cit.*, p. 290 : « Pour écrire, il faut encore croire à une certaine *bonté* des choses et des mots, qui se montrent tant soit peu favorables et se prêtent au jeu de notre imagination. Rien à faire quand choses et mots sont à ce point hostiles qu'on ne peut les fléchir et qu'ils restent fermés comme des pierres. Pas question d'écrire une phrase quand chaque objet ou idée évoquée se hérissé, se met en boule, refuse de se laisser caresser ».

Inventer des fictions communes : les pratiques de la dramaturgie comme médiations interdisciplinaires entre arts de la scène et médecine

Pauline BOUCHET

Cet article analyse trois projets issus d'une collaboration entre le département des Arts du spectacle de l'Université Grenoble-Alpes et le Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble. Débutée en 2016, cette collaboration visait à repenser la formation des médecins. Ces trois projets couvrent le champ des « performances médicales » selon Alex Mermikides (2020) : à savoir l'enseignement médical basé sur la simulation, les projets artistiques avec des patients et les performances qui représentent des expériences médicales.

Dans ces trois expériences, je me suis retrouvée à la place d'un « tiers familiarisé » pour reprendre le terme de Julie Henry (professeure de philosophie à l'ENS de Lyon) qui dirige le Master Approches Plurielles de la santé. Je ne suis ni artiste ni médecin, mais une enseignante-chercheuse

en études théâtrales qui travaille avec le milieu médical et qui a deux pratiques artistiques (dramaturgie dans la compagnie franco-qubécoise Les Songes turbulents et improvisation dans des ligues professionnelles et amateurs). Je suis également écoutante bénévole en soins palliatifs dans des services de cancérologie, formée à l'écoute active.

Dans ces trois contextes, j'ai occupé la position d'une médiatrice : j'ai servi d'intermédiaire avec la faculté de médecine et de formatrice pour des étudiants en arts du spectacle dans le cadre de consultations simulées (un projet qui dure depuis cinq ans au moment où j'écris ces lignes); j'ai animé des ateliers d'écriture dramatique avec des patients atteints de cancer qui ont abouti à la collaboration avec une metteuse en scène (en octobre 2020) qui les a fait travailler avec des acteurs professionnels autour d'un spectacle basé sur les textes écrits en atelier et je suis collaboratrice artistique et conseillère dramaturgique pour le spectacle *Faust augmenté/Si vous voulez de la lumière* qui représente Faust en hématologue¹. À travers le développement de ces projets dans les humanités médicales, c'est une position de médiatrice interdisciplinaire issue du champ de la dramaturgie que je crée afin de relier des interlocuteurs qui n'ont pas le même vocabulaire.

Je voudrais donc revenir sur les définitions de la dramaturgie pour montrer comment cette pratique peut servir de médiation dans les dialogues interdisciplinaires (entre les artistes, les soignants et les médecins, les patients et le public) en tant qu'outil de juste distance pour construire des fictions communes dans les performances médicales.

La première définition du terme « dramaturgie » fait référence à « l'art de composer des pièces de théâtre » (Pavis, 2002 : 55). Cette définition perdure et désigne la pratique des auteurs de théâtre. La seconde définition, qui est celle donnée

1 Le spectacle a été créé au Théâtre Prospero à Montréal le 1^{er} mars 2023.

par Joseph Danan notamment, est la « pensée du passage des pièces de théâtre à la scène » (Danan, 2010 : 8). Mais avec la disparition du textocentrisme sur les scènes contemporaines, d'autres définitions plus larges sont venues englober des pratiques dramaturgiques plus diverses. On revient souvent à l'ouvrage fondateur de Lessing, *La Dramaturgie de Hambourg*, une série d'articles écrits entre avril 1767 et avril 1768 pour le théâtre de Hambourg, dans lequel Lessing critique les spectacles, développe une véritable pensée de la forme théâtrale et invente ainsi la fonction du dramaturge d'aujourd'hui, qui est souvent le partenaire du metteur en scène, son conseiller littéraire, celui qui l'accompagne dans l'élaboration de la pensée d'un spectacle. C'est là qu'intervient la révolution de Lessing : sa dramaturgie n'est pas un système (fermé) de règles sur la façon dont les pièces doivent être écrites, mais une pratique (ouverte) de questionnement et de production de la pensée. (Danan, 2010 : 14)

Tout d'abord, les consultations simulées à l'Université Grenoble-Alpes (projet CHUI) répondent au premier sens, le plus traditionnel, de la dramaturgie. En effet, il s'agit de composer de petites saynètes à travers l'écriture collective de scénarios qui permettent de proposer du matériel de jeu pour les patients simulés, mais aussi de construire la réception des étudiants médecins qui participent au dispositif. Nous verrons ainsi comment, dans les consultations simulées, les formateurs en médecine et en arts du spectacle pratiquent ensemble cette dramaturgie et comment ces objets dramatiques poussent à revenir à une forme théâtrale aristotélicienne fermée sur elle-même, programmant une réception empathique.

Dans un second temps, nous analyserons le projet RESISTT Cancer, qui s'est construit autour d'un travail sur les représentations du cancer par le biais d'ateliers d'écriture dramatique avec des patients en cancérologie (dont deux seulement étaient encore en parcours de soin) et qui s'est

ensuite poursuivi par la mise en lecture théâtralisée des textes produits par une metteuse en scène et des acteurs professionnels. Dans ce projet, la pratique dramaturgique était au centre du processus car il s'agissait d'initier les patients à l'écriture théâtrale et c'est précisément cette pratique de l'écriture théâtrale qui leur a permis de réfléchir au récit adressé et polyphonique de leur maladie et à la possibilité de déléguer leurs voix de patients.

Enfin, nous analyserons le projet *Faust augmenté/Si vous voulez de la lumière*. Le metteur en scène Florent Siaud et sa compagnie franco-qubécoise Les Songes turbulents ont commandé à treize auteurs francophones une réécriture du *Faust* de Goethe. Ce Faust contemporain, animé par les désordres de notre époque, est hématalogue, car il fallait trouver la figure réelle d'un scientifique qui se sentait impuissant face à la mort et avait le désir de la repousser. Son incapacité à accepter la mort des autres le conduisit à un pacte avec un diable qui n'est autre qu'un récitant d'opéra au début du spectacle. Ici, la dramaturgie se présente comme la nécessité de penser une cohérence narrative autour du parcours complexe et fragmentaire d'un hématalogue et de sa confrontation avec la mort et la maladie.

**La pratique d'une dramaturgie aristotélicienne :
composer des « drames à échelle humaine »
dans des consultations simulées.**

Dans plusieurs CHU en France, les jeux de rôles sont pratiqués. La spécificité du projet du Centre hospitalier universitaire d'Improvisation (CHUI) de Grenoble est qu'il fait appel à des étudiants d'autres disciplines (arts du spectacle) pour jouer le rôle des patients. Le projet CHUI se fixe des objectifs à atteindre dans deux formations qui peuvent paraître totalement différentes : l'enseignement de la médecine et l'enseignement des arts du spectacle. L'initiative

du CHUI revient à Philippe Chaffanjon, professeur d'anatomie à l'UFR de médecine de Grenoble, qui a contacté le département des arts du spectacle de l'Université Grenoble-Alpes en 2015 avec la volonté d'organiser des consultations simulées afin de donner aux étudiants en médecine une première expérience dans ce domaine. Au cours des cinq dernières années, nous avons mis en place des simulations de consultation pour les deux cents étudiants de quatrième année de médecine avec vingt-cinq étudiants en arts du spectacle chaque année qui sont inscrits à un cours de vingt-quatre heures intitulé « l'improvisation en milieu médical ». Ils travaillent sur l'improvisation théâtrale puis apprennent dix scénarios et improvisent avec des profils de patients (le patient anxieux, le patient bavard, le patient hyper-réfléchi, etc.). Les consultations simulées sont filmées, puis j'évalue les étudiants en arts du spectacle sur des critères de jeu et les étudiants en médecine sont également évalués (sans note) sur leur capacité d'écoute.

Les étudiants en médecine ne sont pas évalués sur leur capacité à poser un diagnostic, car les canevas distribués aux acteurs sont pour la plupart généraux et ouverts à plusieurs interprétations possibles. En revanche, on évalue la capacité de l'étudiant en médecine à adapter son vocabulaire à son interlocuteur, à produire un discours clair, à faire preuve d'empathie et à écouter.

Pour les étudiants en arts du spectacle, il s'agit de développer leur capacité à interpréter un rôle (celui du patient) et à improviser (car ils interagissent en direct en rebondissant sur les questions posées par l'étudiant en médecine). Ils sont évalués sur leur capacité à s'approprier un canevas prédéfini (une description de symptômes plus ou moins directement liés à une pathologie) et à s'y tenir de manière cohérente. Ils doivent improviser à partir de ce cadre en inventant une situation sociale, familiale ou psychologique et à partir d'un profil de patient particulier qui leur est donné quelques

minutes avant de venir à la consultation. Les consultations simulées permettent de repenser l'entretien clinique comme une scène avec sa propre composition.

On peut avoir l'impression que rapprocher médecine et théâtre se ferait par le biais de la métaphore (parler du théâtre d'opérations pour la chirurgie par exemple) mais il faut aller plus loin et penser au contraire que les deux disciplines (théâtre et médecine) développent un art spécifique du regard, puisque la mise en scène et la clinique psychologique sont nées en même temps en France à la fin du XIX^e siècle et que plusieurs metteurs en scène comme Antoine et Gémier avaient tendance à parler de l'art de la clinique pour désigner leur pratique :

Si, d'une génération à l'autre, les disciplines médicales de référence ont changé, persiste un même recours à la médecine, envisagée dans ses dimensions les plus novatrices et servant à repenser, de façon structurante et exigeante, la pratique de la mise en scène. [...] On pourrait ne voir dans ces déclarations que de simples métaphores à la mode, dont les artistes usent et peut-être abusent pendant quelques décennies. Nous pensons pourtant que la convocation insistante de la médecine, dont le développement et le rayonnement sont des faits majeurs de l'histoire des sciences au XIX^e siècle, vaut ici bien plus comme paradigme que comme métaphore. Ce paradigme sous-tend l'affirmation, dans la mise en scène moderne, d'un régime visuel bien particulier, emprunté à la clinique [...]. (Losco-Léna, 2016 : 147)

Ainsi, en concevant un dispositif interdisciplinaire, nous avons pu constater (les médecins formateurs et moi-même) que nous cherchions à développer la même acuité du regard, la même lecture attentive des autres, la même écoute active, et nous avons aussi compris que la pratique d'un corps en jeu, en performance, était centrale dans nos deux disciplines. Mais il a fallu inventer un vocabulaire commun et être capable de

comprendre la culture disciplinaire de l'autre, comme le dit Emma Brodzinski :

Ideally, interdisciplinary endeavours involve artists and clinicians as equal partners in collaboration, who have a level of respect and understanding of each other's work to ask interrogative and apposite questions – as well as the ability to push for new questions and new answers. Such a process, however, faces the problem of communication in that each party in such an encounter will have its own particular frame of reference and concordant professional language which may be a barrier to interaction². (Brodzinski, 2010 : 12)

La pratique de la dramaturgie s'inscrit alors dans l'écriture des scénarios et de profils de patients qui préparent une réception particulière pour les étudiants en médecine. L'idée est de construire une fiction qui réponde à une exigence médicale mais qui déclenche aussi le besoin d'écoute comme l'explique Alex Mermikides :

[...] simulation is likened to theatre not so much because of its real-world effects on medical practice but more because of its strategic generation of emotion and affect: the simulated scenarios [...] are understood as theatrical because they present human-scale dramas designed to change the way their audiences feel – and [...] in doing so, they employ devices that would not

2 Je traduis : Idéalement, les efforts interdisciplinaires impliquent des artistes et des cliniciens en tant que partenaires égaux dans la collaboration, qui ont un niveau de respect et de compréhension du travail de l'autre assez élevé pour poser des questions pertinentes - ainsi que la capacité de pousser à de nouvelles questions et à de nouvelles réponses. Un tel processus se heurte toutefois au problème de la communication, dans la mesure où chaque partie aura son propre cadre de référence et son propre langage professionnel concordant, ce qui peut constituer un obstacle à l'interaction.

be out of place in more explicit theatrical contexts³. (Mermikides, 2020 : 1185-1195)

Elle explique en effet que l'idée n'est pas de chercher un réalisme dans les simulations médicales mais plutôt de penser une stratégie de l'émotion. Elle parle de l'écriture de « drames à échelle humaine » qui permettent de faire ressentir quelque chose à l'étudiant en médecine. Cette écriture de scénarios de consultations simulées nous pousse donc à revenir aux formes dramatiques traditionnelles (réfléchir à la psychologie des personnages, construire un récit linéaire, s'inscrire dans un espace-temps contraint) et à abandonner les formes post-dramatiques auxquelles je suis habituée dans ma discipline et notamment dans les écritures dramatiques contemporaines que j'enseigne. En soi, l'exercice de la consultation simulée est un huis clos d'une quinzaine de minutes, il a un début, un milieu et une fin et l'idée est que le public (potentiellement l'étudiant en médecine, mais aussi les formateurs en médecine qui regarderont la vidéo) puisse s'y identifier autant que possible. Cette forme dramatique traditionnelle est un lieu privilégié de dialogue entre les formateurs en médecine, les patients-acteurs et moi, et elle sous-tend la possibilité de cet exercice interdisciplinaire, comme le dit très bien Mermikides :

Bringing together distinct disciplines invites unexpected innovation into the process as our assumptions are challenged by new knowledge, perspectives or representational strategies, thus drawing us to newer dramaturgical forms. At the same time, this

3 Je traduis : la simulation est assimilée au théâtre non pas tant en raison de ses effets réels sur la pratique médicale qu'en raison de sa production stratégique d'émotions et d'affects : les scénarios simulés [...] sont considérés comme théâtraux parce qu'ils présentent des drames à l'échelle humaine conçus pour modifier les sentiments de leur public - et [...] ce faisant, ils emploient des dispositifs qui ne seraient pas déplacés dans des contextes théâtraux plus explicites.

interdisciplinarity can also provoke a simultaneous pull towards the familiar and the universal in search for common ground. While the latter statement might imply a degree of conservatism (and recourse to the established dramatic tradition), what can be more interesting is where the ‘lowest common denominator’ is found as a point of thematic intersection in terms of ‘what is being presented’⁴. (Mermikides, 2014 : 139)

Ce dispositif a ainsi modifié ma façon de penser ma discipline. L’enjeu n’était pas de devenir une prestataire de services pour la faculté de médecine, mais d’entrer dans une « reconnaissance mutuelle des disciplines » comme l’a suggéré Frédéric Worms dans le colloque « L’indiscipline des humanités médicales » organisé par l’Université de Bordeaux en novembre 2020. Il s’agissait de sortir de l’utilité du théâtre. Le théâtre peut améliorer les *soft skills*, mais l’objectif n’est pas de rendre les médecins plus humains. L’idée est plutôt de construire une vision interdisciplinaire de l’entretien médical comme une expérience intime et sociale autour de la question des histoires de vie, du dialogue et de la polyphonie de la maladie. L’entretien médical, dans lequel un récit est produit par un patient, convoque la dramaturgie comme le note Maria Jesus Cabral :

4 Le fait de réunir des disciplines distinctes invite à une innovation inattendue dans le processus, car nos hypothèses sont remises en question par de nouvelles connaissances, perspectives ou stratégies de représentation, ce qui nous amène à des formes dramatiques nouvelles. Mais dans le même temps, cette interdisciplinarité peut également provoquer une attraction simultanée vers le familier et l’universel à la recherche d’un terrain d’entente. Si cette dernière affirmation peut impliquer un certain conservatisme (et le recours à la tradition dramatique établie), ce qui peut être plus intéressant, c’est de trouver le “plus petit dénominateur commun” comme point d’intersection thématique en termes de “ce qui est présenté”.

En tant qu'exercice de parole, l'acte de récit en contexte thérapeutique reste une activité *vue*, perçue et entendue en situation de co-présence, engageant des modalités de sens variées, du dire au silence, du langage corporel parlant à son repli interstitiel. En cela, il convoque le théâtre, phénomène social et communicatif autant qu'artistique, prédisposé à relier les corps et les discours. (Cabral, 2017)

Et au-delà de cette idée que l'entretien médical convoque le théâtre, j'ai découvert à quel point les compétences dramaturgiques s'avèrent avoir des capacités médiatrices dans le dialogue interdisciplinaire entre les arts du spectacle et la médecine, car elles permettent de penser la construction d'une fiction commune.

Porter sur scène le récit polyphonique de la maladie : la dramaturgie comme médiation entre médecins, patients et public

Au cours d'entretiens cliniques avec des patients adultes en oncologie (au CHU de Grenoble), une psychologue, Alexandra Dougnon-Denis, a observé à quel point toutes les représentations du cancer (de la part de l'environnement social, des proches, du personnel soignant ou de la société au sens large) ont un impact sur les patients. À partir de ce constat, elle a été amenée à s'interroger sur la résilience des patients, non pas par rapport à la maladie elle-même, mais par rapport aux représentations de celle-ci et à leur potentiel traumatogène. Elle a alors souhaité proposer à ces patients des ateliers d'écriture dramatique qui leur permettraient d'atteindre une « résilience assistée » (Ionescu, 2011) en questionnant les représentations de la maladie. Le choix spécifique de l'écriture dramatique, avec son idéal cathartique, est au cœur du projet car cette écriture engageait les auteurs (les patients) à s'interroger sur le choix des mots, l'idée

d'incarnation, mais aussi sur ce que signifiait l'idée de porte-parole et la représentation concrète (dans un espace, avec des corps) de leur maladie. Onze patients ont suivi les ateliers d'écriture dramatique qui se sont déroulés sur cinq créneaux de trois heures (quinze heures d'atelier). Les patients ont été répartis en deux groupes (un avec moi, un autre avec l'intervenante arts-santé et comédienne Ariane Salignat) et chaque groupe a travaillé sur les mêmes exercices d'écriture.

On voit d'emblée qu'il y avait une réelle résonance entre ce projet sur les représentations du cancer et les caractéristiques des écritures dramatiques contemporaines : l'omniprésence des questions de récits de vie et la fragmentation énonciative qui peut en découler, au-delà du seul duo patient-soignant, pour élargir la polyphonie de la maladie. À la suite de ces ateliers, j'ai joué mon rôle de médiatrice en mettant en relation ces patients qui avaient écrit avec une metteuse en scène et des comédiens professionnels afin que les textes soient joués. Le travail dramaturgique s'est ensuite poursuivi avec le montage des textes par la metteuse en scène et les participants. À la fin des ateliers, tous les participants et leurs animateurs ont rencontré, lors d'un atelier pratique, la metteuse en scène Louise Bataillon, chargée de mettre en scène les textes, afin de faire connaissance et de commencer à lire à haute voix certains des textes produits.

Alors que les répétitions devaient commencer avec les deux acteurs professionnels, Sarah Barrau et Geoffroy Pouchot-Rouge-Blanc, elles n'ont pu avoir lieu en raison du confinement de mars 2020. Il était initialement prévu que la réécriture sur le plateau se fasse en présence des auteurs. Ne pouvant réaliser ce travail de réécriture par le biais de répétitions, Louise Bataillon et Stella Minichino ont proposé des séances d'écriture à distance afin de penser la dramaturgie du spectacle à venir. Sept des onze auteurs initiaux se sont pleinement investis dans ces six semaines d'ateliers pour monter le spectacle. De nouveaux textes ont été écrits (textes

sur l'annonce de la maladie, ou textes sur l'après traitement), puis tous les textes ont été triés en cinq parties qui ont formé le texte final (1 Portraits/2 L'annonce de la maladie/3 Les soins, Le corps qui change, Les proches/4 L'après? /5 À vous, les aidants). Enfin, il s'agissait d'orchestrer chacune des parties, à partir des textes disponibles, qui ont été réarrangés les uns avec les autres, et ont ainsi produit une certaine choralité, permettant une nouvelle étape dans la distanciation du parcours de soins de chacun car il n'était plus question d'individualité, mais de parole collective.

Fin septembre 2020, l'ensemble de l'équipe (les animateurs de l'atelier d'écriture, la psychologue à l'origine du projet, les participants au projet d'écriture, la metteuse en scène et les comédiens professionnels) s'est réuni pour une lecture de l'ensemble du texte, résultat du travail dramaturgique réalisé pendant le confinement.

Les répétitions se sont ensuite déroulées sur une période de deux semaines. Pendant ces répétitions, les participants aux ateliers d'écriture ont été invités à venir aussi souvent qu'ils le souhaitaient pour suivre les répétitions avec les acteurs professionnels et nous faire part de leur ressenti, proposition à laquelle sept d'entre eux ont donné suite. Après deux semaines de répétitions, le spectacle a été joué trois fois en octobre 2020 à la Maison de la Création et de l'Innovation sur le campus, devant 150 spectateurs. Puis le spectacle a été joué à l'Autre Rive, un théâtre de Grenoble, le 13 novembre 2021, puis au Centre Hospitalier Universitaire devant des médecins le 15 novembre 2021.

Ce projet m'a permis de construire mon identité de chercheuse en « humanités médicales », spécialisée en dramaturgie. J'ai fait écrire aux patients un récit polyphonique et adressé de la maladie en écoutant les souhaits des soignants. J'ai ensuite accompagné le processus de création de ces textes pour la scène, tout en restant extérieure à la mise en scène.

Nous avons construit un dialogue avec les patients, les soignants et les artistes autour de questions dramaturgiques spécifiques, comme la construction d'un récit polyphonique, le montage de textes issus de plusieurs ateliers, les problèmes d'énonciation. Nous avons initié les patients à une pensée collective de la dramaturgie du texte et de la scène et c'est à travers cette pensée dramaturgique que nous avons pu aborder le récit du parcours de soins et la question théâtrale de la représentation du cancer. En effet, nous les avons formés à l'ensemble du processus dramaturgique : d'abord l'écriture dramatique, à travers des exercices, puis la composition d'un texte théâtral conçu pour la scène et enfin la dramaturgie sur scène avec les acteurs.

**Tout tenir ensemble : utiliser la dramaturgie pour
relier les récits autour de la figure hypertextuelle de
l'hématologue Faust.**

En 2011, j'ai cofondé la compagnie franco-québécoise *Les Songes turbulents* avec Florent Siaud qui en est devenu le metteur en scène. En 2021-2022, la compagnie fête ses dix ans d'existence et son désir toujours vivace de réunir des artistes de différents pays. Pour marquer cet anniversaire, la compagnie a souhaité s'associer à de grands théâtres de différents pays pour créer une réécriture du *Faust I et II* de Goethe, confiée à treize auteurs du Québec, des Premières Nations, d'Afrique, des Caraïbes et d'Europe. Cette vaste réécriture s'appuie sur une utopie collaborative, lancée en 2017 et qui s'achèvera en 2021-2022. Depuis 2017, le texte s'est structuré en trois parties. Dans cette réécriture, Faust devient un hématologue renommé dans un hôpital parisien où il tombe amoureux de sa patiente Margot. Voulant à tout prix repousser la mort, il cède bientôt à une vaine quête thérapeutique, qui pose la question du consentement autant que celle des limites de la science.

En fuite après avoir utilisé une technique thérapeutique illégale, il atteint avec Méphisto les États-Unis. Les deux compagnons rencontrent le monde de la Silicon Valley dans lequel l'hématologue tombe amoureux d'un double de Margot, en réalité augmentée. Dans un troisième temps, Faust et Méphisto poursuivent leur exploration du monde dans un troisième cercle et ne trouvent que soulèvements, barrages maritimes et effondrement climatique. Usé lui-même par le cancer, Faust s'abandonne à la mort.

Tous les auteurs ont écrit en échangeant sur la narration du spectacle tout entier, tout en étant chacun responsable de son propre art dans cette architecture polyphonique. Il en résulte un processus d'écriture qui procède par « pollinisation » comme le dit le metteur en scène Florent Siaud : accompagnée de longs échanges dramaturgiques et d'une nourriture intellectuelle constamment actualisée, chaque impulsion d'écriture suit son propre destin, mais les auteurs se sentent libres d'enrichir leur propre écriture avec les idées présentes dans les parties écrites par les autres. À cette fin, des relectures régulières (par les auteurs eux-mêmes, par le coordinateur artistique, par d'autres dramaturges, par des experts et des membres de la distribution ou de l'équipe de conception) permettent à chaque ébauche d'évoluer vers toujours plus de précision, de singularité et de résonance mutuelle.

Le metteur en scène et plusieurs des auteurs du projet sont venus à l'Université Grenoble-Alpes en 2019 pour faire un *workshop* avec mes étudiants de master dans le cadre du programme Création artistique. Suite à cet atelier, une idée centrale a émergé : faire de ce Faust un hématologue. En effet, la difficulté était d'inventer une figure contemporaine de Faust. Quel scientifique aujourd'hui pourrait être ce Faust, prêt à tout pour vaincre la mort, comprendre l'humanité et accepter de pactiser avec le diable pour y parvenir ? L'idée d'un hématologue est apparue pertinente car les hématologues

sont constamment confrontés à la mort de leurs patients, des patients de tous âges, de toutes conditions sociales et physiques, et on peut imaginer le désarroi que cela peut leur causer. L'écriture s'est poursuivie avec les auteurs, et en octobre 2021, nous avons organisé un atelier avec le metteur en scène Florent Siaud, des élèves du Conservatoire de Grenoble, des étudiants en Arts du spectacle et des médecins du CHU (une oncologue et un médecin généraliste) et des comédiens professionnels pour travailler sur des textes mettant en scène le monde de la santé et interrogeant la question de la mort.

Lors de cet atelier, les auteurs nous envoyaient des versions parfois la veille du travail sur scène, et nous avons trois comédiens professionnels ainsi que des étudiants du séminaire Arts et Santé pour lire les textes et faire de la dramaturgie à la table afin de détecter les points sensibles, et les défis dramaturgiques à accomplir. Lors de cette résidence, nous avons donc invité une oncologue, le docteur Isabelle Flandin, et un médecin généraliste, le docteur Lucie Bosmean, à venir écouter une lecture du texte de Guillaume Poix qui ouvre le spectacle et présente Faust dans sa vie d'hématologue. Dans ce texte, le pacte entre Faust et Méphisto, qui est le moteur narratif de toute l'œuvre de Goethe, se cristallise autour de la fiction théâtrale et cinématographique. Faust, hématologue, répond à l'invitation de son interne à l'accompagner à l'opéra. Il y rencontre l'acteur Méphisto, qui lui propose de venir à un tournage de film où on lui demandera, malgré lui, de jouer un mort. C'est autour de cette expérience du médecin jouant le rôle d'un mort que se noue le pacte indéfectible entre cet alchimiste devenu hématologue et un diable issu du monde du spectacle vivant.

Dans cette première partie, le sujet de la médecine renouvelle la forme dramaturgique. Ainsi, le texte s'ouvre sur une lettre que Faust enregistre sur son dictaphone pour un collègue et qui renouvelle la forme du monologue avec une grande crédibilité :

Faust

Il existe également une anémie à 10,7 grammes par décilitre avec
une carence martiale
pour laquelle j'ai débuté une supplémentation par
FUMAFER

il y a huit jours
le scanner ne retrouve pas de syndrome tumoral profond
il y a indication à débiter un traitement de type
RITUXIMAB – CICLOPHOSPHAMIDE –
DEXAMÉTHASONE
6 cycles espacés de 28 jours
avec première cure en hospitalisation conventionnelle et
suivantes en hôpital de jour

(Silence.)

Cependant

(Silence.)

Le patient
m'avait informé
la semaine dernière
qu'il ne souhaitait
pour l'instant
pas
débuter ce traitement
malgré
malgré mes explications sur
le risque d'évolutivité du lymphome dans les semaines et les mois
qui viennent avec
possible majoration de l'hyperviscosité
apparition de signes généraux et de syndrome tumoral
le patient
m'a assuré

comprendre

la nécessité de traitement et le risque évolutif en cas

d'abstention

mais

(Silence.)

Il maintient son refus actuel de traitement

(Silence.)

Dans ces conditions je ne prévois pas de consultation

systématique mais je lui ai redonné les coordonnées du service

pour qu'il nous contacte dès que

dès qu'il

changera d'avis

(Silence.)

Je serai alors à sa disposition très rapidement pour organiser la

suite je lui ai expliqué qu'il faudrait probablement renouveler

le scanner et le bilan biologique avant de débiter un traitement

pour refaire le staging précis de la maladie pré-thérapeutique je

reste

à votre disposition

pour

rediscuter du dossier

bien

confraternellement

Faust éteint son dictaphone.

(Poix, 2021 : 1-2)

L'oncologue présente à la lecture a été particulièrement touchée par l'hyperréalisme de ce monologue d'ouverture et par la stylisation d'un acte médical quotidien qu'elle n'avait jamais conçu comme un monologue intérieur adressé, mais qui l'est en réalité. Le dialogue a ensuite repris autour de questions dramaturgiques : comment rendre un monologue intérieur dans le cabinet du médecin, comment le théâtre peut

mettre en scène la pluralité des voix qui habitent l'oncologue lors d'une consultation, comment la forme théâtrale par le biais de l'adresse et le travail d'une oralité stylisée peut expliciter les mots que les médecins ne prononcent jamais à voix haute. C'est donc autour du travail dramaturgique du texte que le dialogue a commencé avec les deux médecins. Nous avons travaillé sur la relation entre médecin et interne et sur la question émotionnellement chargée de l'annonce du diagnostic, grâce à un second extrait du texte de Guillaume Poix où l'hématologue Faust explique à son interne ce qu'il voit chez le patient lorsqu'il annonce le diagnostic :

Faust

Dans le petit bureau

(Silence.)

Assis

assis derrière

votre chaise

comme ça

vous serez

et devant vous

elle

cette

femme

de 42 ans

qui va mourir

elle

vous regardera

(Silence.)

Attendra

(Silence.)

Et

vous ne saurez pas où placer vos yeux où les poser
vous
sentirez une tension dans
la mâchoire
et le menton les
tempes aussi
elles pulseront
votre regard
ne va pas
cesser de
tomber vers
vos papiers vos documents vos analyses chiffres et unités de
mesure
effarants
données
affolantes
moyennes
explosées
seuils
pulvérisés
il y aura aussi
l'écran
l'écran devant vous
l'écran qui se fera un
malin plaisir à
malgré vous
rétroéclairer
votre vide

votre incapacité à faire face à la personne qui sera devant vous
qui attendra qui n'en pourra plus saura sans savoir
aura envie de
chier

dans l'écran vous vous plongerez comme un dégueulasse
et
cette femme vous regardera

toujours
elle ne vous quittera pas des yeux
elle aura
posé
sa main droite sur le rebord du bureau
parce qu'elle
elle se sera redressée
elle ne pourra pas caler son dos contre le dossier du fauteuil
elle ne pourra pas
tiendra à peine sur le bord de l'assise du fauteuil en polymère
anthracite qui n'est confortable pour aucun être humain d'ici ou
d'ailleurs quelle planète peu importe c'est ici ou ailleurs
elle va tomber
cette femme (Poix, 2021 : 3-4)

Nous avons ensuite réalisé des lectures en IFSI à Compiègne et les étudiants infirmiers ont participé à l'écriture de plusieurs scènes et ont notamment suggéré une scène autour des directives anticipées qui existe aujourd'hui dans le texte final autour de Margot et de sa meilleure amie éditrice qu'elle désigne comme sa personne de confiance. Une lecture a eu lieu aussi en février 2022 avec des hématologues du CHU de Grenoble, ce qui a déclenché au début des discussions médicales autour des Car-T Cells⁵ mais a ensuite permis d'aborder les imaginaires autour des maladies du sang et le rapport à la mort des soignants dans les services d'hématologie. Plusieurs hématologues ont voulu reparler d'une scène écrite par Guillaume Poix dans laquelle Méphisto

5 Cellules antigéniques chimériques à récepteur T : il s'agit d'un traitement innovant dans les cancers du sang qui visent à modifier génétiquement des cellules du patient pour les réinjecter ensuite dans son corps.

acteur cherche à convaincre Faust hématologue de jouer un cadavre dans un film en lui racontant un rêve.

À partir de cette scène, les hématologues présents ont abordé la question de leur cimetière personnel, des fantômes qu'ils charrient avec eux dans leur carrière, mais cela nous a aussi permis de parler du personnage de Méphisto, de ce que cet être diabolique pouvait représenter pour eux. Le dialogue se tisse alors entre metteur en scène, acteurs, conseiller dramaturgique et soignants d'un service d'hématologie autour de la fiction, une fiction qui permet de faire entendre l'in audible et d'entrer dans les interstices et silences de la pratique médicale.

Conclusion : les pratiques dramaturgiques comme outils de médiation essentiels dans les fictions théâtrales médicales

Cet article, à travers l'analyse de trois « performances médicales », visait à montrer que ces projets interdisciplinaires réunissent des médecins, patients, artistes et public avec, au centre, l'outil privilégié de la dramaturgie. La dramaturgie propose donc des pratiques de médiation privilégiée dans les projets interdisciplinaires mêlant arts du spectacle et médecine. En effet, ces différentes pratiques (la composition, l'art de passer du texte à la scène et la pratique ouverte du questionnement) semblent être adaptées pour réunir médecins, patients, artistes et public autour de l'histoire complexe d'une maladie. La dramaturgie consiste à favoriser le dialogue afin de construire des fictions communes et à chercher sans relâche la juste distance.

Ainsi, dans les consultations simulées, la dramaturgie revient à la composition d'une forme dramatique sur le modèle aristotélicien qui permet la mimésis et l'identification et qui est un lieu privilégié de dialogue avec les médecins. En même temps, le travail des consultations simulées

s'inscrit dans la définition plus ouverte de la dramaturgie par Eugenio Barba comme « agencement d'actions » (Barba, 2008 : 54), c'est-à-dire non comme la composition d'un texte à proprement parler, mais plutôt comme une partition avec une suite d'actions programmées.

Dans le contexte du travail artistique avec les patients, la dramaturgie est la pratique qui permet de réfléchir à une délégation de récits de la maladie et d'accepter la fragmentation et la polyphonie inhérentes à toute récolte de récits afin d'inventer une fiction commune. Tous les participants à ce processus ont adopté « l'état d'esprit dramaturgique partagé » (Dort, 1986 : 8). Enfin, dans un projet théâtral fragmentaire et monumental comme *Si vous voulez de la lumière*, il s'agit aussi de trouver la place d'une fiction collective et commune et, là encore, le désir de « faire tenir ensemble » (Martinez, 2002 : 20) permet un dialogue avec les médecins et les artistes.

Lorsque j'ai commencé à travailler avec le milieu médical, je me suis sentie déplacée dans ma discipline. Je devais trouver une place pour dialoguer avec une autre culture disciplinaire ; je pensais même devoir embrasser une autre discipline. Mais après plusieurs expériences, dont j'ai essayé de rendre compte ici, je comprends que c'est le regard spécifique de ma discipline d'origine, la dramaturgie, qui m'a donné les outils pour construire des fictions avec le monde de la médecine et permettre des dialogues entre artistes de la scène et médecins.

Bibliographie

BARBA, Eugenio, 2008. « Actions au travail », dans BARBA Eugenio, SAVARESE, Nicola (dir.), *L'Énergie qui danse*, Montpellier, L'Entre-temps.

BOUDIER, Marion, CARRÉ, Alice, DIAZ, Sylvain, METAIS-CHASTANIER, Barbara 2014. *De quoi la dramaturgie est-elle le nom ?*, Paris, L'Harmattan.

BRODZINSKI, Emma, 2010. *Theatre in health and care*, London, Palgrave Macmillan, Kindle edition.

CABRAL, Maria Jesus, 2017. « La médecine narrative par le discours et le théâtre », *Voix et relation*, 15/02/2017, (En ligne : <https://ver.hypotheses.org/2388>), consulté le 12 mars 2023.

DANAN, Joseph, 2010. *Qu'est-ce que la dramaturgie ?*, Arles, Actes Sud.

DORT, Bernard, 1986. « L'état d'esprit dramaturgique », dans ORTOLANI, Olivier, *Dramaturgie*, Théâtre/Public, n° 67.

IONESCU, Silvia, 2011. *Traité de résilience assistée*, Paris, PUF.

LESSING, Gotthold Ephraïm, 2010. *La Dramaturgie de Hambourg*, Paris, Klincksieck.

LOSCO-LÉNA, Mireille, 2016. « L'Œil clinique de la mise en scène moderne », *Études théâtrales*, n° 65, 2016, p. 147-158, (En ligne : <https://doi.org/10.3917/etth.065.0147>) consulté le 12 mars 2023.

MARTIN, Bernard, 2001. « Dramaturgie et analyse dramaturgique », *L'Annuaire théâtral*, (29), p. 82-98, (En ligne : <https://doi.org/10.7202/041457ar>) consulté le 12 mars 2023.

MARTINEZ, Ariane, 2002. « La dramaturgie du cirque contemporain français : quelques pistes théâtrales », *L'Annuaire théâtral*, (32), p. 12-2, (En ligne : <https://doi.org/10.7202/041501ar>) consulté le 12 mars 2023.

MERMIKIDES, Alex, 2014. "The Appliance of Science: Devising, Dramaturgy and the Alternative Science Play" in TRENCSENYI, Katalin, COCHRANE, Bernadette (dir.), *New Dramaturgy: International Perspectives on Theory and Practice*, London, Bloomsbury Methuen Drama.

MERMIKIDES, Alex, 2020. *Performance, medicine and the human*, London, Methuen Drama, Bloomsbury, Kindle edition.

PAVIS, Patrice, 2002. *Dictionnaire du théâtre*, Paris, Armand Colin.

POIX, Guillaume, 2022. Tapuscrit du texte en processus d'écriture, version mars 2022, Projet *Si vous voulez de la lumière*.

« En cœur », retour sur un écrit d'hôpital

Stéphane LAMBION

Au printemps 2020, j'ai eu un accident cardiaque à la suite duquel j'ai écrit un texte de treize pages intitulé « En cœur », paru dans *Le Nouveau Recueil*. En voici une version extrêmement condensée :

il y a quatre jours, un bruit m'a réveillé.
dans ma poitrine.

pendant que je dormais, on m'avait mis dans un étau.
on tournait, tournait, et je m'enfonçais dans le plancher.

soudain je me suis réveillé et j'ai remonté avec moi mon corps.
le bruit sourd et creux irradiait jusque dans ma mâchoire.
mes oreilles bourdonnaient.

« douleur
transfixiante
thoracique ».

.....

hôpital, admission,USIC (Unité de Soins Intensifs Cardiaques),
chaise roulante (je peux marcher je vous assure), chambre U236,
raser le torse, électrodes (vous voyez vous êtes un homme
branché), perfusion, bip du moniteur et tic-tac de l'horloge,
infirmière sort, infirmière rentre, tension, fièvre, saturation – je
vous entrouvre la fenêtre?

.....

[tentative de compréhension #1]

la troponine est une substance qui régule la contraction du cœur.
lors d'un accident cardiaque, elle se libère dans le sang.

valeur de référence :	14	ng/mL.
valeur personnelle :	1 333	ng/mL.

comme un micro-Tchernobyl dans le cœur.

.....

dans le couloir, les infirmiers bavardent,
j'entends : « le 36 »,
tous se mettent à chuchoter.

un cardiologue rentre.
diagnostic : myocardite probable à 99 %, mais faisons une IRM
demain pour être sûrs.

.....
hier, aujourd'hui, demain : je ne compte plus.

lundi, jour zéro : « on vous laissera sans doute sortir ce soir ».

mardi, jour un : « on va vous garder vingt-quatre heures ».

jeudi, jour trois : « vous pourrez peut-être rentrer samedi ».

.....
[tentative de compréhension des tentatives de compréhension]

il ne s'agit pas de connaître l'ennemi.

ici il n'y a ni amis ni ennemis,

il n'y a que mon corps et le hasard.

il s'agit de comprendre comment ça/je marche.

passer du côté des médecins et devenir mon propre patient.

.....
[tentative de compréhension #2]



si l'IRM montre qu'une seule couche du cœur est endommagée,

il s'agit d'une myocardite.

si l'ensemble des couches sont touchées, c'est un infarctus.

en haut à droite du ventricule, plus blanche que le reste, la zone atteinte couvre toute l'épaisseur du cercle : les trois couches sont touchées.

.....

de 99 % à zéro,
retour à la case départ.

.....

[incompréhension]

syndrome coronarien aigu, spasme coronaire, angor stable, angor instable, angor d'effort, angor de repos, athérome, sténose, thrombose, cardiomyopathie dilatée, infarctus rudimentaire –

et?

.....

peu importe :
cela ne change rien.

aujourd'hui, je ne cherche plus à comprendre.

Ce n'est que plusieurs semaines après l'écriture de ce texte que les cardiologues ont posé un diagnostic définitif – celui d'infarctus – mais partiel, puisque la cause de l'infarctus reste inconnue. J'ignorais alors que j'étais au début d'un marathon médical qui me conduirait d'hôpital en hôpital et que ce marathon deviendrait également un marathon littéraire, celui de ma thèse sur l'écriture de la maladie en poésie.

Mon but aujourd'hui, avec deux ans de recul, est de comprendre les enjeux d'« En cœur », texte initiatique

pour mon travail, et d'analyser comment j'ai évolué depuis. Ce faisant, ces quelques pages se veulent une tentative de compréhension du rôle qu'a endossé pour moi l'écriture dans la traversée de la maladie et, plus simplement, le partage d'une expérience personnelle qui s'inscrit dans la thématique du colloque.

Mon texte, programmatique du livre auquel je travaille, s'articule en quatre parties qui retracent mon parcours d'écriture : narrer, curer, carer, rechuter.

Narrer

En relisant « En cœur », mon but me semble évident : il s'agissait d'un pur besoin de support narratif pour, premièrement, dire à mes proches ce qu'il s'était passé sans devoir répéter (et revivre) à chaque fois le même récit et deuxièmement, pour fixer le trauma à des fins d'archives personnelles.

Toutefois, comment en suis-je arrivé à cette forme particulière qu'a « En cœur »? Si certains procédés sont évidents – comme l'usage de la première personne – d'autres le sont moins. Trois d'entre eux m'interrogent.

Premièrement, est présente tout au long du texte une volonté d'humour, caractéristique sur laquelle je ne m'attarderai pas ici et qui me semble assimilable à une volonté d'allègement de l'événement, tant pour moi-même que pour mes proches.

Le deuxième procédé est la tentative de dramatisation narrative que je perçois dans mon texte et qui est *a priori* contraire à la volonté de simplement raconter, que j'identifiais comme objectif principal.

Le troisième procédé est, dès le début du texte, un mélange fluide des instances locutrices, des voix.

Si ces deux dernières caractéristiques – dramatisation narrative et dialogisme – peuvent être vues comme de simples

effets de style, elles s'inscrivent à mes yeux dans un constat plus général : la dramatisation narrative souligne une volonté de création rétrospective d'une logique et d'une chronologie, tandis que je vois dans le dialogisme l'impossibilité d'une narration unifiée.

Je perçois donc ces deux caractéristiques – dialogisme et dramatisation narrative – comme les symptômes d'une tension dans le texte entre surconstruction et déconstruction. D'un côté, « En cœur » affiche une structure réglée au millimètre près (rythme régulier, typographie régulière, tentatives de compréhension qui reviennent de façon récurrente, dramatisation narrative...); de l'autre côté, de nombreux éléments échappent à cette volonté de contrôle (le dialogisme bien sûr, mais aussi la soumission de la narration à la chronologie médicale plutôt qu'à une chronologie propre au texte ou encore la forme fragmentaire générale, fragmentaire jusque dans ses échafaudages puisque les lignes qui séparent les fragments sont composées de suites de points plutôt que de traits continus, détail que je ne peux m'empêcher de relever aujourd'hui comme significatif, vu l'importance que j'accorde à la typographie dans mon travail).

Je vois dans cette tension entre construction et déconstruction une volonté frustrée de maîtriser le hasard médical, volonté qui correspond à mon parcours hospitalier : les premiers jours ayant été marqués par une série de diagnostics erronés (d'abord Covid, puis myocardite), je fais preuve, d'un côté, d'une détermination toujours accrue à comprendre mon accident, mais de l'autre côté, j'évolue au sein d'une temporalité nécessairement discontinue puisqu'elle n'est rythmée que par les événements médicaux (examens, rendez-vous...) que je ne parviens pas à relier entre eux par une compréhension personnelle de la situation : je reçois passivement les diagnostics. La question, en définitive, est de savoir si la dramatisation narrative permet de compenser

l'impossible dramatisation médicale. Ce point en appelle un second.

Elaine Scarry écrit dans *The Body in Pain* que la douleur est radicalement incommunicable : “whatever pain achieves, it achieves in part through its unsharability¹”. C'est un point auquel j'ai été confronté au début d'« En cœur », lors de la description de l'accident lui-même, et il me semble significatif que ce soit aussi le premier endroit où j'utilise une forme de dialogisme médical (« douleur/transfixiante/thoracique », avec un passage à la ligne entre chaque mot), comme si je voulais compenser l'impossibilité de communiquer la douleur par l'objectivité du vocabulaire médical, ce qui serait donc une dynamique symétrique à celle qui vise à compenser l'impossible compréhension objective et médicale de l'accident par une surconstruction dont la dramatisation narrative est un symptôme majeur.

Pour autant, la tentative d'appropriation du vocabulaire médical est-elle une garantie de succès dans la communication de la douleur (et l'écriture de la maladie) ou ne fait-elle qu'augmenter la frustration liée à l'incompréhension de ce que ce vocabulaire désigne réellement? Peut-on *curer* par l'écriture?

Curer

Ce qui est sûr, c'est qu'il y a dans le texte un affrontement entre moi (avec mon vocabulaire personnel) et la médecine (avec le vocabulaire qu'elle impose). Dans la « tentative de compréhension des tentatives de compréhension », j'écris que j'essaie de comprendre « comment ça/je marche » : cette barre oblique entre « ça » (la médecine, l'objectivité) et « je » (moi, ma subjectivité) me paraît aujourd'hui beaucoup plus

1 SCARRY, Elaine, 1985. *The Body in Pain. The Making and Unmaking of the World*, Oxford University Press, p. 4.

significative que je n'en avais conscience lors de l'écriture du texte (au point que le questionnement de ce « ça/je » pourrait presque résumer mon travail).

Cette alternative se retrouve plus généralement dans l'alternance entre fragments personnels et fragments médicaux, révélant ma tentative de « passer du côté des médecins et devenir mon propre patient ». Pour autant, même si j'obtenais tout le savoir médical que détiennent les institutions, il resterait un fossé délicat à franchir : l'application de ce savoir à moi-même. Ce fossé se retrouve dans la façon dont, quand on vous explique quelque chose à l'hôpital, les termes de l'explication sont soit trop vulgarisés et ont recours à des images qui ne sont pas les vôtres, soit trop techniques, auquel cas la compréhension est intellectuellement impossible. Le fossé à combler – pour le patient, puisque le corps médical n'a pas le temps de le faire – requiert de créer son propre langage de la maladie, un langage par essence dialogique qui intègre le vocabulaire médical en réduisant son niveau d'altérité. Lorsque je parle d'un « micro-Tchernobyl dans le cœur », c'est ce à quoi j'aspire : faire tenir ensemble deux mondes, celui que je connais, et celui dans lequel je suis jeté de force.

Cette aspiration, ce langage que je cherche aujourd'hui encore, est un entre-deux difficile à tenir qui, dans les récits de maladie, tombe souvent dans le cliché parce qu'il adopte le langage vulgarisé préfabriqué par les institutions médicales et la langue courante : une sorte de ça/il-elle-iel, adaptable à tout patient, fondé sur un ensemble de métaphores si répandues que certaines sont devenues des idiomes (avoir un chat dans la gorge, avoir l'estomac noué...).

Dans « En cœur », à l'inverse, l'échec se situe peut-être dans une trop grande soumission au technicisme médical, qui m'a inévitablement mené à une posture de renoncement : aux tentatives de compréhension succède le fragment intitulé « incompréhension », puis celui où on lit : « aujourd'hui, je ne

cherche plus à comprendre ». Cette soumission au domaine médical, je la perçois tout particulièrement dans le fragment où j'ai inséré une image d'IRM : cet usage du document, champ qui m'intéresse beaucoup, me semble être un point de non-retour dans l'acceptation du dialogisme médical – comme si après cela, je ne pouvais que me taire ou, comme je l'ai fait, rejeter en bloc ce qui relève de la compréhension médicale.

Ainsi, indépendamment de la potentielle valeur littéraire d'« En cœur », il ne me semble pas y avoir trouvé un langage personnel de la maladie, une grammaire qui me soit propre pour dire l'accident ; je n'ai réussi que dans une mesure très limitée à me détacher d'une volonté de *mimésis* du *cure*.

Carer

Si la pure narration est une illusion et le *cure* textuel m'est inaccessible, il me reste le *care* textuel, angle que je privilégie aujourd'hui dans mes recherches, reprenant ainsi des éléments d'« En cœur », mais théorisés différemment : comme je l'écrivais à la fin du texte, il ne s'agit plus pour moi de comprendre, certes, mais cela ne correspond plus à un renoncement. Il s'agit plutôt de la prise en charge de trois faits.

Le premier est lié à mon absence de diagnostic et à la conclusion selon laquelle « il n'y a que mon corps et le hasard » – constat qu'a repris le poète Philippe Jaffeux, lorsque j'ai voulu l'interroger sur sa maladie, pour me prévenir qu'il n'avait pas grand-chose à me dire.

Le deuxième fait est que même si l'écriture semble incapable d'endosser une fonction épistémologique pour moi-même, puisque le *cure* m'est inaccessible, l'écrit peut avoir une valeur de témoignage pour d'autres personnes confrontées à la maladie et contribuer ainsi à une forme de communauté par le texte, qui est aussi un mécanisme de *care* – cela est

particulièrement frappant dans le champ anglo-saxon avec la communauté qui s'est formée autour des *disability writings* et dont un exemple récent, en Angleterre, est l'anthologie de poésie sur la maladie parue chez Emma Press en 2020², à peine trois ans après celle parue chez Nine Arches³.

Le troisième fait que je prends en charge aujourd'hui est qu'il existe peut-être d'autres façons de comprendre la maladie et de l'écrire – un peu comme des médecines littéraires alternatives, qui ne passent pas nécessairement par une recherche du *cure* et une narration au sens classique du terme. La médecine littéraire alternative que j'ai trouvée – inspirée par la lecture, décisive pour moi, de *Dispositifs/Dislocations* d'Olivier Quintyn – est le collage.

Pris au sens large d'« introduction, dans le champ artistique, d'objets ou de fragments non spécifiquement perçus comme artistiques »⁴, je vois dans le collage une façon, littéralement et littérairement, de concilier *ça* et *je*, de recoller mes morceaux sans me plier à la rationalité scientifique qu'impose le champ médical et qui m'a écrasée dans « En cœur ». Avec le collage (de documents audiovisuels, d'éléments plastiques, de textes poétiques...), c'est toujours d'une forme de narration qu'il s'agit, mais cette forme-là tend vers le *care* plutôt que vers le *cure* : il ne s'agit plus d'une enquête médicale pour obtenir une réponse objective, mais d'une enquête artistique pour mieux appréhender, d'un point de vue subjectif, l'événement.

2 MACKELDEN, Amy, JAGGARD, Dylan (dir.), 2020. *Anthology of Illness*, The Emma Press.

3 ALLAND, Sandra, BAROKKA, Khairani, SLUMAN, Daniel (dir.), 2017. *Stairs and Whispers: D/Deaf and Disabled Poets Write Back*, Nine Arches Press.

4 QUINTYN, Olivier, 2007. *Dispositifs/Dislocations*, Al Dante, p. 20.

Rechuter

Ma question, aujourd'hui, est : est-ce que cela fonctionne, indépendamment de la valeur artistique de ce que cette nouvelle posture me pousse à produire ?

Il y a peu, j'ai fêté les deux ans de mon accident. Cet anniversaire a été pour moi l'occasion de trois réalisations.

La première est que l'unique lien qui m'attache aujourd'hui à mon infarctus – outre deux pilules chaque matin et le suivi chez le cardiologue – est mon travail de recherche-crédation.

La deuxième est une contradiction entre la nouvelle posture que je viens de décrire et le fait que je continue aujourd'hui encore à consulter des médecins dans la perspective (peu réaliste) d'un diagnostic, comme s'il m'était impossible de tout à fait renoncer au *cure* – ou alors, la poursuite de cette enquête serait-elle (du moins en partie) une façon de nourrir mon travail et d'approfondir ma plongée dans le monde de la maladie ?

La troisième réalisation est un corollaire de la précédente : que se passerait-il si je finissais par obtenir un diagnostic ? Mon travail étant désormais fondé sur la prise en charge de son absence et sur une perspective de *care*, que se passerait-il si l'enquête en revenait soudain à l'ordre du *cure* en trouvant une conclusion rationnelle, froide, nette – un diagnostic médical ?

Le facteur commun de ces trois réalisations est que mon travail me pousse à rester, en tant qu'individu, dans la sphère de la maladie, et finit par avoir un effet opposé à l'objectif de *care* par l'écriture. Si on considère avec Freud que le deuil devient pathologique lorsqu'il prend plus de trois mois à s'effectuer, je suis contraint, avec ma bourse de thèse, à être du côté de la pathologie pendant deux ans et neuf mois de plus.

Peut-être est-ce cela qui s'est passé à Marseille, il y a deux mois, lorsque je suis allé aux urgences. Peut-être s'agissait-

il bien d'une crise d'angoisse, comme l'avançaient les médecins ; et lorsque je repense à la façon dont je prenais frénétiquement des notes, allongé dans l'ambulance puis assis dans le box, j'en viens à me demander si je n'ai pas *voulu* cette crise d'angoisse pour retourner à l'hôpital et me replonger dans mon sujet de travail de la manière la plus intense qui soit : par le corps.

Je me demande donc : malgré tout ce que je viens de dire de mon parcours à travers l'écriture de la maladie, est-ce *moi* qui travaille sur la maladie ou est-ce *la maladie* qui me travaille ? C'est-à-dire : est-ce que je travaille *sur* la maladie ou est-ce que je travaille *à* la maladie ?

Je repense au film de Chloé Galibert-Lainé, *Watching The Pain of Others* (2018), qui se penche sur quelques Youtubeuses dont l'activité, pour ne pas dire la raison d'être, est de parler de leur maladie – en l'occurrence, la maladie de Morgellons, pathologie très controversée qui serait plutôt une psychose. Ne suis-je pas en train de glisser sur la même pente en m'enfermant dans un travail qui, à chaque fois que j'en parle, prend plus de réalité et de place dans ma vie, au point que j'ai aujourd'hui l'impression de ne plus avoir le droit de ne pas être malade ?

Mon affection physique – même si rien n'est purement physique, surtout quand il s'agit du cœur – est-elle en train de devenir une affection mentale, une angoisse que nourrit chacune de mes lectures et de mes réflexions ? L'endroit où je pensais trouver le *care* devient-il finalement une source d'inquiétude, au point que l'écriture elle-même devient une maladie, formant ainsi un cercle vicieux où le mal est dans le remède ?

Conclusion

D'ailleurs, et je conclurai ainsi : est-ce qu'on ne trouve pas dans la présente contribution, cachée derrière une façade d'analyse, l'éternelle question « y a-t-il un médecin dans la salle ? » – mais cette fois, la question s'adresserait tant aux médecins qu'aux littéraires, puisqu'elle porte autant sur ma maladie elle-même que sur cette écriture malade qu'est la mienne désormais ?

Ateliers d'écriture thérapeutique : vecteurs de dépassement du traumatisme ?

Dominique Rachel LEVY

Quel pourrait être le point commun entre Jorge Semprun, Simone Veil, Boris Cyrulnik, Nelson Mandela ou Grand Corps Malade ? Leur notoriété ? Leurs accomplissements ? Certes, mais encore ? Tous ont en commun d'avoir vécu un événement potentiellement traumatisant, de l'avoir surmonté, de l'avoir transformé en un sujet d'écriture et d'en avoir publié le récit¹. Ce constat nous a conduit à nous interroger sur le lien entre traumatisme, croissance post-traumatique et écriture thérapeutique.

1 CYRULNIK, Boris, 2014. *Sauve-toi, la vie t'appelle*, Odile Jacob. GRAND CORPS MALADE, 2012. *Patients*, Don Quichotte. MANDELA, Nelson, 1996. *Un long chemin vers la liberté*, Fayard. SEMPRUN, Jorge, 1994. *L'écriture ou la vie*, Gallimard. VEIL, Simone, 2007. *Une vie*, Stock.

Le trauma

Plus de la moitié des êtres humains sont confrontés, au cours de leur vie, à un événement traumatogène (Benjet *et al.*, 2016 ; Ozer *et al.*, 2003), c'est-à-dire violent et/ou confrontant à la mort (Bonanno, 2004), imprévisible et dépassant les ressources adaptatives de l'individu (Clervoy, 2007). Il peut alors y avoir traumatisme, ce dernier se définissant comme « un choc psychologique important [...] lié à une situation où une personne a été confrontée à la mort ou à la menace de mort, à des blessures graves ou au péril de tels dommages, à des violences sexuelles ou au risque de telles agressions » (Josse, 2014, p.47).

Cette confrontation traumatique est une expérience de non-sens. Elle ne peut faire l'objet d'une représentation langagière (Lebigot, 2005). Et parce que cette expérience est dépourvue de sens, elle n'est pas intégrable dans la narration de l'histoire que l'individu construit à partir de ses expériences de vie (Dalgleish, 2004). De ce fait, l'événement traumatique entraîne une rupture biographique, une rupture dans le récit de soi. L'existence du sujet « se trouve alors comme bloquée sur ce point de rupture sans jamais vraiment pouvoir s'en dégager » (Clervoy, 2007, p. 30). La confrontation avec le réel de la mort a opéré cette rupture. Alors, comme Lazare revenu d'entre les morts, la personne traumatisée prend conscience de sa mortalité. Elle se sait en sursis et s'interroge sur le sens de la vie (Clervoy, 2007). Elle est revenue de son traumatisme transformée, altérée dans son identité.

Plusieurs trajectoires psychiques sont possibles après un traumatisme. Certaines personnes ne parviennent pas à sortir de l'état de détresse provoqué par le traumatisme. Elles développent alors des psychopathologies chroniques telles que trouble de stress post-traumatique (TSPT) (American Psychiatric Association, 2016), troubles dépressifs, anxieux, phobiques ou encore addictions (Benjet *et al.*, 2016 ; Rubonis

et Bickman, 1991). *A contrario*, certaines personnes se montrent résilientes : après la confrontation à l'événement traumatique, elles se ressaisissent et reprennent leur trajectoire développementale malgré l'adversité (Anaut, 2015). Enfin, d'autres individus font preuve de croissance post-traumatique.

La croissance post-traumatique

La croissance post-traumatique a été définie par Tedeschi et Calhoun (2004) comme un changement psychologique positif chez les sujets ayant fait face à des événements de vie traumatiques et les ayant surmontés. Ce changement peut se manifester dans cinq domaines : une conscience accrue de ses propres forces, une plus grande appréciation de la vie, des relations plus profondes avec autrui, la découverte de nouveaux chemins de vie ou encore un développement spirituel.

Si Tedeschi et Calhoun ont commencé par conceptualiser la croissance post-traumatique en tant que phénomène spontané, Tedeschi et Moore (2020) se sont interrogés par la suite sur les éléments qui, dans une psychothérapie, favorisaient l'émergence de la croissance post-traumatique. Ils en ont identifié cinq : la psychoéducation sur le traumatisme et la croissance post-traumatique, le développement des capacités de régulation émotionnelle, la divulgation de l'événement traumatique, la construction d'un récit de vie cohérent et la mise au service d'autrui de l'expérience traumatique.

Si la présence de ces cinq éléments dans un protocole thérapeutique permet de faire éclore la manifestation de la croissance post-traumatique, qu'en est-il de l'écriture ? La pratique d'une écriture dite thérapeutique présente-t-elle certaines des cinq caractéristiques facilitant la croissance post-traumatique ?

L'écriture thérapeutique

Avant toute chose, rappelons qu'il n'existe pas de définition consensuelle et globale de l'écriture thérapeutique (Wright, 2004). Pour Kerner et Fitzpatrick (2007), le terme d'écriture thérapeutique décrit tout exercice d'écriture entrepris pour soutenir le travail thérapeutique. Selon Wright (2004), il s'agit d'une écriture expressive et réflexive réalisée par un client de sa propre initiative ou sur suggestion d'un thérapeute ou d'un chercheur. Quelle qu'en soit la définition, l'écriture thérapeutique ne saurait être envisagée comme un processus artistique mais comme une forme particulière de communication, avec soi et/ou avec autrui, et comme un développement de la pensée et de la conscience. Ce qui est en jeu, c'est le processus d'écriture plutôt que le texte produit (Bolton, 2004; Tellier, 1998).

Quels sont les mécanismes à l'œuvre dans ce processus ?

D'une part, l'écriture permet de construire un récit de vie incluant l'événement traumatique. La narration du traumatisme se substitue à l'absence de représentation langagière qui caractérise le trauma. Cette narration peut alors être partagée, divulguée (Duchin et Wiseman, 2019).

D'autre part, l'écriture peut agir comme vecteur de désinhibition émotionnelle en encourageant l'expression émotionnelle qui à son tour favorise la régulation émotionnelle (Kerner et Fitzpatrick, 2007).

Ainsi, l'écriture thérapeutique présente trois des cinq éléments favorisant la croissance post-traumatique : développement de la régulation émotionnelle, divulgation de l'événement traumatique et construction d'un récit de vie dans lequel le trauma n'apparaît que comme un événement parmi d'autres. Avec ces trois caractéristiques, l'écriture thérapeutique influence-t-elle l'émergence de la croissance post-traumatique ?

Les effets de l'écriture thérapeutique sur la croissance post-traumatique ont été largement étudiés dans le cadre du protocole d'écriture expressive conceptualisé par Pennebaker (1989, 2013). L'intervention classique préconisée par cet auteur consiste en une session d'écriture quotidienne de vingt minutes sans s'arrêter, et ce, durant quatre jours consécutifs. Ces écrits sont réalisés par le sujet seul, en un lieu choisi par lui. Ils n'ont pas vocation à être partagés. Pour chaque session d'écriture, la consigne est identique : elle invite le sujet à explorer, par écrit, l'événement traumatique, les émotions et pensées qui y sont associées ainsi que la façon dont il l'a affecté.

Les recherches s'intéressant aux effets de ce protocole sur la croissance post-traumatique offrent des résultats contrastés, allant de négatifs (Gallagher *et al.*, 2018) à positifs et importants (Slavin-Spenny *et al.*, 2011 ; Smyth *et al.*, 2008) ou encore mitigés (Ullrich et Lutgendorf, 2002). Des méta-analyses relèvent un effet très faible, voire nul (Frattaroli, 2006 ; Pavlacic *et al.*, 2019).

Des résultats équivoques donc... Mais que se passerait-il si cette écriture aux vertus thérapeutiques était pratiquée, non pas en solitaire, mais en groupe ? Dans le cadre d'un tel questionnement, intéressons-nous aux ateliers d'écriture thérapeutique.

L'atelier d'écriture thérapeutique est un dispositif groupal dans lequel un psychothérapeute-animateur énonce des consignes – un thème et une forme d'écriture – à partir desquelles les patients vont composer dans un temps donné (Chidiac, 2013). Le thème d'écriture peut être fictionnel et de forme libre, par exemple « Un meurtre sans importance » (Chidiac, 2013, p. 159), ou autobiographique avec une contrainte littéraire, par exemple « Un événement marquant de votre vie : un haïku décrivant votre vie avant cet événement ; un haïku en décrivant l'après » (Chidiac, 2013, p. 160). Chaque texte est ensuite lu par son auteur, lecture qui donne lieu à un

retour de la part des participants et de l'animateur de l'atelier (Chidiac, 2013 ; Mégrier et Hamot, 2017).

Chidiac (2019) assigne quatre objectifs aux ateliers d'écriture thérapeutique : l'expression des pensées et émotions, la communication au sein d'un collectif, l'élaboration de réflexions et la découverte d'un changement souhaité. Ces ateliers s'adressent à tout type de population, enfants et adultes, quelle que soit leur pathologie, somatique ou psychique (Chidiac, 2019).

Les effets de l'écriture thérapeutique

À notre connaissance, seules deux recherches publiées étudient les effets d'ateliers d'écriture thérapeutique auprès de personnes ayant vécu un trauma. Brillantes-Evangelista (2013) observe une tendance à la baisse de l'évaluation symptomatologique du trouble de stress post-traumatique chez des adolescents victimes d'abus sexuels ayant participé à des ateliers d'écriture créative. Chidiac (2008), quant à elle, constate, après plusieurs années de participation à un atelier d'écriture créative à visée thérapeutique, une diminution de la manifestation de certains symptômes psychotraumatiques dans les écrits de patientes adultes, victimes d'agressions. Les ateliers d'écriture thérapeutique semblent donc présenter des effets sur les symptômes propres au traumatisme. Mais que révèle la littérature scientifique sur les bénéfices de ce dispositif en termes de croissance post-traumatique ?

Premièrement, une plus grande conscience de ses propres forces peut émerger chez l'écrivain. En effet, les ateliers d'écriture thérapeutique semblent renforcer l'estime de soi (Chidiac, 2013 ; Lauer et Goldfield, 1970), développer une plus grande autoréflexivité (Nicholls, 2009), apporter un sentiment d'accomplissement et d'actualisation de soi (Lauer et Goldfield, 1970) et accroître la confiance en soi par la découverte de sa capacité à écrire (Bolton, 2008). Ces effets

trouvent leur source non seulement dans l'écriture mais également dans les retours des autres participants de l'atelier (Chidiac, 2013).

Deuxièmement, le développement de relations plus chaleureuses avec autrui peut également s'intensifier à l'issue des ateliers. En effet, la dynamique de groupe fournit une opportunité de regagner une confiance en autrui qu'un traumatisme a pu ébranler voire anéantir. Ainsi, pour le sujet qui s'est isolé en raison de son trauma, les ateliers d'écriture deviennent un lieu d'échange dans un retour à l'altérité (Usbeck, 2018). De ces rencontres avec l'Autre peuvent résulter une facilitation de la divulgation de l'événement traumatique et une amélioration des relations sociales (Bolton, 2008 ; Liu, 2013).

Malgré ces effets positifs, il n'existe, à notre connaissance, aucune publication relatant des recherches sur les effets d'ateliers d'écriture thérapeutique sur la croissance post-traumatique. Aussi avons-nous élaboré un protocole que nous avons testé².

Un protocole d'ateliers d'écriture visant la croissance post-traumatique

Notre protocole d'ateliers d'écriture thérapeutique³ est constitué de six séances, à raison d'une session de deux heures par semaine. Tant le contenu des ateliers que les critères de constitution du groupe sont élaborés pour viser l'émergence de la croissance post-traumatique des participants.

2 Un très grand merci à madame Andréa SOUBELET, maître de conférence en Psychologie habilitée à diriger des recherches à l'Université Côte d'Azur, qui a encadré cette recherche réalisée dans le cadre de mon master 2 Psychologie clinique, vulnérabilités et développement du psycho-traumatisme entre septembre 2021 et mai 2022.

3 Le protocole complet est accessible sur demande auprès de l'autrice.

Au niveau du contenu des ateliers, un module de psychoéducation sur le traumatisme ainsi que sur la croissance post-traumatique est introduit à chaque séance. Ensuite, une méditation guidée lors de chaque session permet de soutenir la régulation émotionnelle (Farb *et al.*, 2014; Kabat-Zin, 2016). Enfin, les consignes d'écriture sont choisies parmi les propositions de Chidiac (2013) et de Bolton *et al.* (2006) pour leur résonance avec l'un des cinq domaines de la croissance post-traumatique.

Au niveau groupal, la sélection des participants doit permettre la constitution d'un groupe fermé et homogène. Un groupe fermé commence et se termine avec les mêmes participants (Marc et Bonnal, 2014), du début à la fin du cycle d'ateliers. Un groupe est homogène lorsque ses participants sont aux prises avec une problématique commune, c'est-à-dire avec le même type d'événement traumatique dans le cadre de notre protocole. Stabilité et homogénéité du groupe sont des critères fondamentaux pour faciliter la divulgation de l'événement traumatique. C'est par ce biais que peut se mettre en place la mise au service d'autrui de l'événement traumatique : comme nous le verrons *infra*, les partages d'expériences traumatiques, de vécus émotionnels, de difficultés... représentent un soutien important que chaque participant peut apporter au groupe.

Une fois ce protocole établi, il convenait de le tester. Mais auprès de quel type de population? La participation de l'auteurice du présent article à un colloque portant sur l'expertise médicale pratiquée auprès des grands brûlés a été décisive dans ce choix. Il y fut fait mention des séquelles cicatricielles, des risques de décompensation psychiatrique en phase aiguë de réanimation... mais à aucun moment ne fut abordée la vie psychique au long cours des grands brûlés. C'est ainsi que l'auteurice de ces lignes, elle-même victime de brûlures il y a près de trente ans, a décidé de s'intéresser à ce sujet.

Du traumatisme de la brûlure à l'écriture thérapeutique

En France, chaque année, environ 10 000 personnes sont hospitalisées en raison de brûlures graves (Ravat *et al.*, 2008; Wassermann, 2002). Leur traitement, figure parmi les expériences les plus douloureuses et dévastatrices qu'un individu puisse rencontrer (Anzieu, 1985; Lee *et al.*, 2014; Wiechman et Patterson, 2004). De telles atteintes somatiques entraînent des répercussions psychologiques.

Les conséquences psychiques de brûlures graves sont de natures différentes dans les trois temps du soin des personnes brûlées (Wiechman et Patterson, 2004).

Durant la phase critique de réanimation, la priorité est donnée à la survie physique. Incertitudes sur les conséquences de la brûlure, lutte pour la survie, isolement en chambre stérile et environnement stressant des soins intensifs peuvent occasionner confusion, désorientation voire des réactions psychotiques brèves (Wiechman et Patterson, 2004).

Puis, lors de la phase aiguë, les soins de réparation cutanée – greffes de peau, prises de greffes, changement des pansements – sont extrêmement douloureux. De plus, les patients commencent à prendre conscience de l'ampleur de leurs blessures. Cela peut provoquer une forte détresse psychique. Elle peut se manifester par des troubles du sommeil, un trouble de stress aigu qui peut se chroniciser et résulter en un trouble de stress post-traumatique. Cette dernière psychopathologie présente un taux de prévalence chez les patients brûlés bien plus important que dans tout autre type de blessure (*cf. infra*).

Enfin, le rétablissement à long terme commence après la sortie de l'hôpital, avec une phase de réadaptation physique pour les patients les plus sévèrement brûlés, et une réintégration progressive dans la vie sociale. Durant cette période, les sources de détresse sont nombreuses. Les difficultés physiques sont manifestes en raison de la douleur,

notamment de la rééducation, du prurit incessant et du manque d'ampleur articulaire lié aux rétractions cutanées. À cela, s'ajoutent d'éventuelles amputations. Sur le plan psychologique, le patient brûlé doit faire face au changement de l'image de son corps, à l'altération de la vie quotidienne et à des reviviscences de l'événement ayant provoqué la brûlure (Wiechman et Patterson, 2004).

Cette dernière phase présente donc un défi majeur pour les victimes de brûlures graves. Elle augure d'une transition sur une vie à long terme où les conséquences de leurs brûlures engendrent d'importantes « répercussions psychiques et sociales » (Wassermann, 2002, p. 66).

En effet, de nombreuses altérations fonctionnelles chroniques impactent la qualité de vie des personnes brûlées : limitations articulaires liées aux rétractions cutanées, cicatrices hypertrophiques, fatigabilité, amputations éventuelles, œdème, intolérance à la chaleur et au soleil, fragilité et tensions cutanées... (Kool *et al.*, 2017 ; Martin *et al.*, 2016 ; Mathers *et al.*, 2020 ; Wiechman et Patterson, 2004). Sur le plan émotionnel, l'ajustement à la vie quotidienne, avec le stress qui lui est inhérent, est obéré par le seuil altéré de réactivité des personnes brûlées face aux stimuli aversifs (Taal et Faber, 1998). Au niveau cognitif, les personnes brûlées évoquent des problèmes de concentration, des troubles de la mémoire et des difficultés dans les activités multitâches (Kool *et al.*, 2017 ; Mathers *et al.*, 2020).

Mais ce qui fait avant tout la spécificité de la brûlure, c'est l'altération majeure de l'identité qu'elle provoque (Mathers *et al.*, 2020). La brûlure constitue en effet une attaque contre la peau, cette barrière symbolique entre le monde intérieur et le monde extérieur de l'individu, barrière qui assure son intégrité psychosomatique (Anzieu, 1985 ; Cavaleri *et al.*, 2009). Cette attaque a des répercussions à long terme puisque les séquelles cicatricielles de brûlures dégradent brusquement et définitivement l'apparence physique des sujets brûlés

(Cockerham *et al.*, 2016) et par conséquent, leur identité (Gilboa, 2001 ; Mathers *et al.*, 2020).

Dès lors, insatisfaction et mal-être corporels sont des symptômes clés chez les sujets brûlés (Cavaleri *et al.*, 2009). De nombreuses victimes de brûlures expriment en effet une préoccupation pour leur apparence physique, qualifiant leurs cicatrices de laides et repoussantes. S'ensuivent une perte de confiance, un sentiment de vulnérabilité voire de honte (Brewin et Homer, 2018).

L'évaluation négative portée par les personnes brûlées sur leur apparence physique affecte défavorablement leur vie sociale (Brewin et Homer, 2018). En effet, dans une société qui attribue une haute valeur à la beauté, les personnes porteuses de cicatrices visibles de brûlures éprouvent peur du rejet, baisse de l'estime de soi et sentiment d'humiliation face à des regards insistants (Gilboa, 2001). Elles se sentent également stigmatisées (Jones *et al.*, 2017 ; Kool *et al.*, 2017). Dès lors, la visibilité des cicatrices devient une barrière à la relation interpersonnelle (Martin *et al.*, 2017b). De fait, on relève chez les sujets brûlés une tendance à l'isolement ainsi qu'une anxiété face à l'intimité et à la sexualité (Jones *et al.*, 2017 ; Kool *et al.*, 2017 ; Mathers *et al.*, 2020).

Afin de compenser ces conséquences négatives, les séquelles cicatricielles de brûlures exigent une activité de réappropriation de l'image corporelle et donc, de l'identité du sujet brûlé (Cavaleri *et al.*, 2009 ; Van Loey et Van Son, 2003). Ce travail d'ajustement de la victime de brûlures graves à sa nouvelle apparence peut durer de nombreuses années et le niveau d'acceptation de cette apparence est variable tout au long de sa vie (Jones *et al.*, 2017). Or, ce nécessaire ajustement psychosocial de la personne brûlée peut être entravé par une ou des psychopathologies (Van Loey et Van Son, 2003).

Pour Van Loey et Van Son (2003), la psychopathologie est une conséquence majeure des brûlures graves : troubles dépressifs, anxiété généralisée et, comme évoqué plus haut,

trouble de stress post-traumatique. Dans leur revue de littérature, ces auteurs relèvent, chez des personnes brûlées, des taux de prévalence de trouble de stress post-traumatique allant de 15 % à 45 % un an après la brûlure.

Cependant, pour Van Loey et Van Son (2003), si la psychopathologie est une conséquence majeure des brûlures graves, elle n'est pour autant pas universelle. Le fait d'avoir survécu à la brûlure permet de renouer avec l'appréciation de la vie et de prendre conscience de ses forces et de sa résilience (Cockerham *et al.*, 2016). Brewin et Homer (2018) relèvent que plus de la moitié des patients brûlés attribuent un caractère positif à leurs cicatrices qui représentent le souvenir de leur capacité à survivre à l'épreuve de la brûlure. Certaines études vont jusqu'à montrer que les victimes de brûlure peuvent expérimenter une croissance post-traumatique (Baillie *et al.*, 2014; Rosenbach et Renneberg, 2008).

De ce fait, Martin *et al.* (2017a) suggèrent le développement de stratégies interventionnelles visant le développement de la croissance post-traumatique chez les victimes de brûlures. Martin *et al.* (2017 b) évoquent notamment des activités d'écriture permettant l'exploration de la croissance post-traumatique après la brûlure.

Faire écrire des victimes de brûlures

Le protocole d'ateliers d'écriture thérapeutique visant la croissance post-traumatique, décrit *supra*, a donc fait l'objet d'une expérimentation auprès de victimes de brûlures. Le recrutement de participants volontaires a été réalisé grâce à l'association *Burns & Smiles*⁴. Celle-ci a présenté notre projet d'ateliers d'écriture à sa communauté qui réunit des victimes de brûlures ainsi que leurs proches sur un compte

4 <https://www.burns-and-smiles.org/> Je tiens à remercier chaleureusement cette association et son président, monsieur Laurent GAUDENS, qui m'ont apporté leur soutien de la première heure pour cette recherche.

Facebook. Les critères d'inclusion à l'étude ont été les suivants. Les participants devaient être adultes et francophones. Leur brûlure devait avoir nécessité une hospitalisation, qui est un des indicateurs de sa gravité (Taal et Faber, 1998; Wassermann, 2002). De plus, elle devait s'être produite depuis plus de cinq ans. Il convenait en effet que les sujets ne soient plus dans l'une des trois phases de soins définies par Wiechman et Patterson (2004) afin d'éviter des interférences avec des problématiques somatiques importantes.

Vingt-deux victimes de brûlures graves⁵ se sont inscrites pour participer à ce protocole de recherche. Certaines n'ont pu être retenues en raison de la récence de leur brûlure, d'autres ne sont pas allées jusqu'au bout du protocole. De ce fait, douze participants ont été inclus dans cette recherche. Ils se sont répartis en trois groupes : le groupe intervention 1 (3 personnes), le groupe intervention 2 (4 personnes) et le groupe contrôle (5 personnes). Seuls les groupes intervention 1 et 2 ont participé, en parallèle, à des ateliers d'écriture thérapeutique animés par l'autrice⁶ de cet article (chaque groupe avait son propre créneau hebdomadaire). Le groupe contrôle était sur liste d'attente et a pu participer aux ateliers une fois la recherche achevée.

Tous les participants, du groupe contrôle comme des groupes intervention, ont vu leur croissance post-traumatique évaluée grâce au questionnaire *Posttraumatic growth inventory* (PTGI) de Tedeschi et Calhoun (1996), traduit et validé en langue française par Cadell *et al.* (2015). Le PTGI a été administré avant le premier atelier d'écriture (T0), dans la

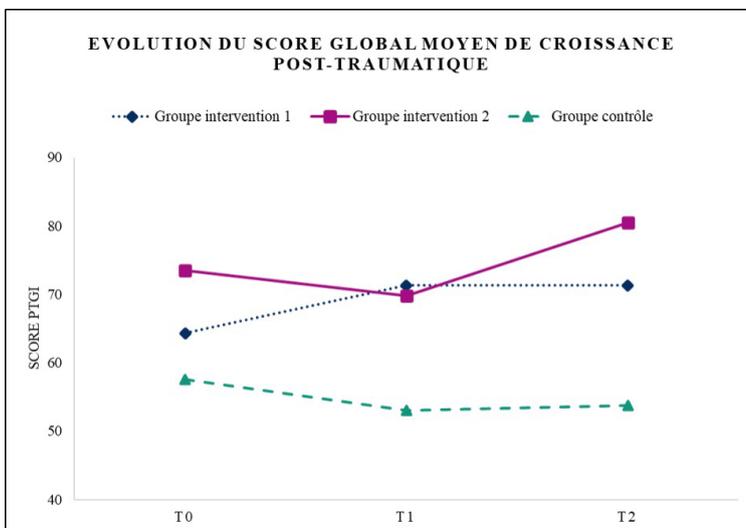
5 Un immense merci à toutes ces victimes de brûlures qui m'ont fait confiance sans même me connaître et se sont investies dans cette recherche. Sans elles, la mise en œuvre de ce protocole n'aurait pas été possible.

6 Je tiens à remercier madame AMarie PETITJEAN, professeure en Langue et Littérature françaises à Cergy Paris Université, qui m'a formée à l'animation d'ateliers d'écriture ainsi qu'à la médecine narrative.

semaine suivant le sixième et dernier atelier (T1) et deux mois après le dernier atelier (T2).

Pour quels résultats ? Nous avons observé, pour le groupe intervention 1, une augmentation du score global au PTGI juste après les ateliers d'écriture (T1) et se maintenant deux mois après (T2). Le groupe intervention 2 a connu quant à lui une baisse du score global au PTGI juste après les ateliers d'écriture (T1) puis une augmentation deux mois après (T2), atteignant un niveau supérieur à son niveau initial à T0. Le groupe contrôle a vu son score diminuer à T1 puis se maintenir à T2. Ces évolutions sont présentées dans la figure 2.

Figure 2. Évolution des scores globaux moyens des groupes intervention et contrôle, avant, après et deux mois après la série de six ateliers d'écriture thérapeutique



Ces résultats sont à modérer en raison de la très petite taille de l'échantillon. Cependant, ils tendent à montrer que ces ateliers d'écriture thérapeutique adaptés pour explorer la croissance post-traumatique ont eu un effet sur la croissance

post-traumatique des participants aux ateliers. Mais que s'y est-il passé ?

Écrire en atelier : de la relation à Soi à la relation à l'Autre

Comme nous l'avons vu *supra*, l'écriture par elle-même permet un travail d'autoréflexivité et de régulation émotionnelle dans une relation de soi à soi. Lorsqu'une consigne est communiquée aux participants, cette démarche se met à l'œuvre par l'écriture d'un texte répondant à la consigne. Mais en atelier, quand le temps d'écriture s'achève, le temps du partage commence : une relation à l'Autre se met en place. Alors que le traumatisme isole parce que la victime pense que personne ne peut la comprendre, cette victime découvre en atelier d'écriture thérapeutique, pour peu que le groupe soit homogène, que d'Autres ont vécu une expérience similaire, que d'Autres peuvent appréhender son vécu, que d'Autres posent des mots qu'elle peut s'approprier pour attribuer une représentation langagière à son traumatisme.

De ce fait, l'atelier d'écriture thérapeutique présente toutes les caractéristiques d'un groupe thérapeutique tel que le définissent Marc et Bonnal (2014).

En premier lieu, l'atelier est structuré par un cadre groupal. Son environnement est stable, avec des repères connus : jour, heure, participants, animateur, contenu des ateliers... Sa délimitation avec l'espace social est claire et permet une « liberté favorable à l'expression de soi et à l'expérimentation » (Marc et Bonnal, 2014, p. 37). L'atelier propose une aire transitionnelle, au sens « winnicottien » : l'activité s'ancre dans la réalité tout en favorisant le jeu et la créativité. La régulation y est assurée par des règles, annoncées explicitement : libre expression, présence, ponctualité, engagement et confidentialité. Le soutien y est manifeste grâce à la solidarité

du groupe. Ainsi, le cadre de l'atelier offre une fonction de sécurisation permettant à chacun de s'exposer.

Deuxièmement, l'atelier est un espace où s'expriment les « potentialités spécifiques du groupe [...] que l'on ne retrouve pas dans la thérapie individuelle » (Marc et Bonnal, 2014, p.46). En effet, « dans un groupe, le ou les thérapeutes ne sont pas les seuls à “intervenir” et l'aide que s'apportent les participants entre eux est tout aussi importante » (Marc et Bonnal, 2014, p. 60). Le partage de difficultés permet de prendre conscience que d'autres vivent des situations similaires. Le miroir du groupe permet à chacun de se voir comme il est et non comme il s'imagine. À travers les expériences racontées par autrui, une prise de conscience de ses propres problématiques peut émerger par identification, en contournant les défenses usuelles (Laloum *et al.*, 2018).

Troisièmement, l'atelier d'écriture est un espace de communication groupale. En effet, la lecture des textes donne lieu à des commentaires. Ainsi, « chaque intervention suscite une résonance ou une réaction qui va provoquer la prise de parole d'un autre participant, qui elle-même va entraîner d'autres interventions sans que cet enchaînement soit prévisible, ni dans son contenu, ni dans les locuteurs impliqués » (Marc et Bonnal, 2014, p. 131). Par la communication, les participants aux ateliers nouent des relations et produisent un effet sur autrui. Cette communication s'inscrit dans un jeu social porteur d'enjeux. Dans le cadre de l'enjeu identitaire, chacun essaie de s'affirmer, d'exister au sein du groupe. Dans le cadre de l'enjeu territorial, chacun cherche à trouver sa place, au centre ou à la périphérie du groupe. Dans le cadre de l'enjeu relationnel, chacun va chercher le contact, nouer des liens, séduire ou rivaliser. Dans le cadre de l'enjeu sémiotique, chacun va tâcher de se faire comprendre, d'exprimer son point de vue... (Marc et Bonnal, 2014).

Enfin, l'atelier d'écriture porte en lui un facteur d'évolution par son caractère groupal. Le changement de contexte et de valeurs par rapport à la vie quotidienne permet à chaque participant de dépasser ses problèmes relationnels par l'expérience d'une communication plus authentique dans un cadre sécurisant. Cette authenticité permet à chaque participant de voir ses défauts et faiblesses acceptés par le groupe et ainsi, d'accéder à une meilleure estime de soi (Marc et Bonnal, 2014).

Bilan et perspectives

À notre connaissance, l'étude relatée dans le présent article est la première à avoir exploré les effets d'ateliers d'écriture thérapeutique sur la croissance post-traumatique. Les résultats tendent à montrer un effet positif. Cependant, la très faible taille de notre échantillon limite cette interprétation. Par conséquent, répliquer une telle expérimentation, notamment auprès de sujets ayant vécu d'autres types de psychotraumatisme, en étayerait (ou en infirmerait) l'efficacité. Par ailleurs, des études qualitatives enrichiraient la compréhension de ce qui se joue au cours des ateliers d'écriture thérapeutique. Par exemple, l'analyse sémantique des textes écrits en atelier dégagerait d'éventuels thèmes récurrents, des évolutions dans les cognitions et émotions... De plus, des entretiens avec les participants permettraient de mieux comprendre l'expérience vécue dans l'écriture et au sein des ateliers.

Si l'efficacité des ateliers d'écriture thérapeutique se voyait confirmée, ce dispositif pourrait être envisagé comme un complément à la thérapie individuelle. En effet, celle-ci est nécessaire pour remédier aux symptômes d'une psychopathologie liée à un traumatisme. Cependant, pour Laloum *et al.* (2018), thérapie individuelle et thérapie groupale « se renforcent l'une l'autre » (p.179). En effet, le dispositif

groupal a révélé son intérêt pour ramener la personne ayant vécu un traumatisme dans la communauté des vivants. Car parmi les manifestations du trouble de stress post-traumatique, le sentiment de détachement d'autrui (APA, 2016) isole la personne traumatisée. Or, le groupe montre à la victime qu'elle n'est pas seule à ressentir ce qu'elle ressent, à vivre ce qu'elle vit, à rencontrer les problèmes qu'elle rencontre (Laloum *et al.*, 2008). De ce fait, le groupe thérapeutique que constitue l'atelier d'écriture thérapeutique présente un double avantage. D'une part, il donne un sens au traumatisme dans une dimension individuelle à travers l'écriture. Cette écriture permet de construire un récit de vie cohérent intégrant le traumatisme. D'autre part, le groupe-atelier réinscrit le traumatisme dans un vécu collectif, ce qui constitue un premier pas pour retrouver le lien à l'Autre.

Ainsi, dans ce double processus, individuel et collectif, l'atelier d'écriture thérapeutique peut agir, chez la personne ayant vécu un trauma, comme un révélateur voire un catalyseur de la découverte de ses propres forces, de relations plus profondes avec autrui, d'une plus grande appréciation de la vie, d'un regain de spiritualité, de nouvelles possibilités. En somme, l'atelier d'écriture thérapeutique peut agir comme le révélateur voire le catalyseur de la croissance post-traumatique.

Bibliographie

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2016. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson.

ANAUT, Marie, 2015. *Psychologie de la résilience*, 3^e édition, Paris, Armand Colin.

ANZIEU, Didier, 1985. *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.

BAILLIE, Sarah, SELLWOOD, William, WISELY, Julie, 2014. « Post-traumatic growth in adults following a burn », *Burns*, n° 40(6), p. 1089-1096.

BENJET, C., BROMET, E., KARAM, E.G., *et al*, 2016. “The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium”, *Psychological medicine*, n° 46(2), p. 327-343.

BOLTON, Gillie, 2004. “Introduction: writing cures”, *Writing cures. An introductory handbook of writing in counselling and therapy*, Hove, Routledge, p. 1-3.

BOLTON, Gillie, 2008. « “Writing is a way of saying things I can’t say”. Therapeutic creative writing: a qualitative study of its value to people with cancer cared for in cancer and palliative healthcare », *Medical humanities*, n° 34(1), p. 40-46.

BOLTON, Gillie, FIELD, Victoria, THOMPSON, Kate, 2006. *Writing works. A Resource Handbook for Therapeutic Writing Workshops and Activities*, London, Jessica Kingsley Publishers.

BONANNO, George, 2004. “Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events?”, *American Psychologist*, n° 59(1), p. 20-28.

BREWIN, Mark, HOMER, S. J., 2018. « The lived experience and quality of life with burn scarring - the results from a large-scale online survey », *Burns*, n° 44(7), p. 1801-1810.

BRILLANTES-EVANGELISTA, Grace, 2013. « An evaluation of visual arts and poetry as therapeutic interventions with abused adolescents », *The Arts in Psychotherapy*, n° 40, p. 71–84.

CADELL, Susan, SUAREZ, Eliana, HEMSWORTH, David, 2015. “Reliability and Validity of a French Version of the Posttraumatic Growth Inventory”, *Open Journal of Medical Psychology*, n° 4, p. 53-65.

CAVALERI, Valeria, EPIFANIO, Matias, BENIGNO, Arcangelo, CONTE, Ferruccio, DI PASQUALE, Alberta, 2009. “The attack on psychosomatic integrity: A study of the psychological

sequelae of burn trauma”, *Annals of burns and fire disasters*, n° 22(2), p. 83-87.

CHIDIAC, Nayla, 2008. « Écriture du traumatisme ou traumatisme de l'écriture? (deux femmes, deux histoires, deux écritures) », *Annales Médico-Psychologiques*, n° 166, p. 308-314.

CHIDIAC, Nayla, 2013. *Ateliers d'écriture thérapeutique*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

CHIDIAC, Nayla, 2019. “On writing therapy. From Finding Forrester to Imre Kertész”, *Annales Médico-Psychologiques*, n° 177, p. 394-403.

CLERVOY, Patrick, 2007. *Le Syndrome de Lazare. Traumatisme psychique et destinée*, Paris, Albin Michel.

COCKERHAM, Elain Sara, CILI, Soljana, STOPA, Lusia, 2016. “Investigating the phenomenology of imagery following traumatic burn injuries”, *Burns*, n° 42(4), p. 853-862.

DALGLEISH, Tim, 2004. “Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing”, *Psychological Bulletin*, n° 130, p. 228-260.

DUCHIN, Adi, WISEMAN, Hadas, 2019. “Memoirs of child survivors of the Holocaust: Processing and healing of trauma through writing”, *Qualitative Psychology*, n° 6(3), p. 280-296.

FARB, Norman, ANDERSON, Adam, IRVING, Julie, SEGAL, Zindel, 2014. “Mindfulness interventions and emotion regulation”, *Handbook of emotion regulation*, New York, The Guilford Press, p. 548-567.

FRATTAROLI, Joanne, 2006. “Experimental disclosure and its moderators: a meta-analysis”, *Psychological bulletin*, n° 132(6), p. 823-865.

GALLAGHER, Matthew, LONG, Laura, TSAI, William, STANTON, Annette, LU, Qian, 2018. “The unexpected impact of expressive writing on posttraumatic stress and growth in Chinese American breast cancer survivor”, *Journal of clinical psychology*, n° 74(10), p. 1673-1686.

GILBOA, Dalia, 2001. "Long-term psychosocial adjustment after burn injury", *Burns*, n° 27(4), p. 335-341.

JONES, Bethany Alice, BUCHANAN, Heather, HARCOURT, Diana, 2017. "The experiences of older adults living with an appearance altering burn injury: an exploratory qualitative study", *Journal of health psychology*, n° 22(3), p. 364-374.

JOSSE, Evelyne, 2014. *Le traumatisme psychique chez l'adulte*, Louvain-la-Neuve, DeBoeck.

KABAT-ZIN, Jon, 2016. *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*, Louvain-la-Neuve, DeBoeck.

KERNER, Emily, FITZPATRICK, Marilyn, 2007. "Integrating writing into psychotherapy practice: A matrix of change processes and structural dimensions", *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, n° 44(3), p. 333-346.

KOOL, Marianne, GEENEN, Rinie, EGBERTS, Marthe, WANDERS, Hendriët, VAN LOEY, Nancy, 2017. "Patients' perspectives on quality of life after burn", *Burns*, n° 43(4), p. 747-756.

LALOU, Adeline, ABITA-PELETTE, Marie, GREYER, Ouahida, 2018. « Les bénéfices de la double prise en charge groupale et individuelle en victimologie », *Victimologie. Évaluation, traitement, résilience*, Malakoff, Dunod, p. 175-179.

LAUER, Roger, GOLDFIELD, Michael, 1970. « Creative writing in group therapy », *Psychotherapy : Theory, Research & Practice*, n° 7(4), p. 248-252.

LEBIGOT, François, 2005. *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*, Paris, Dunod.

LEE, Kwang Chear, JOORY, Kavita, MOIEMEN, Naiem, 2014. "History of burns: the past, present and the future", *Burns & trauma*, n° 2(4), p. 2321-3868.

LIU, Rossina Zamora, 2013. « "The Things They Carried": Unpacking trauma scripts inside a community writing workshop », *Counselling Psychology Quarterly*, n° 26(1), p. 55-71.

VAN LOEY, Nancy, VAN SON, Maarten, 2003. "Psychopathology and psychological problems in patients

with burn scars”, *American journal of clinical dermatology*, n° 4(4), p. 245-272.

MARC, Edmond, BONNAL, Christine, 2014. *Le groupe thérapeutique. Approche intégrative*, Paris, Dunod.

MARTIN, Lisa, BYRNES, Michelle, MCGARRY, Sarah, REA, Suzanne, WOOD, Fiona, 2016. “Evaluation of the posttraumatic growth inventory after severe burn injury in Western Australia: clinical implications for use”, *Disability and rehabilitation*, n° 38(24), p. 2398-2405.

MARTIN, Lisa, BYRNES, Michelle, MCGARRY, Sarah, REA, Suzanne, WOOD, Fiona, 2017a. “Posttraumatic growth after burn in adults: An integrative literature review”, *Burns*, n° 43(3), p. 459-470.

MARTIN, Lisa, BYRNES, Michelle, MCGARRY, Sarah, REA, Suzanne, WOOD, Fiona, 2017b. “Social challenges of visible scarring after severe burn: a qualitative analysis”, *Burns*, n° 43(1), p. 76-83.

MATHERS, Jonathan, MOIEMEN, Naiem, BAMFORD, Amy, GARDINER, Fay, TARVER, Joanne, 2020. “Ensuring that the outcome domains proposed for use in burns research are relevant to adult burn patients: a systematic review of qualitative research evidence”, *Burns & trauma*, n° 8.

MÉGRIER, Dominique, HAMOT, Anne, 2017. *Écrire pour dire, écrire pour se dire. Ateliers d'écriture en milieu psychiatrique*, Lyon, Chronique sociale.

NICHOLLS, Sophie, 2009. “Beyond Expressive Writing: Evolving Models of Developmental Creative Writing”, *Journal of Health Psychology*, n° 14(2), p. 171-180.

OZER, Emily, BEST, Suzanne, LIPSEY, Tami, WEISS, Daniel, 2003. “Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis”, *Psychological Bulletin*, n° 129(1), p. 52-73.

PAVLACIC, Jeffrey, BUCHANAN, Erin, MAXWELL, Nicholas, HOPKE, Tabertha, SCHULENBERG, Stefan, 2019. “A meta-analysis of expressive writing on posttraumatic stress,

posttraumatic growth, and quality of life”, *Review of General Psychology*, n° 23(2), p. 230-250.

PENNEBAKER, James, 1989. “Confession, inhibition, and disease”, *Advances in experimental social psychology*, n° 22, p. 211-244.

PENNEBAKER, James, 2013. *Writing to heal. A guided journal for recovering from trauma and emotional upheaval*, Wheat Ridge, Center for Journal Therapy, Inc.

RAVAT, F., LATAJET, J., LEBRETON, F., LE TOUZE, A., PERROT, G., 2008. « Rapport annuel concernant l'épidémiologie de la brûlure en France métropolitaine. Année 2008 »

ROSENBACH, Charlotte, RENNEBERG, Babette, 2008. “Positive change after severe burn injuries”, *Journal of burn care & research*, n° 29(4), p. 638-643.

RUBONIS, Anthony, BICKMAN, Leonard, 1991. “Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster–psychopathology relationship”, *Psychological Bulletin*, n° 109(3), p. 384–399.

SLAVIN-SPENNY, Olga, COHEN, Jay, OBERLEITNER, Lindsay, LUMLEY, Mark, 2011. “The effects of different methods of emotional disclosure: Differentiating post-traumatic growth from stress symptoms”, *Journal of Clinical Psychology*, n° 67(10), p. 993-1007.

SMYTH, Joshua, HOCKEMEYER, Jill, TULLOCH, Heather, 2008. “Expressive writing and post-traumatic stress disorder: Effects on trauma symptoms, mood states, and cortisol reactivity”, *British Journal of Health Psychology*, n° 13(1), p. 85-93.

TAAL, A.L., FABER, A.W., 1998. “Posttraumatic stress and maladjustment among adult burn survivors 1-2 years postburn”, *Burns*, n° 24(4), p. 285-292.

TEDESCHI, Richard, CALHOUN, Lawrence, 1996. “The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma”, *Journal of traumatic stress*, n° 9(3), p. 455-471.

TEDESCHI, Richard, CALHOUN, Lawrence, 2004. “Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence”, *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Inquiry*, n° 15, p.1-18.

TEDESCHI, Richard, MOORE, Brett, 2020. “Posttraumatic growth as an integrative therapeutic philosophy”, *Journal of Psychotherapy Integration*.

TELLIER, Arnaud, 1998. *Expériences traumatiques et écriture*, Paris, Economica.

ULLRICH, Philip, LUTGENDORF, Susan, 2002. “Journaling about stressful events: Effects of cognitive processing and emotional expression”, *Annals of Behavioral Medicine*, n° 24(3), p. 244-250.

USBECK, Frank, 2018. “Writing Yourself Home: US Veterans, Creative Writing, and Social Activism”, *European journal of American studies*, n° 13(2).

WASSERMANN, Daniel, 2002. « Critères de gravité des brûlures. Épidémiologie, prévention, organisation de la prise en charge », *Pathologie Biologie*, n° 50(2), p. 65–73.

WIECHMAN, Shelley, PATTERSON, David, 2004. “Psychosocial aspects of burn injuries”, *BMJ*, n° 329(7462), p. 391-393.

WRIGHT, Jeannie, 2004. “The passion of science, the precision of poetry: therapeutic writing – a review of the literature”, *Writing cures. An introductory handbook of writing in counselling and therapy*, Hove, Routledge, p. 7-17.

Apports d'un dispositif groupal autobiographique dans la dépression chez les personnes âgées

Ketty STEWARD

Introduction

Cet après-midi-là, le thème du groupe « Autobiographie guidée » est le travail. Monsieur I, 77 ans, soigné à l'hôpital de jour en psychiatrie pour dépression annonce que ce thème est douloureux pour lui.

Il raconte l'arrivée de l'informatique dans son service, qui a, selon lui, contribué à sa mise à l'écart. « Une boucherie », dit-il, en expliquant n'avoir jamais pu s'y faire.

Madame M, 88 ans, réagit. Elle aussi se souvient de cette révolution. Elle décrit les machines et son enthousiasme à leur arrivée. Elle a vite appris et a aidé des collègues à s'y adapter.

Monsieur I s'écrie : « J'aurais dû avoir une collègue comme toi, ça aurait tout changé! »

Puis il réfléchit et déclare que, finalement, ce n'est pas certain.

Au bout de près de 40 ans, il n'avait plus envie de poursuivre sa carrière. S'arrêter était une bonne chose.

À l'écrit, il retrace l'évolution de sa vie professionnelle et raconte de quelle façon il a choisi de partir en préretraite.

Exit la fatalité, monsieur I s'est redressé physiquement.

Cette scène se déroule au cours d'une recherche sur la narrativité et la dépression du sujet âgé et illustre de quelle façon le dispositif proposé permet aux participants de retrouver des souvenirs, de raconter leur histoire, de la relier à d'autres, de la reconfigurer et de se raconter différemment.

Le présent article se propose, après un point sur la dépression du sujet âgé et sur les concepts mobilisés pour servir de base au dispositif proposé, de rendre compte à partir de quatre cas, de ce que permet l'autobiographie groupale.

La dépression du sujet âgé

La dépression est un trouble grave, fréquemment sous-estimé, qui prend chez les personnes âgées des formes particulières et qui affecte la mémoire, notamment autobiographique.

Un trouble invalidant avec des spécificités

En octobre 2021, le site de l'Organisation mondiale de la santé [OMS] confirmait la tendance au vieillissement global de la population en précisant qu'« entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va augmenter de 34 % » (MOS, 2021). On y apprend aussi que « d'ici 2050, les personnes âgées de 60 ans ou plus seront

plus nombreuses que les adolescents et les jeunes âgés de 15 à 24 ans. »

La même organisation nous indique que, dans le monde, « environ 15 % des adultes âgés de 60 ans et plus souffrent d'un trouble mental. » Parmi ces derniers, la dépression qui représente le trouble mental le plus fréquemment rencontré chez les plus de 60 ans (Rajji, 2017), alors même qu'elle serait « insuffisamment dépistée, sous-diagnostiquée et non ou mal traitée », d'après Pinquier et ses collègues (2003).

D'après la classification internationale des maladies [CIM] (OMS, 2018), un épisode dépressif se caractérise de la façon suivante :

(...) un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances et peut s'accompagner de symptômes dits « somatiques », par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. (Organisation mondiale de la santé, 2018, p. 190)

Le trouble dépressif récurrent se manifeste, quant à lui, par la répétition d'épisodes dépressifs. La dépression est une cause d'incapacité totale chez les plus de 60 ans (OMS, 2017) se manifestant selon des modes d'expressions variés

(Gallarda & Lôo, 2009), souvent « intimement liés à une histoire individuelle » (Pinquier *et al.*, 2003), et qui s'écartent du tableau classique rencontré chez l'adulte plus jeune. Blazer (2000) souligne aussi, pour les plus âgés ("the oldest old"), l'intrication fréquente de troubles psychiques et physiques, avec des remaniements importants dans les rôles sociaux (retraite, deuils, dépendance...).

Les personnes âgées suivies en psychiatrie pour des troubles dépressifs présentent donc des problématiques spécifiques, car elles cumulent les atteintes liées au vieillissement, impliquant très souvent des pathologies organiques, et les atteintes liées à leurs troubles mentaux. Ces patients, souvent considérés comme des « chroniques irréversibles » (Léger, 2004), nécessitent une attention particulière prenant en compte les comorbidités tant psychiatriques que somatiques. Leurs processus de mémoire portent, eux aussi, la trace de cette pathologie.

Mémoire autobiographique et dépression

« La mémoire autobiographique est généralement définie comme la capacité à récupérer des informations portant sur soi-même (self) » (Lemogne *et al.*, 2006). Les travaux de Cédric Lemogne et son équipe montrent que les processus mnésiques autobiographiques sont perturbés par la dépression. En effet, dans les expériences de remémoration avec des indices, on remarque, chez les personnes dépressives, une tendance à la surgénéralisation, la congruence des souvenirs avec l'humeur dépressive, ainsi que la fréquence de souvenirs intrusifs à valence négative :

- La surgénéralisation (overgeneralised memory) signifie que les personnes rapportent moins de souvenirs spécifiques, c'est-à-dire, en lien avec un événement survenu une seule fois et ayant duré moins d'une journée et plus de souvenirs catégoriels ou généraux,

c'est-à-dire, des événements répétés ou des périodes temporelles plus étendues.

- La congruence des souvenirs avec l'humeur dépressive traduit le fait que « sur un plan quantitatif les sujets déprimés rappellent plus d'événements de vie négatifs et plus rapidement que les positifs. »
- Les souvenirs intrusifs sont des « souvenirs spontanés, pénibles et vivaces » qui surviennent sans lien avec la remémoration volontaire en cours.

Se raconter, acquiert, dans ces conditions, une coloration particulière.

Narrativité et soin

Les approches d'accompagnement des personnes âgées par le récit sont en essor, elles reposent sur la notion d'identité narrative telle que théorisée par Ricœur et sont indissociables du rapport au temps.

Les approches narratives chez les personnes âgées

Les approches narratives du soin s'inscrivent dans un mouvement plus large qui a vu l'émergence, ces dernières années, de nouvelles approches du soin, complémentaires de la clinique fondée sur les données probantes (evidence-based practice) qui délaisse le vécu subjectif des personnes soignées et les aspects non médicaux de leur existence (Plagnol, Pachoud & Granger, 2018).

Les approches narratives proposent une meilleure prise en compte de l'histoire des individus, donnant aux personnes soignées la possibilité de s'exprimer sur cette histoire. Parmi les méthodes narratives les plus couramment utilisées en gérontologie, la réminiscence, la rétrospective de vie (life review) et l'autobiographie guidée (Birren & Deutchman, 1991) sont considérées comme bénéfiques pour la « vie

intérieure » des personnes âgées (Villanea Salazar, 2015). Le récit de vie s'est également avéré pertinent pour les personnes âgées en institution (Schmutz-Brun *et al.*, 2019).

Les effets positifs des méthodes narratives contre la dépression ont été confirmés (Chan *et al.*, 2014; Lamers *et al.*, 2015). Des travaux récents attestent de leur efficacité pour améliorer le bien-être général de femmes retraitées (Karmiyati *et al.*, 2020), diminuer les symptômes dépressifs de personnes âgées vivant chez elles (Lai *et al.*, 2018) ou constituer une alternative aux traitements pharmacologiques de la dépression (Gill *et al.*, 2020). Toutes ces approches ont en commun le concept de récit.

Récit, narrativité, identité narrative

Pour Ruthelen Josselson, « les récits ne sont pas des collections de faits, de choses exactes, mais un système à donner du sens qui extrait ce sens de la masse chaotique de perceptions et d'expériences de la vie. » (Josselson, 1998, p. 897). Un tel système est souvent décrit en référence au philosophe Paul Ricœur (1913-2005), à qui l'on doit la notion d'identité narrative, proposée essentiellement dans ses ouvrages *Temps et Récit* et *Soi-même comme un autre*. Ioana Vultur précise quelles sont, pour elle, les motivations du travail de Ricœur :

L'intérêt de Ricœur pour le récit part d'un souci philosophique : selon lui, les philosophes n'ont pas réussi à dépasser l'aporie entre le temps intérieur, c'est-à-dire le temps subjectif de la conscience, et le temps extérieur, le temps cosmique, et à penser ces deux versants du temps ensemble. Si donc Ricœur accorde un rôle cognitif très important au récit, c'est parce que, selon lui, seul le récit peut faire la médiation entre ces deux temps : le temps ne se laisse pas conceptualiser, mais seulement raconter. (Vultur, 2021)

Le récit consisterait donc en une mise en intrigue visant à rendre compte du temps vécu, tout en donnant un sens à la succession des événements. Pour Vultur, Ricœur « définit la narrativité à partir de la mise en intrigue, tout en montrant que cette dernière est ancrée dans l'expérience et qu'elle refigure l'expérience. » (Vultur, 2021)

Dans son ouvrage, *Soi-même comme un autre*, Ricœur relie l'identité narrative à la capacité que nous aurions à nous reconnaître dans les œuvres littéraires disponibles (Ricœur, 1990). La narrativité, qui en découle, est une propension à structurer sa propre vie en suivant les règles de mise en intrigue propres au récit. L'identité narrative serait donc une manière de se raconter, c'est-à-dire, l'organisation particulière, que donne chacun, à une sélection des différents éléments de sa vie vécue, susceptible de produire un récit intelligible et cohérent à un moment précis.

Récits et Rapport au temps

Le récit de soi est construit ici et maintenant, dans un contexte spatial, temporel et social donné. « Nous choisissons », rappelle Josselson, « les facettes de notre vécu qui nous conduisent au présent et rendent l'histoire de notre vie cohérente. C'est seulement dans une position herméneutique que nous sommes en mesure d'étudier l'origine et la reformulation qu'opèrent les individus à la recherche de leur propre sens. » (Josselson, 1998, p. 898). Le récit organise donc des éléments sélectionnés du passé, du présent, mais contient aussi les germes du futur tel qu'il est envisagé.

La continuité et le changement sont rapportés dans la forme narrative. Un récit « suffisamment bon » contient le passé dans les mots du présent et trace un avenir imprévisible, bien qu'il

contienne les éléments sur la base desquels l'avenir sera créé.
(Josselson, 1998, p. 898)

Tels sont les principaux éléments théoriques qui servent d'assise au dispositif groupal que nous avons proposé à des personnes âgées suivies pour dépression.

Méthode

Le dispositif d'autobiographie guidée est proposé à des patients d'un hôpital de jour en psychiatrie du sujet âgé qui ont 60 ans ou plus et un diagnostic principal de dépression, avec l'objectif d'un effet bénéfique, tant sur les aspects symptomatiques de la dépression (humeur et ralentissement) que sur le vécu existentiel associé en particulier le rapport au temps.

Évaluation

L'évaluation quantitative, avant et après les dix sessions d'autobiographie, porte sur la dépression, l'anxiété et la perspective temporelle :

- L'échelle Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) permet de mesurer la sévérité de la dépression en évaluant la gravité des symptômes dans des domaines variés.
- L'inventaire d'anxiété état-trait (State Trait Anxiety Inventory = STAI) de Spielberger mesure la dimension psychologique de l'expérience anxieuse.
- L'échelle de perspective temporelle de Zimbardo (Zimbardo & Boyd, 1999) rend compte du rapport au temps par la mesure de différentes dimensions de la perspective temporelle :

l'extension temporelle qui correspond à la profondeur passée ou future dans laquelle se projette l'individu ; l'orientation temporelle prédominante, c'est-à-dire, le registre temporel préférentiel dans lequel pense et agit l'individu ; et enfin, l'attitude temporelle qui correspond à la valence attribuée aux différents registres qui composent la [perspective temporelle] (Apostolidis & Fieulaine, 2004)

L'évaluation qualitative, elle, s'appuie sur des grilles d'observation annotées en cours de session et sur l'analyse d'entretiens semi-dirigés proposés à chaque participant en fin de session :

- Les grilles d'observation visent à collecter des éléments sur ce qui se passe pendant chaque séance pour le groupe d'autobiographie guidée et pour chaque participant, ainsi que des éléments concernant le texte rédigé.
- Le guide d'entretien indique les thèmes à aborder avec les participants après la participation au dispositif : évolution de la dépression et récit de vie. Ces thèmes sont déclinés en sous-thèmes correspondant aux attendus théoriques pour une méthode narrative conçue pour agir sur la dépression : souvenirs marquants, projets, humeur...

Les entretiens font l'objet d'une Analyse phénoménologique interprétative (IPA) (Castillo, Bioy & Kœnig, 2021) qui permet d'identifier de nouveaux thèmes pertinents et d'approcher, le plus possible, d'une lecture de l'expérience subjective des participants.

Le dispositif groupal d'autobiographie

Il s'agit d'une médiation de groupe qui articule parole et écriture et se déroule en dix séances.

Le groupe est composé de 6 à 8 patients et se réunit une fois par semaine pendant une heure trente avec une psychologue, dans une salle d'activité, autour d'une table.

Les participants sont invités à raconter quelque chose de leur vie en lien avec le thème du jour. Les thèmes proposés sont : le temps, la famille, le travail, l'argent, le sexe et le genre, la nourriture, le corps et la santé, la mort, les voyages, les arts.

Une séance type démarre par le rappel du thème de la semaine précédente et la remise à chaque participant de son cahier d'autobiographie, avec l'énoncé, à l'oral, d'un résumé narratif élaboré par la psychologue. Le thème du jour est ensuite annoncé et amorcé par une référence culturelle partagée : un conte, un mythe ou une fiction connue.

Une discussion s'amorce alors, au cours de laquelle chaque participant a la possibilité d'annoncer s'il a trouvé une façon de se raconter en lien avec le thème et de livrer éventuellement ses premières idées. Puis le groupe écrit pendant au moins vingt minutes. Les participants lisent ensuite, à tour de rôle, leur texte qui donne lieu à des commentaires et des questions de la psychologue et du groupe.

La psychologue résume la séance, notamment en soulignant le ou les thèmes secondaires qui sont apparus. Le thème de la semaine suivante est alors annoncé.

Refigurer son expérience de vie – 4 cas

Cette recherche est toujours en cours et deux autres sessions de groupe sont programmées pour la mener à bien.

L'analyse des données quantitatives (échelles) et qualitatives (grilles d'observation et entretiens) recueillies avant et après le dispositif n'aura de sens qu'une fois l'étude entièrement menée. Nous pouvons, toutefois, mettre en lumière le parcours de quatre participants qui ont, au sein d'un premier groupe de six, bénéficié d'une session complète d'autobiographie guidée.

Monsieur A : relire sa propre odyssee

Monsieur A, 73 ans, souffre d'un trouble dépressif récurrent. Il est présent à l'hôpital de jour depuis l'automne 2019 et aborde la médiation avec curiosité.

Son profil de perspective temporelle est marqué par un « Passé négatif » dominant. Le score à la MADRS de Monsieur A s'élève à 22, ce qui correspond à une dépression moyenne. L'anxiété état est à 38, pour une anxiété habituelle à 48.

D'entrée de jeu, Monsieur A se présente comme ayant côtoyé les plus grands. L'histoire de sa famille se recoupe avec l'histoire de France et sa réussite semble tracée. Au lieu de quoi, des choix malheureux, des coups du sort vont l'éloigner de ses objectifs. Il voyage beaucoup et croise des gens qui l'aident, mais aussi d'autres qui lui font tort.

Ses écrits sont des récits piquants, drôles quelquefois et avec une chute. Mais il arrive que certaines de ses phrases restent obscures, un peu mystiques. Monsieur A dépeint ses proches de façon presque caricaturale, mais son propre personnage gagne en nuance au fur et à mesure des séances.

Il a plaisir à revisiter son histoire et le groupe, qui découvre l'étendue de sa culture, l'en félicite.

Il dit, à la fin d'une séance : « Merci de nous permettre de nous raconter. » Monsieur A est ravi d'être écouté. Il applaudit en prenant connaissance des résumés narratifs proposés d'une fois sur l'autre, il les trouve « justes ». « Je n'ai jamais autant appris sur moi en aussi peu de temps », dit-il encore, tandis que nous soulignons la répétition de la fuite tout au long de son existence. Partir et encore partir. Dans sa tête aussi. À l'occasion de l'entretien de fin de session, Monsieur A parle, pour la première fois, de la place, importante, de la religion dans sa vie.

En fin de session, le profil de perspective temporelle de Monsieur A est un peu modifié. L'orientation « Passé négatif »

s'est atténuée, au profit du présent, autant « Présent fataliste » que « Présent hédoniste », ainsi que de l'orientation « Futur ».

Son score à la MADRS de 24 reste dans la fourchette correspondant à une dépression moyenne, mais la différence entre l'anxiété trait et l'anxiété état est plus importante. L'anxiété état est à 31.

Madame B : rassembler les morceaux

Madame B a 70 ans et arrive tout juste à l'hôpital de jour après une hospitalisation demandée par ses proches à la suite d'un épisode dépressif sévère.

En début de session, le profil de perspective temporelle de Madame B est dominé par l'orientation « Passé négatif ». Son score à la MADRS, de 40, la place dans la catégorie des dépressions sévères. Son anxiété habituelle s'élève à 55 quand l'anxiété du moment est à 54.

Madame B nous fait part, aussitôt, de sa crainte de ne pas oser s'exprimer et de ne pas être assez instruite pour écrire correctement. Elle se lance tout de même et produit un discours très positif. Les superlatifs ne manquent pas, tout est merveilleux, mais assez peu spécifique.

Dès sa deuxième séance, cependant, des nuances se dessinent et les expressions utilisées sont plus personnelles. Madame B évoque, dans des écrits plus factuels, ses regrets et les obstacles à son épanouissement, présents dès son enfance. Madame B en discute avec le groupe et se montre curieuse de leurs propres expériences. Elle parle aussi, au fil des séances, des différents accidents intervenus dans son parcours de vie, comme si elle les découvrait en même temps que nous. « Et pourtant, vous êtes là », lui répondons-nous, inlassablement.

Madame B déclare avoir « des problèmes » avec l'argent, qu'elle dépense sans compter et la nourriture, dont elle se prive. Elle pose des mots sur ce qui lui est difficile et le groupe qui les reçoit lui témoigne que ce qu'il nous reste d'elle est

digne d'intérêt et suffisant. « Ça nous aide de nous ouvrir », dit-elle en commentant l'activité.

Les deux dernières séances, sur l'art et le voyage, sont celles où Madame B parle pour la première fois d'avenir. Les voyages qu'elle a prévu de faire, moins longs, mais plus prometteurs que ceux de son passé, et l'art qui, doucement, entre dans sa vie.

Lors de l'entretien de fin de session, Madame B dira avoir commencé à écrire, pour elle, chez elle, pour voir plus clair dans ce qu'elle vit au quotidien, le positif comme le négatif. En fin de session, le « Passé négatif » du profil de perspective temporelle de Madame B s'est estompé au profit des autres orientations.

Son score de MADRS est descendu à 27, ce qui correspond à une dépression moyenne et ses scores d'anxiété sont inchangés.

Mme C : être la dernière vivante

À 88 ans, Madame C est arrivée à l'hôpital de jour depuis six mois seulement quand commence la session d'autobiographie. Elle essaie de retrouver ses marques après une hospitalisation à temps complet pour un épisode dépressif sévère. Étant un peu sourde, elle reçoit les consignes par écrit et les annonces au groupe.

En début de session, c'est l'orientation « Passé positif » qui domine dans le profil de Madame C. Son score à la MADRS de 28, la classe dans les dépressions moyennes. Ses scores d'anxiété état, avant et après sont assez discordants, ne permettant pas d'interprétation fiable.

Madame C raconte de quelle façon elle a frôlé la mort, très jeune, et comment, sa famille, sur un malentendu, s'était rassemblée pour son enterrement. « Je suis toujours là. Je les ai tous enterrés », dit-elle dans un éclat de rire doux-amer. Madame C se sent seule. Tous ceux qu'elle a connus

sont morts et elle, elle survit à tout. Cette situation n'est pas toujours drôle! Ses textes comportent toujours un trait d'humour, mais lors des discussions, elle livre ses doutes et questionnements existentiels.

Madame C. raconte, un jour, le souvenir d'une tentative de suicide en précisant : « C'est la première fois que je parle de ça. » Le souvenir précis de moments où elle a su profiter de la vie lui revient, comme ce voyage en Amérique du Nord qu'elle décrit avec beaucoup de détails.

Au cours de l'entretien de fin de session, Madame C déclare : « Ça m'a soulagée, je suis une personne qui garde tout, c'est mauvais ». Le profil de perspective temporelle de Madame C est plus équilibré entre les différentes orientations, en fin de session. C'est désormais le « Passé négatif » qui domine.

Le score de dépression est légèrement diminué, passant de 28 à 25.

Madame F : accéder au « Je » et retracer son parcours

À 89 ans, Mme F fréquente l'hôpital de jour depuis quatre années. Elle parle plus facilement de ses maux physiques de tous les jours que de son histoire de vie. Elle a mal au genou, dort mal, s'inquiète en regardant les informations en continu à la télévision.

Le profil de perspective temporelle de Madame F est, en début de session, dominé par l'orientation « Présent fataliste ». Son score à la MADRS s'élève à 35, ce qui indique une dépression sévère. Le niveau d'anxiété actuelle est à 33 pour une anxiété habituelle de 44.

Quant à son histoire, Madame F dit avoir travaillé toute sa vie « au service des autres » et s'être consacrée à ses nombreux frères et sœurs. Pendant les séances d'autobiographie, Madame F raconte des souvenirs à l'oral, mais au passage à l'écrit, elle trouve que sa vie n'est pas intéressante. Alors, elle

préfère disserter de manière abstraite et dispenser des leçons de vie : « L'argent peut ouvrir toutes les portes », écrit-elle, ou « il faut prendre soin de son corps. » Madame F se cache derrière des généralités et donne des conseils qu'elle avoue n'avoir, elle-même, jamais vraiment suivis. Une fois, elle oublie de se cacher et un « Je » fait son apparition. « J'aime mieux commander qu'être soumise », déclare-t-elle, s'agissant du thème « sexe et genre ». Mais, la plupart du temps, la trace écrite n'est pas un récit, tout au plus, une formule d'affirmation. Il n'empêche que, pour Madame F, « il se passe des choses ». Elle commente abondamment les séances : « Vous nous réveillez des souvenirs. », « on se corrige, on revoit nos vies ».

Ses écrits sont tissés de généralisations, sans mention de lieu, sans dates, même approximatives. Mais Madame F manifeste son intérêt pour les écrits des autres patients. Elle les encourage et les félicite. À la toute dernière séance, Madame F s'écrira enfin et s'écriera : « J'aime votre truc, vous avez vite cerné mon point faible. Je me trouve, je me laisse aller, je parle du "Je", maintenant ». Son récit sur l'art révèle un lien ancien et puissant avec la musique. Madame F conclura cette séance en constatant : « Je m'oublie. J'ai du mal à parler de moi. »

Lors de l'entretien de fin de session, elle se dira prête à entamer un suivi psychologique en individuel. En fin de session, l'orientation dominante dans le profil de perspective temporelle de Madame F est le « Passé négatif ». Le « Passé positif » est plus présent également.

Le score de dépression est descendu à 27, c'est-à-dire, dans la catégorie des dépressions moyennes, tandis que le score d'anxiété actuelle a augmenté.

Quelques éléments issus des premiers entretiens

Après la dernière séance du groupe, les participants sont reçus un par un pour évoquer leur vécu de la dépression et leur expérience de l'autobiographie guidée. La dépression est questionnée suivant les items de la MADRS, mais est aussi librement évoquée par les participants qui font état de maux physiques et de douleurs, ainsi que d'une fatigue très présente. Ils parlent également d'un sentiment de dépossession de leurs choix et de dépendance qui leur est pénible.

S'agissant de l'activité, les participants y voient une forme de « bilan de vie » ou un moment de « réflexion ». Une patiente, faisant écho à la théorie, pense qu'un tel dispositif est destiné « aux personnes qui ont un problème d'identité et d'affirmation », donc pas à elle. L'un d'eux apprécie surtout d'avoir été écouté, tandis qu'une autre affirme : « Je me suis rendu compte des choses importantes que j'ai réalisées dans ma vie ». Parfois, il s'agit simplement de ne plus se taire : « Ça défoule, parce que je garde tout pour moi, en écrivant, ça m'enlève. »

Le fait de mener ce travail en groupe est globalement bien reçu par les participants qui se montrent intéressés par le vécu des autres et se sentent soutenus dans leurs prises de parole. Une participante, cependant, exprime que le regard du groupe l'empêche de se confier. « Ça ne me plaît pas en groupe, je maquille avec des plaisanteries. Je me livre plus facilement en tête à tête ». Au cours de cet entretien, tous apportent des éléments de leur vie qui n'ont pas été évoqués avant. Ils parlent de leur lien à la religion, d'une rencontre marquante ou d'un événement important, heureux ou malheureux. Tous évoquent plus ou moins longuement un traumatisme (deuil, agression, guerre, maladie somatique) qu'ils perçoivent comme le « déclencheur » ou « la racine » de leur état dépressif actuel.

En fin d'entretien, les patients situent l'activité d'autobiographie dans leur vie personnelle, indiquant s'ils vont continuer à écrire et ce qu'ils vont faire de leur cahier. « Maintenant, j'ai pris cette petite manie à la maison, quand il y a quelque chose, j'écris. Ça fait du bien ». Mais ils établissent aussi des liens avec les autres activités auxquelles ils participent à l'hôpital de jour, soulignant une évolution dans leur sentiment d'appartenance à un groupe et rappelant que ce dispositif reste une proposition parmi d'autres, incluse dans une prise en charge plus globale.

Discussion

Le discours des premiers participants recoupe, par bien des aspects, les attendus théoriques, mais vient les compléter et orienter de nouvelles interrogations :

- Les écrits sont marqués par la surgénéralisation, à des degrés divers et cette empreinte de la dépression dans le récit s'estompe, un peu, à mesure que les personnes se racontent.
- On retrouve, tant dans les entretiens que dans les commentaires en cours de session, la notion ricœurienne d'identité narrative dans l'idée de « se souvenir de qui l'on est », mais aussi celle de « se corriger ».
- La modalité « en groupe », choisie pour le dispositif semble pertinente quand on considère la façon dont les participants s'en saisissent, majoritairement, s'appuyant les uns sur les autres pour la remémoration comme pour la réassurance.
- Alors que la contrainte de thème semble féconde, permettant aux participants de se détourner des souvenirs les plus souvent évoqués pour en trouver d'autres, la limitation de temps les obligerait à opérer des choix et à écrire.

Quelques-unes des limites de la recherche sont toutefois à souligner :

- Les effets constatés ne sauraient être imputés à la seule participation des patients au dispositif d'autobiographie. Ils bénéficient tous d'une prise en charge multiple et pluridisciplinaire.
- Le vieillissement n'est pas une variable contrôlable et il est impossible de dire quel effet il a sur les participants, dans un sens ou dans l'autre.
- De la même façon, l'intrication des troubles somatiques et mentaux, variable selon les individus, a des effets que nous n'avons pas mesurés.
- Le premier groupe a démarré en hiver et s'est terminé au printemps, ce qui pourrait, en soi, avoir des effets sur l'humeur des participants. (Les groupes suivants se dérouleront à d'autres moments de l'année.)
- La posture de clinicienne-chercheuse est un élément qui, d'un côté, favorise la possibilité de se raconter, avec une alliance thérapeutique déjà présente, de l'autre, pourrait engendrer des effets de désirabilité plus accentués.

Conclusion

La possibilité pour des personnes âgées dépressives de raconter en groupe des souvenirs autobiographiques dans un ordre non chronologique apparaît comme une modalité d'accompagnement prometteuse dans le cadre d'un hôpital de jour.

Ce qui en fait un dispositif thérapeutique est non seulement la mise en place du « bilan de vie » appelé de ses vœux par Balier (1976), mais également le cadre, à la fois libérateur et protecteur de l'expression de chacun, ainsi que le travail d'accompagnement du psychologue, qui, comme le

rappelle Josselson, est un accompagnement actif : « Notre tâche intellectuelle en tant que psychologues est d'écrire un méta-récit qui les dépasse. » (Josselson, 1998)

À ce stade de la recherche, des questions restent à explorer : quelle place peut occuper cette médiation dans l'accompagnement global des personnes ? De quelle façon l'articuler avec les autres activités du lieu de soin ? Comment accompagner et maintenir les effets du dispositif ? De quelle façon y associer le réseau et les proches des personnes ainsi accompagnées ? Quels autres types de trames non chronologiques envisager, notamment pour des personnes qui seraient en incapacité d'écrire ?

Bibliographie

APOSTOLIDIS, Thémis, FIEULAINÉ, Nicolas, 2004. « Validation française de l'échelle de temporalité », *European Review of Applied Psychology*, 54(3), p. 207-217, (En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.03.001>).

BALIER, Claude, 1976. « Éléments pour une théorie narcissique du vieillissement », *Cahiers de la Fondation Nationale de Gérontologie*, (4), p. 127-153.

BIRREN, James E., DEUTCHMAN, Donna E., 1991. *Guiding Autobiography Groups for Older Adults : Exploring the Fabric of Life*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.

BLAZER, D. G., 2000. « Psychiatry and the Oldest Old », *American Journal of Psychiatry*, 157(12), p. 1915-1924, (En ligne : <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.12.1915>).

GALLARDA, Thierry, LÔO, H., 2009. « Dépression et personnes âgées », *L'Encéphale*, 35(3), p. 269-280, (En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.10.013>).

GILL, Baljit K., CANT, Robin, LAM, Louisa, COOPER, Simon, LOU, Vivian W. Q., 2020. « Non-pharmacological depression therapies for older Chinese adults: A systematic review & meta-analysis », *Archives of Gerontology and Geriatrics*,

88(104037), p. 1-7, (En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104037>).

JOSSELSON, Ruthellen, 1998. « Le Récit comme mode de savoir », *Revue française de psychanalyse*, 62(3), p. 895-908.

KARMIYATI, Diah, RAHMADIANI, Nixie D., HASANATI, Nida, 2020. “Life Review Therapy for Improving the Psychological Wellbeing of Elderly Retired Women in Indonesia”, *Journal of Social Studies Education Research*, 11(4), p. 257-274.

LAI, Claudia K. Y., IGARASHI, Ayumi, YU, Clare T. K., CHIN, Kenny C. W., 2018. “Does life story work improve psychosocial well-being for older adults in the community? A quasi-experimental study”, *BMC Geriatrics*, 18(119), p. 1-12, (En ligne : <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0797-0>).

LAMERS, Sanne M. A., BOHLMMEIJER, Ernst T., KORTE, Jojanneke, WESTERHOF, Gerben J., 2015. “The efficacy of life-review as online-guided self-help for adults : A randomized trial”, *The Journals of Gerontology. Series B*, 70(1), p. 24-34, (En ligne : <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu030>).

LÉGER, J. M., 2004. « Pronostic de la dépression du sujet âgé », *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 2(Suppl), p. 53-59.

LEMOGNE, Cédric, PIOLINO, Pascale, JOUVENT, Roland, ALLILAIRE, J.-F., FOSSATI, Philippe, 2006. « Mémoire autobiographique épisodique et dépression », *L'Encéphale*, 32(5), p. 781-788, (En ligne : [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(06\)76231-5](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(06)76231-5)).

MICHEL, Johann, 2003. « Narrativité, narration, narratologie : Du concept ricœurrien d'identité narrative aux sciences sociales », *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*, (XLI– 125), p. 125-142, (En ligne : <https://doi.org/10.4000/ress.562>).

OMS, 2017. « Santé mentale et vieillissement », (En ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>).

OMS, 2021. « Vieillesse et santé », (En ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>).

OMS (éd.), 2018. *Classification internationale des maladies*, dixième révision, Paris, Masson.

PINQUIER, Clément, WEIMANN, Natacha, PELLERIN, Jérôme, 2003. « Le diagnostic d'une dépression chez la personne âgée », *La Revue de Gériatrie*, p. 837-842.

PLAGNOL, Arnaud, PACHOUD, Bernard, GRANGER, Bernard, 2018. *Les nouveaux modèles de soins. Une clinique au service de la personne*, Montrouge, France, Doin – John Libbey Eurotext.

RAJJI, Tarek K., 2017. "Are We Ready for Mental Health Aging? Canadian Journal of Psychiatry", *Revue Canadienne De Psychiatrie*, 62(11), p. 752-753. <https://doi.org/10.1177/0706743717720692>

RICŒUR, Paul, 1990. *Soi-même comme un autre*, Paris, éditions du Seuil.

SCHMUTZ-BRUN, C., CASSIGNOL, H., HERSH, D., VARIN, M.-J., NICOLE, A.-M., 2019. *Le récit de vie de la personne âgée en institution*, Toulouse, ERES.

SALAZAR VILLANEA, Mónica, 2015. «Aproximaciones desde la Gerontología Narrativa: La memoria autobiográfica como recurso para el desarrollo de la identidad en la vejez», *Anales en Gerontología*, 7(7), p. 41-68.

VULTUR, I., 2021. « Paul Ricœur et la narratologie. Un dialogue croisé », *Cahiers de Narratologie*, (39). <https://doi.org/10.4000/narratologie.12073>.

ZIMBARDO, Philip G., BOYD, John N., 1999. "Putting Time in Perspective: A Valid, Reliable Individual-Differences Metric", *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), p. 1271-1288.

Prendre soin
Médecine narrative et formations

Une nouvelle figure professionnelle dans les milieux de soins : l'Attaché littéraire hospitalier (ALHO)

Christian DELORENZO, Jean-Marc BALEYTE

Introduction.

Depuis janvier 2019 une expérience de mise en système de la médecine narrative¹, ayant l'objectif général de favoriser

1 L'expression « médecine narrative » a été utilisée par Rita Charon (2001a et 2001b) pour la première fois dans deux articles qui ont marqué l'histoire et le développement de ce nouveau champ disciplinaire. Ensuite, Charon (2004) a établi un cadre éthique pour la médecine narrative, et elle a élaboré les notions d'attention, représentation et affiliation (Charon, 2005), qui s'avèrent fondamentales pour la pratique en atelier. Avec la publication de son ouvrage fondamental *Médecine narrative*, Charon (2006) a non seulement donné une définition qui est désormais considérée canonique (« Une médecine exercée avec une compétence narrative permettant de reconnaître, d'absorber, d'interpréter les histoires de maladie, et d'être ému par elles », p. 13), mais elle a aussi achevé de formuler ce

une intégration majeure et meilleure de la narrativité à l'hôpital afin de renforcer la qualité des soins et de vie², a lieu auprès du Centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC). Cinq groupes fixes, interprofessionnels et transdisciplinaires de huit membres se rencontrent une fois par mois, pendant deux heures sur leur temps de travail, pour participer à des ateliers de médecine narrative avec l'accord des instances institutionnelles, c'est-à-dire la direction générale, la direction des soins et la commission médicale d'établissement. L'animation des ateliers est assurée par un binôme médico-littéraire, qui propose trois activités fondamentales, selon le dispositif du workshop créé à Columbia University (Charon *et al.*, 2017) : le *close reading*, ou lecture attentive, d'un texte littéraire, artistique et/ou musical; l'*écriture* (créative, expressive et/ou réflexive) sous consigne; le partage à haute voix des *écrits* produits par les participants.

Pour soutenir ce projet ambitieux et pionnier, visant à former les professionnel·les de santé et transformer les milieux en même temps, il a semblé nécessaire non seulement de consacrer des temps et donc des espaces à la narration au sein de l'institution, mais aussi d'inaugurer une figure professionnelle spécifique, capable de répondre aux différents

champ disciplinaire, qui se fonde sur trois élaborations conceptuelles de base : les quatre dissensions, les cinq caractères narratifs de la médecine, les trois mouvements de la triade pratique. Pour ce qui concerne les différences entre *Narrative Medicine* et *Narrative Based Medicine*, voir Delorenzo (2022, p. 14-17).

2 Assez récemment, les résultats des formations à la médecine narrative en atelier dans l'enseignement supérieur ou en milieu professionnel ont été étudiés et comparés dans une *systematic review* (Remein *et al.*, 2020), qui a mis en lumière des effets positifs en termes de compétences relationnelles, culturelles, pédagogiques et cliniques, renforcement de l'empathie et de la réflexivité, impact institutionnel, réduction de la fatigue, du stress au travail et de l'épuisement professionnel, bien que, selon les auteur·ices, il reste encore à produire des recherches quali-quantitatives pour préciser les *outcomes*. Voir aussi Delorenzo (2022, p. 38-51).

besoins en termes d'organisation, pédagogie et recherche. Comment sera-t-on en mesure de professionnaliser la médecine narrative, aussi au sens de l'inscrire pleinement dans la pratique professionnelle des soins, si un·e professionnel·le de la narration n'est pas chargé·e de sa mise en place et, par conséquent, de sa mise en système? Voilà ce que l'on s'est demandé. La réponse courageuse, et inspirée par une vision profondément éthique du soin, a été la création du premier poste d'Attaché littéraire hospitalier (ALHO) à temps partiel (50 %) en septembre 2018, au sein du service de pédopsychiatrie du CHIC dirigé par Jean-Marc Baleyte. Malgré les pénuries économiques et la crise sanitaire, ce poste a pu évoluer à temps plein en juillet 2020, et six mois après, en janvier 2021, il a été pérennisé.

C'est justement sur cette figure nouvelle et novatrice que l'on se focalisera dans cette contribution, après avoir déjà élaboré et développé, dans un article précédent à plusieurs mains (Delorenzo *et al.*, 2021) et dans une thèse de doctorat (Delorenzo, 2022), un premier modèle de formation hospitalière à la médecine narrative en trois phases – ateliers de base, de créativité et de co-animation –, qui a pu montrer, parmi ses effets, une amélioration des compétences narratives chez les participant·es, une augmentation du bien-être au travail et un renforcement des liens interprofessionnels au sein de l'institution.

Dans les pages suivantes, on esquissera tout d'abord un bref état de l'art sur la participation professionnelle des littéraires dans le cadre de santé. Ensuite, on reconstruira le profil de l'ALHO à la lumière de l'expérience du CHIC et de l'encadrement qui en est découlé. Enfin, on montrera les résultats d'une recherche narrative menée au CHIC, entre la fin de juin et le début de juillet 2022, sur les spécificités et les avantages d'un·e ALHO, en donnant la voix, selon le modèle de la recherche dialogique (Frank, 2004, 2005 et 2010) aux professionnel·les de santé qui ont participé aux ateliers.

Sur les littéraires à l'hôpital : un (bref) état de l'art.

Depuis une cinquantaine d'années, l'enseignement de la littérature s'est de plus en plus diffusé dans le cadre des réformes qui ont touché – à partir des États-Unis, berceau des humanités médicales – l'éducation en santé. La date à retenir, c'est le 1972, quand Joanne Trautmann Banks – une véritable pionnière qui a, entre autres, donné les fondements à l'approche *Literature and Medicine* (Trautmann Banks et Pollard, 1975) – est « la première critique littéraire à être nommée dans une faculté de médecine » (Charon, 2006, p. 32). Ce n'est pas le cas d'esquisser ici une histoire de ce mouvement international d'appropriation pédagogique du savoir littéraire, d'autant plus que l'objectif de cet état de l'art est différent. Pourtant, pour montrer la participation à ce jour des littéraires dans les facultés de santé ou dans les formations universitaires à la médecine narrative au sein de la communauté francophone, on peut rappeler la présence de spécialistes telles que Alexandre Wenger – qui a récemment dressé un article fondamental sur la place de la littérature dans les cursus médicaux (Wenger, 2020) – à l'université de Genève, d'AMarie Petitjean, qui dirige depuis 2018 le certificat universitaire de « Initiation à la médecine narrative » à CY Cergy Paris Université, et d'Isabelle Galichon, qui est coresponsable du diplôme universitaire « Médecine narrative », né en 2021 à l'université de Bordeaux. On peut également souligner que les TD obligatoires de médecine narrative – dans le cadre de l'enseignement de l'éthique médicale, dirigé par Jean-Marc Baleyte – pour les étudiants de troisième année à la faculté de médecine de l'Université Paris-Est Créteil (UPEC) sont assurés, désormais depuis 2016, par un spécialiste de littérature, le même qui remplit aujourd'hui la fonction d'ALHO au sein du CHIC (d'où la pertinence de cette dernière remarque).

Mais pour ce qui concerne le travail des littéraires dans les milieux de soins? Les exemples ne sont pas si nombreux.

Si l'on prend en considération les contributions parues dans des revues scientifiques, la première professionnelle de ce genre sera l'écrivaine Celia Engel Bandman, qui a travaillé pendant trois ans, à partir de 2002, en tant que *medical humanist* au sein de The Institute of Medical Humanism de Bennington, en collaboration avec le centre oncologique du Southwestern Vermont Health Care (Bandman et al., 2004; Bandman, 2004, 2008 et 2010). En qualité de *medical humanist*, Celia Engel Bandman a facilité les échanges entre les soignant·es et les patient·es, en recueillant en première ligne les histoires de maladie à la lumière de la « voix du monde de la vie » (pour reprendre la définition de Mishler, 1983).

Au-delà des mérites évidents dans la création d'un *medical humanist* (modèle et rôle qui se sont malheureusement limités à l'action menée par Bandman), on veut ici souligner les dangers liés à l'idée d'un·e professionnel·le qui s'occupe de la partie « narrative » en écoutant les patient·es en dehors de l'entretien clinique (et même avant) : une figure qui serait censée devenir une interprète pour les soignant·es et un guide pour les patient·es, en jetant un pont entre les « deux cultures » des humanités et de la science; mais qui pourrait en même temps contribuer, sans le vouloir, à renforcer ou souligner la séparation, issue de la tradition positiviste, entre ces univers. Paradoxalement, une telle présence risque d'élargir les quatre dissensions dont Charon (2006) parle, en réduisant la possibilité que les soignant·es recueillent et accueillent les narrations des patient·es et des familles, par le simple fait que c'est un·e humaniste médical·e qui s'en occupe. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que les professionnel·les de santé peuvent avoir une grande expérience et de bonnes capacités d'écoute et d'attention, qui ne sont pas forcément à améliorer. Parfois, il est suffisant de les faire découvrir ou redécouvrir, ainsi que de les remettre en mouvement ou en

contexte. D'ailleurs, pour que ces compétences, acquises ou à acquérir, trouvent un espace à l'intérieur de l'hôpital, il est au moins souhaitable que l'hôpital ouvre ses espaces narratifs. Sinon, il pourrait se présenter une situation extrême dans laquelle les professionnel·les ont des compétences très affinées, mais les contextes de travail ne donnent pas la possibilité de les mettre au service des patient·es et de leurs familles, ainsi que des collègues. D'un point de vue général, il nous semble donc qu'un·e littéraire à l'hôpital ne devrait pas servir de médiateur·ice entre les soignant·es et les patient·es : un·e littéraire à l'hôpital accompagnerait plutôt les autres professionnel·les dans la création de dispositifs qui contribuent à élargir les horizons du récit à l'intérieur des milieux de soins.

C'est ce que Lauren Small, une autre écrivaine – avec un doctorat en littérature comparée –, a commencé à faire auprès du Charlotte R. Bloomberg Children's Center du Johns Hopkins Hospital. Depuis 2014, Small y dirige une formation interprofessionnelle à la médecine narrative, avec des ateliers mensuels qui se déroulent de 17 h 30 à 18 h 30 (après les activités de service), d'où le nom du projet : *AfterWards*. Les groupes ne sont pas fixes, et la participation est ouverte à tous·tes les professionnel·les du centre pédiatrique. Les sources proposées pour les activités de lecture attentive ou *close reading* peuvent être littéraires, ainsi qu'artistiques, musicales et filmiques. Une enquête qualitative menée auprès des 126 soignant·es qui ont assisté, pendant 18 mois, au moins à l'une de ces séances, a montré que la médecine narrative a eu un impact dans la réduction des différences hiérarchiques, le renforcement des liens à un niveau de communauté hospitalière, et la promotion du *self-care* professionnel (Small *et al.*, 2017).

Le troisième exemple est celui, plus systématique et systématisé, de PALHO. Mais on en parlera d'une manière extensive dans la section suivante.

L'Attaché littéraire hospitalier (ALHO) : un profil

Tout d'abord, comme suggéré dans l'introduction, la figure de l'ALHO essaie de donner une réponse à la question de la diffusion intra-institutionnelle de la médecine narrative : si l'on veut répandre cette discipline dans les milieux de soins, il est souhaitable qu'une figure spécifique s'en occupe à temps plein, en termes d'organisation, pédagogie et recherche. D'ailleurs, c'est justement un·e spécialiste de littérature et de récit qui peut contribuer à élargir les horizons narratifs de l'espace hospitalier. En même temps, l'espace hospitalier peut contribuer à élargir les horizons professionnels d'un·e tel·le spécialiste.

Mais quels sont les prérequis d'un·e ALHO, qui pourraient se développer, le cas échéant, dans des formations spécifiques pour des étudiant·es ou des chercheurs en sciences humaines et sociales qui veulent travailler à l'hôpital? L'expérience du CHIC montre que trois éléments sont absolument fondamentaux.

Primo, d'un point de vue spécifique, une maîtrise robuste de la pratique et des principes de la médecine narrative, à partir des ouvrages de référence (Charon 2001a, 2001 b, 2004, 2005, 2006; Charon *et al.*, 2017), est demandée. En outre, il est nécessaire d'avoir une bonne connaissance des humanités médicales à un niveau universitaire, en particulier pour ce qui concerne l'histoire de la médecine, la philosophie et l'épistémologie de la médecine, l'éthique médicale et la bioéthique, la sociologie de la santé, l'anthropologie médicale, ainsi que les méthodes de recherche qualitative et narrative.

Secundo, à un niveau plus littéraire, pour pouvoir bien mener un atelier, il faut pratiquer aisément la lecture attentive et l'analyse des récits, connaître les fonctionnements de l'écriture créative et de la construction narrative, avoir une bonne confiance avec les sources littéraires mais également

artistiques et musicales. Des expériences de théâtre pour la lecture à voix haute et d'édition peuvent être un plus.

Tertio, pour ce qui concerne la pédagogie, il est vital de savoir enseigner sous une forme semblable à celle des travaux dirigés, en favorisant l'aspect horizontal de l'apprentissage, sans pourtant négliger la capacité de fournir des éclaircissements théoriques à la lumière des expériences vécues dans un groupe.

Au-delà de ces éléments, un entraînement spécifique est demandé : le travail au CHIC suggère qu'un tel approfondissement, discipliné et disciplinaire, peut se faire en partie pendant un projet de médecine narrative. L'ALHO, qui se forme davantage à la formation à la médecine narrative alors qu'il ou elle forme ses collègues de l'hôpital, a en d'autres termes besoin d'une supervision, au moins au début de son activité.

Cette supervision se veut double. En premier lieu, une personnalité plus expérimentée dans la pratique de la médecine narrative peut contrôler et corriger la structuration des ateliers, pour ce qui concerne le choix des textes et l'élaboration des consignes, ainsi que solliciter la réflexion sur l'animation³. En deuxième lieu, l'ALHO est censé·e élaborer une forme de supervision autonome par l'écriture à travers l'usage de ce que l'on a appelé « notes parallèles »⁴ (Delorenzo, 2022), c'est-à-dire un genre d'écriture qui mélange l'instrument du « dossier parallèle » (Charon, 2006) avec celui des « notes de champ » de la recherche ethnographique, et plus en particulier de l'auto-ethnographie (Ellis et Bochner, 2000) et de l'auto-

3 Pour ce qui concerne le projet du CHIC, ce rôle de supervision directe de l'ALHO a été fourni par Rita Charon, sous une forme à distance. C'est l'occasion pour la remercier davantage.

4 Dans le cadre de sa supervision, Rita Charon a inspiré la création de cet outil en conseillant de garder trace, dès la première séance, de l'histoire naturelle des groupes pour pouvoir en évaluer l'évolution (communication par courriel, 09/01/2019).

ethnographie de la recherche et de la formation (Benozzo et Piccardo, 2004). Concrètement, à la fin de chaque atelier, l'ALHO rédige un texte à la première personne du singulier en racontant tout ce qu'il ou elle remarque. Il s'agit d'une sorte de « lecture attentive » de la séance, qui peut soutenir dans la construction des rencontres à un niveau narratif et pédagogique, ainsi que dans la prise de décision à un niveau organisationnel. Mais les notes parallèles permettent également d'élaborer une partie du vécu émotionnel, qui est parfois lourd. Si elles ne sont pas suffisantes de ce dernier point de vue, l'ALHO pourra soit demander une troisième forme de supervision, plus individuelle, soit organiser des groupes d'intervision avec d'autres animateur·ices.

Pour conclure cette partie, on peut souligner que les effets de la médecine narrative en termes de réduction du stress au travail, d'augmentation du bien-être professionnel, d'amélioration de la qualité des soins et de vie justifient pleinement, à un niveau qui est à la fois éthique et – pourquoi pas – économique, la création d'une figure comme celle de l'ALHO au sein des hôpitaux : la « santé » d'un système est évidemment liée aux conditions des personnes qui l'habitent, surtout quand il s'agit d'un système de santé. De plus, le modèle de formation en trois phases du CHIC, qui se veut récursif et autogénérateur, suggère que la présence d'un·e seul·e ALHO est suffisante non seulement pour la constitution des groupes mais aussi pour la diffusion d'une culture narrative à l'intérieur d'une institution. N'oublions pas que cet investissement limité à une seule figure professionnelle peut également apporter un gain institutionnel, sur une longue période, en termes de résultats et financements de recherche, formations à l'extérieur, supervisions de projets, liens avec d'autres hôpitaux et collaborations avec les universités. Ce sont des éléments concrets et pragmatiques qu'il vaut en tout cas la peine de prendre en compte, si l'on se pose légitimement la question de la faisabilité économique et financière d'un tel poste.

Une recherche narrative : donner la voix aux participant·es

Entre la fin de juin et le début de juillet 2022, c'est-à-dire trois ans et demi après le début du projet de mise en système de la médecine narrative au CHIC, un questionnaire anonyme a été distribué aux participant·es. Les dix questions dont cette enquête se composait ont été élaborées à la lumière des contenus émergés et recueillis, entre juin 2019 et juin 2021, pendant les trois ateliers dits de « recherche », qui ont rempli la fonction de *focus groups*, ayant le but d'inviter les participant·es à raconter leur propre expérience de la médecine narrative dans le groupe d'appartenance (Delorenzo *et al.*, 2021; Delorenzo, 2022, p. 201-26).

L'une des questions posées voulait favoriser une première évaluation des caractéristiques et des bénéfices d'un·e ALHO dans un milieu de soins. La formulation précise a été la suivante : Quelles sont les spécificités et les avantages d'une figure professionnelle telle que celle d'un ALHO à l'hôpital? En cette occasion, 27 réponses anonymes ont été fournies.

Dans les pages suivantes, l'analyse thématique des réponses sera conduite d'une manière « anthologique », en mentionnant et en rassemblant directement les retours des participant·es, qui ont donné leur accord à la diffusion : une sorte de narration collective et chorale sera établie. Ce choix, qui se veut par cohérence narratif, s'inspire du concept, de l'éthique et des principes de la recherche dialogique d'Arthur Frank (2004, 2005 et 2010), qui cherche à restituer la complexité et la pluralité des expériences en respectant les personnes et les voix qui y sont impliquées⁵.

5 Pour garantir une forme de rigueur, on a attribué à chaque réponse un nombre romain, de I à V, qui se réfère à l'un des cinq groupes, et un chiffre arabe, qui identifie l'auteur·ice tout en gardant son anonymat : ce code d'identification des sources, séparé par un point, sera mentionné entre parenthèses carrées après chaque citation.

En premier lieu, il est possible de remarquer que la figure professionnelle de l'ALHO – un rôle « assez inédit mais très positif » [III.6], « unique à l'hôpital » [V.1] – est considérée comme « emblématique de la nécessaire transversalité des compétences et des imaginaires de disciplines souvent pensées comme étanches, la médecine, les sciences biologiques et médicales, et la littérature, les sciences humaines » [I.3]. L'ALHO peut représenter, par métaphore, « une personne ressource, un guide » [III.7], « un capitaine de navire » [IV.3], une « clé de voûte » [II.5], un « point d'ancrage » [V.1]. Mais c'est surtout un « atout majeur » [III.3], un « rôle [...] essentiel » [II.3], une « présence [...] indispensable » [II.4] ou au moins « précieuse » [III.4]. En effet, l'ALHO paraît « déterminant pour la réussite des ateliers » dans le cadre d'un « projet global » [III.1], parce qu'une telle figure « permet de façon inédite de développer la médecine narrative dans un groupe hospitalier » [IV.3]. « Il serait difficile de faire de la médecine narrative uniquement entre soignants » [II.3]. Comme une autre participante le dit, « c'est ce rôle singulier au milieu d'un groupe de soignants dans le contexte d'un hôpital en souffrance, qui donne sa structure essentielle à l'atelier de médecine narrative » [I.1]. Une soignante déjà citée affirme que « sans attaché littéraire, la qualité de la médecine narrative serait très différente » [II.4]. Enfin, « sans [ALHO], rien ne serait possible » [I.1].

Mais qu'est-ce qui rend, dans le cadre de la diffusion de la médecine narrative à un niveau de système hospitalier, la fonction de l'ALHO « indispensable » ?

Les « compétences » [I.3 et II.1], les « connaissances » [II.1], la « culture » [I.4, II.4, III.2], la « formation » [II.6], l'« expérience » [III.3] et l'« expertise » [III.5] dans le domaine du littéraire et de la narrativité ou de la narration sont, bien évidemment, mises en exergue. Comme une participante le remarque bien :

Le *background* de connaissances en littérature permet d'identifier plus facilement les extraits écrits pour animer les ateliers, et [...] de situer l'extrait dans le domaine artistique et littéraire. Indispensable pour les participants dans le *close reading*, [l'ALHO] offre une perspective plus large à la lecture et l'écoute des écrits des participants [III.1].

Pour rentrer dans les détails, l'ALHO a « des connaissances linguistiques et littéraires indispensables à l'animation de la médecine narrative » [II.4]. En outre, « la culture littéraire permet de faire des rapprochements entre les différentes narrations, ou avec des histoires déjà racontées dans la littérature » [IV.1]. La présence d'une telle figure favorise ainsi « les travaux d'écriture dans les services de soins » et « la mémoire » [II.6].

D'une manière plus générale, un·e ALHO aide à « lier le soin et l'art littéraire » [V.6] : c'est une fonction « permettant de faire le lien entre la littérature et la médecine [...] pour [...] guider dans une réflexion, [...] pour [...] faire découvrir des textes, des livres qu'on n'aurait pas forcément lus » [III.2]. Or, « le fait qu'il s'agisse d'un ALHO place la littérature au cœur du dispositif, en accordant au texte littéraire un pouvoir particulier » [II.1]. D'ailleurs, comme l'on peut lire dans une autre réponse :

À l'heure où tout se chiffre, même les rapports soignant/patient [...], l'ALHO apporte des lettres. Il fait entrer les lettres des patients, des soignants, au travers de la littérature [...] qui légitime le développement de nouvelles humanités et la préservation d'un espace de créativité littéraire au sens large [V.1].

Cette spécificité de l'ALHO, un « titre [...] sans lien avec aucun terme de médecine » [V.4], assure une « position d'extériorité à la pratique médicale » [II.1], capable d'apporter « un autre point de vue et une autre méthodologie de

fonctionnement et de réflexion » [II.2], « un regard extérieur, différent » [II.4], « une activité externe [qui] rend la médecine narrative une expérience bien cadrée, structurée et légitime » [III.3]. Pour quelqu'un, « l'avantage est qu'il n'y a pas de sous-entendu "psychanalytique" ou même "psychologique" » [IV.1], ce qui semblerait favoriser la prise de parole et la perception d'un « non-jugement » [V.3]. Pourtant, selon quelqu'un d'autre :

Un ALHO à l'hôpital participe au maintien voire au développement d'une subjectivité du soin. Toute la part du « psy », qui n'est pas quantifiable, mais qui occupe une place indispensable dans le bien-être au travail, est portée en partie par cette profession [V.2].

Pour ce qui concerne la « position d'extériorité », il faut aussi dire que l'intérêt de l'ALHO peut être celui « d'un naïf, révélateur et neutre » [IV.2], qui « ne vit pas forcément [la] place de soignant mais peut-être celle d'usager » [III.7] : l'inverse d'un spécialiste, d'un technicien ou d'un expert, qui est ainsi en mesure de convoquer – et évoquer – dans un groupe, par sa seule présence, les figures possibles d'un patient ou d'un proche. Une représentation de ce genre rapprocherait l'ALHO de la « voix du monde de la vie ».

Toutefois, si d'un côté l'une des participant·es remarque que l'ALHO « n'est pas immergé dans les problématiques soignantes » [I.4], une autre reconnaît, à travers l'utilisation du même participe passé (dans un groupe différent), que l'ALHO est « immergé dans le milieu » [II.1]. Une autre soignante le précise davantage :

[L'ALHO] incarne la relation entre l'intérieur et l'extérieur : [...] il apporte les textes, il aide au maintien du groupe car il n'est pas un professionnel de santé (formation initiale), mais pour autant il devient un membre du groupe et par extension un pair [III.5].

Ou encore, comme une autre participante le dit :

Au sein des groupes, [l'ALHO] est surtout un tiers entre les participants et l'institution. Il est à la fois « dedans et dehors », et cette position particulière lui garantit une forme de neutralité, qui elle-même favorise l'expression authentique des participants. De plus, l'animation du groupe, sa dynamique, nécessite également la présence de cet expert-tiers [III.5].

Pour ce qui concerne la relation à l'univers des soins, d'autres écrivent qu'un·e ALHO a le « désir de travailler avec des soignants » [II.6], qu'il possède de « grandes connaissances du monde médical et de ses personnalités » [III.2], et que sa « personnalité doit être inspirée par le monde du soin [...] pour transmettre un élan au groupe » [III.1]. D'ailleurs, les caractéristiques d'un soignant-modèle peuvent être attribuées à l'ALHO, comme si cette figure remplissait également la fonction d'un miroir par rapport à l'image des professionnel·les de santé. À cet égard, les textes parlent de « bienveillance » [I.1 et III.5], « capacité d'écoute, [...] de lire entre les lignes » [III.2], « qualités humaines et humanistes » [III.4], « apport d'un supplément d'âme et capacité à faire résonner » [V.5].

Une telle fonction métaréflexive émerge d'une façon encore plus claire dans la réponse suivante :

[L'ALHO] ouvre le champ sur une métareprésentation de nos métiers, projetés sur des œuvres littéraires qui permettent de se décaler du quotidien pour fabriquer une forme de vécu par rapport au réel. Il permet la création d'un mode alternatif, moins centré sur le patient mais sur ce que l'on ressent dans la relation. Le tout dans un espace groupal où la plume respective des uns et des autres prend le dessus sur leurs fonctions. Cela permet de questionner ce mot terrible qu'on appelle le « soin », sa représentation de soignant, de soigner, de réparer, le tout bien au chaud dans un laboratoire où les mots fusent [I.2].

Le concept d'« ouverture », introduit au tout début du passage que l'on vient de citer, permet de faire le lien avec un avantage que les participant·es reconnaissent à la présence et à l'intervention d'un·e ALHO au sein des groupes de médecine narrative et donc, par extension, à l'intérieur de l'espace hospitalier : l'ALHO « permet une ouverture » [I.5], et en particulier une « ouverture de l'hôpital vers l'extérieur » [II.6]. D'ailleurs, pour quelqu'un, l'hôpital semble avoir « besoin de “non-soignants” qui font du bien » [III.2].

Toutefois, la figure de l'ALHO ne participe pas seulement à « décroiser le milieu hospitalier » [III.7], mais aussi à « ouvrir des champs d'expression » [IV.1] chez les participants : un·e ALHO aide « à l'ouverture d'esprit » [I.4], « permet [la] liberté d'expression » [V.4], arrive même à fournir un « enrichissement par une supervision irriguée d'influences extérieures rattachées à travers lui aux domaines techniques concernés » [V.5]. Ouverture et en même temps « prise de distance, face à [un] quotidien stressant » [I.1] : « Un pas de côté par rapport aux problématiques abordées à l'hôpital » [I.5]. Sans oublier la question du « lien » [I.1] parmi les différent·es professionnel·les. Oui, parce que l'ALHO représente un « créateur et animateur des liens qui se tissent dans le groupe » [IV.2]. Du reste, sans un tissage de nouveaux liens, comment serait-il possible de construire toute cette ouverture ?

En synthèse, à la lumière de cette première recherche narrative, on peut dire, en réutilisant en bonne partie les mots des participant·es, que la figure professionnelle de l'ALHO est lue comme indispensable pour la médecine narrative, parce qu'elle permet, par le biais des compétences littéraires, d'une position extérieure mais aussi d'un rôle de tiers – entre dedans et dehors – au sein des groupes, une ouverture des champs d'expression et des liens à l'hôpital.

Pour conclure, il n'est peut-être pas inutile de mentionner un dernier commentaire, qui fait espérer, par rapport à la présence des figures comme celle de l'ALHO dans les milieux

de soins : « Tout n'est pas perdu puisqu'un grand hôpital peut offrir du temps et des compétences littéraires à son personnel et l'encourager à l'écrire, [...] dans l'optique de retombées positives sur la qualité du soin » [I.3].

Conclusion

Après avoir dressé un bref état de l'art, esquissé le profil d'un·e ALHO et inauguré une recherche narrative sur les avantages et spécificités d'une telle figure, on rappelle que celle du CHIC est une première expérience, dont le modèle reste à être appliqué et diffusé ailleurs. Il semble souhaitable, à ce jour, que la figure d'ALHO trouve non seulement des espaces d'action dans d'autres milieux de soins, mais aussi des dispositifs de formation théorique et pratique à un niveau universitaire, pour que les littéraires puissent donner un apport professionnel en travaillant de plus en plus dans les systèmes de santé qui ont besoin d'élargir et ouvrir leurs horizons narratifs, et de les intégrer davantage dans l'activité clinique, pour améliorer la qualité de vie au travail ainsi que la qualité des soins.

Bibliographie

BANDMAN, Celia E., 2004. "On Medical Humanism", *The Journal of Supportive Oncology*, 2(2), p. 108.

BANDMAN, Celia E., 2008. "A Medical Humanist Says Good-Bye", *Journal of the American Medical Association*, 300(2), p. 149-50.

BANDMAN, Celia E., 2010. "Art Informs Medicine", *Journal Of Clinical Oncology*, 28(12), p. 2123-4.

BANDMAN, Celia E., BANDMAN, Bernard M., BARR, Patricia A., MILLS, Letha E., 2004. "The Medical Humanist: A Pilot Program in the Cancer Center Setting", in TWOHIG, Peter L.,

KALITZKUS, Vera. *Making Sense Of Health, Illness and Disease*, Amsterdam-New York, Rodopi, p. 217-31.

BENOZZO, Angelo, PICCARDO, Claudia, 2004. «Autoethnografia della formazione. L'approccio etnoclinico per l'analisi dei bisogni e la progettazione di un programma di formazione», *Risorsa Uomo*, 4, p. 1-8.

CHARON, Rita, 2001a. "Narrative Medicine: A Model for Empathy, Profession, and Trust", *Journal of the American Medical Association*, 287(15), p. 1897-1902.

CHARON, Rita, 2001b. "Narrative Medicine: Form, Function, and Ethics", *Annals of Internal Medicine*, 287(1), p. 83-87.

CHARON, Rita, 2004. "The Ethicality of Narrative Medicine", in HURWITZ Brian, GREENHALGH Trisha, SKULTANS Vieda, *Narrative Research in Health and Illness*, Malden, Oxford, Carlton, Blackwell Publishing, p. 23-36.

CHARON, Rita, 2005. "Narrative Medicine: Attention, Representation, Affiliation", *Narrative*. 13(3), p. 261-270.

CHARON, Rita, 2006. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford, Oxford University Press (traduction française : *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladie*, Paris, Sipayat, 2015).

CHARON, Rita, DASGUPTA, Sayantani, HERMANN, Nellie, *et al.*, 2017. *The Principles and Practice of Narrative Medicine*, Oxford, Oxford University Press (traduction française : *Principes et pratiques de médecine narrative*, Paris, Sipayat, 2020).

DELORENZO, Christian, 2022. « Pour un hôpital narratif : un modèle de formation à la médecine narrative en milieu hospitalier », thèse de doctorat soutenue le 27/01/2022, Université Paris-Est Créteil.

DELORENZO, Christian, DESFEMMES, Tsellina, VIGNOT, Marina, *et al.*, 2021. « Des groupes de Médecine narrative dans un centre hospitalier : l'expérience et le dispositif du Centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC) », *Médecine et philosophie*, 5, p. 47-54.

ELLIS, Carolyn, BOCHNER, Arthur, 2000. "Autoethnography, Personal Narrative, Reflexivity: Researcher as Subject", in DENZIN, Norman K, LINCOLN, Yvonna S.. *The Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, Sage, p. 733-68.

FRANK, Arthur, 2004. *The Renewal of Generosity: Illness, Medicine, and How to Live*, Chicago, The Chicago University Press.

FRANK, Arthur, 2005. "What Is Dialogical Research, and Why Should We Do It?", *Qualitative Health Research*, 15, p. 964-974.

FRANK, Arthur, 2010. *Letting Stories Breathe: A Socio-Narratology*, Chicago, The Chicago University Press.

MISHLER, Elliot G., 1984. *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*, Norwood, Ablex.

REMEIN, Christy D., CHILDS, Ellen, PASCO, John C., *et al.*, 2019. "Content and Outcomes of Narrative Medicine Programmes: A Systematic Review of The Literature Through 2019", *BMJ Open*, 10, p. 1-15.

SMALL, L. C., FELDMAN, L. S., OLDFIELD, B. J., 2017. "Using Narrative Medicine to Build Community Across the Health Professions and Foster Self-Care", *Journal of Radiology Nursing*, 36, p. 224-227.

TRAUTMANN BANKS, J., POLLARD, C., 1975. *Literature and Medicine : Topics, Titles and Notes*, Hershey, Departement of Humanities The Milton S. Hershey Medical Center.

WENGER, Alexandre, 2020. « La Place de la littérature dans les cursus médicaux », dans LEFÈVE, Céline, THOREAU, François, ZIMMER, Alexis (dir.). *Les Humanités médicales. L'engagement des sciences humaines et sociales en médecine*, Arcueil, Doin, p. 307-314.

La suggestion, un geste d'écriture au cœur même de la relation de soins

Nicolas MEROT

L'hypnose apparaît aujourd'hui comme une technique de soin très largement plébiscitée dans notre société, identifiée comme *médecine douce*, plus acceptable, et investie par des soignants à la recherche de plus de sens dans leur travail et d'une meilleure qualité de relation à l'autre. Et pourtant, l'hypnose est une relation dissymétrique entre le praticien et son patient, le premier peut sembler prendre un ascendant sur le second. Cette asymétrie repose sur un des mécanismes centraux de l'hypnose, la suggestion, « art de faire une petite incision dans l'esprit de l'autre pour y placer une idée à soi¹ ». Il en résulte un paradoxe dans une société où la notion d'autonomie de la personne a une telle importance. Comment fonder une relation plus juste, plus respectueuse de l'autre, plus respectueuse de sa liberté à l'aide d'une technique qui au contraire semble être une prise de

1 C'est ainsi que Victor Hugo définit la suggestion dans *L'Homme qui rit*.

pouvoir sur lui? Questionnée ainsi, l'hypnose apparaît comme un champ d'interrogation sans fin : au cœur de ce paradoxe, que dit-elle de la relation à autrui, du fonctionnement de l'être humain, du libre arbitre, de l'autonomie de la personne, plus généralement de la relation entre médecin et malade?

Cette question de départ est à l'origine d'un travail de mémoire de master² d'éthique médicale qui m'a conduit, à partir d'une situation clinique, à interroger la notion de suggestion. De manière incidente, ce questionnement met à jour l'importance du langage, de la parole. En interrogeant la suggestion, on caractérise la relation, on en décrit une des modalités : la relation *agissante*, relation dont le langage est le substrat. C'est de ce travail qu'est extraite cette présente contribution.

Ainsi, après avoir mieux caractérisé la notion même de suggestion, après avoir retracé la situation clinique qui étaye cette réflexion, puis évoqué combien la suggestion contient en elle un écueil, le risque de la manipulation et du dévoiement de la relation, je tenterai de nuancer ce jugement accusateur. Pensant cette notion avec Derrida, je considérerai la suggestion comme *pharmakon* (certes poison, mais en même temps remède) puis comme geste d'écriture voire de *dissémination*, en utilisant là encore une notion de Jacques Derrida.

1. La suggestion dans les soins

1.1 La suggestion comme moteur de l'hypnose

Transe et suggestion

On distingue dans l'hypnose deux mécanismes différents : la suggestion d'une part et la modification de l'état de

2 *La suggestion : un pharmakon constitutif de la relation thérapeutique*, mémoire de master de philosophie, parcours « Ethique médicale et hospitalière appliquée », l'université Gustave Eiffel, sous la direction du Pr. E. Fiat, 2022.

conscience, autrement appelée transe ou état dissociatif d'autre part. Il est tout à fait possible de mettre en œuvre l'hypnose sans *nécessairement* induire de modification de l'état de conscience.

Les techniques de l'hypnose contemporaines sont directement inspirées de l'enseignement de Milton Érickson. C'est à lui que l'on doit la théorisation de la mal nommée *communication hypnotique* ou *hypnose conversationnelle*. Mal nommée parce que justement, c'est une technique où l'on s'abstient de rechercher la modification de conscience³. Il n'y a donc, dans l'hypnose conversationnelle, ni transe ni sommeil.

La suggestion répond à quelques principes simples : le choix du lexique, évocateur de l'agréable, du confortable, évoquant le soulagement, la détente. On s'abstient d'utiliser toute terminologie évocatrice de douleur ; on évite également toute suggestion trop directe : « vous n'avez pas besoin de vous détendre » est une suggestion indirecte, c'est-à-dire cachée, ici derrière une forme négative.

La séquence qui porte le nom de *Yes-set* est un autre exemple de technique relationnelle : après une série de propositions auxquelles l'interlocuteur peut facilement adhérer, on renforce sa capacité à adhérer aux propositions suivantes ; on inhibe sa propension à refuser. D'une suggestion l'autre, on obtient, *in fine* l'adhésion à une suggestion qui, appliquée d'emblée, aurait probablement été refusée net.

On peut constater qu'il n'y a là aucune nécessité d'induire la modification de l'état de conscience. Non que cette modification d'état de conscience ne soit utile. Autrement appelée *transe hypnotique* ou *état dissociatif*, c'est un effet dont on peut constater qu'il est lui aussi induit par la suggestion du praticien. Les études réalisées en anesthésie permettent de penser que

3 En tout cas on ne l'annonce pas et l'on ne provoque que des modifications très modérées de l'état de conscience, qui de toute manière n'ont rien à voir avec l'état de sommeil. Ainsi si l'hypnose n'a rien de commun avec *hypnos*, le *sommeil*, la communication hypnotique s'en éloigne plus encore.

cette *dissociation* participe à « isoler » le patient des perceptions potentiellement douloureuses lors du geste chirurgical, jusqu'à permettre de se passer entièrement de produits anesthésiques lors de certains gestes. Cet état de transe est parfois considéré comme renforçant la suggestibilité.

En tout état de cause, la suggestion est avec la transe l'un des deux fondements de l'hypnose.

Bernheim, hypnose et suggestion

Dans l'histoire de l'hypnose médicale, l'école de Nancy est la première à dégager la notion de suggestion comme centrale dans les mécanismes de l'hypnose. Bernheim est celui qui a écrit et diffusé ces idées, mises au point et développées avec son maître, Auguste Liébault⁴. Bien avant lui, si l'on considère les ascendances de l'hypnose médicale, Franz-Anton Mesmer (1734-1815) avait échoué à démontrer le rôle du magnétisme, qu'il pensait être le mécanisme de la transe. Plus tard, s'opposant à Charcot, qui considère les phénomènes observés comme des processus pathologiques, il déclarait le sommeil comme inutile à l'action thérapeutique et décrivait les phénomènes qu'il observait comme un effet de la seule suggestion. Cet usage de la technique de l'hypnose sans transe, sans nécessairement modification de l'état de conscience, est à rapprocher des techniques contemporaines dites de l'hypnose conversationnelle, lesquelles techniques s'affranchissent de la même manière de l'état de transe.

1.2 La suggestion comme moteur de la relation thérapeutique

S'intéresser à la suggestion sera donc cette attention donnée au langage et aux effets qu'il peut produire chez l'autre. Il me semble qu'il peut s'agir d'une manière renouvelée

4 BERNHEIM, Hippolyte, 1911. *De la suggestion*, Paris, Albin Michel.

d'appréhender l'acte même de soin, la relation thérapeutique. Cela revient à comprendre cette expression au sens littéral de ces deux termes : considérer la communication comme *relation*, et son effet comme étant directement *thérapeutique*, qui participe au soin, qui soigne.

Madame Brimée, une jeune femme, douloureuse chronique, est adressée à la consultation d'étude et de traitement de la douleur pour des plaintes articulaires périphériques intriquées avec d'autres douleurs rachidiennes. Je la reçois en première consultation et elle me raconte son histoire. Il persiste alors plusieurs hypothèses sur la cause de ses douleurs.

Le début du travail conjoint lors des premières consultations conduira à identifier dans son anamnèse des événements de vie douloureux, que j'interprète alors comme centraux dans l'origine de sa souffrance. Mme Brimée elle-même fait le lien entre le début des signes et une période particulière de sa vie où elle s'est sentie manipulée par un employeur particulièrement malveillant qui paraît, à ses dires, avoir profité de sa naïveté. Elle a par ailleurs été heurtée, quelques années auparavant, par une consultation médicale qu'elle décrit comme l'ayant malmenée, où elle dit s'être sentie jugée, dépréciée, rendue responsable de son malheur, sans perspective pour en sortir.

Face à cette situation, trois attitudes médicales sont possibles : premièrement, suivre la piste biomédicale, tenter de rattacher les signes aux anomalies biologiques, poursuivre les explorations. Il me semble qu'il s'agit d'une fausse piste. Mais c'est une attitude qui peut paraître valable sur le plan médical. Deuxième option : rattacher les signes à une entité comme la fibromyalgie. Mme Brimée présente des symptômes; l'association de ces symptômes permet de répondre de manière parfaitement exacte aux critères diagnostiques de la société de rhumatologie pour porter ce diagnostic. Troisième option, poursuivre l'hypothèse du psychotraumatisme considérant que les événements de vie

de Mme Brimée sont déterminants dans l'apparition de ces symptômes. On perçoit d'emblée combien le sous-texte de ces trois options oriente dans des directions diamétralement opposées. Chacune de ces trois options véhicule avec elle, en cascade, une série de représentations, d'idées qui vont orienter, chez la patiente, le sens donné à ces symptômes, et la manière d'y faire face, donc de poursuivre son existence.

En l'occurrence, c'est cette troisième piste que j'ai suivie. Il m'a fallu un certain temps pour, non pas lui asséner ma vérité, mais la conduire à faire sienne mon hypothèse, ce qui s'est fait par petites touches, par ajustement, par allers-retours. C'est en tout cas l'objectif et l'impression que j'ai pu alors avoir.

L'angle par lequel nous abordons son problème de santé va pouvoir, de manière sous-jacente, influencer sur les idées et représentations de l'interlocuteur. Y a-t-il dans les options ci-dessus l'une d'entre elles qui soit neutre? Est-il simplement possible face à une telle situation de ne pas engager sa responsabilité médicale, pour choisir ce que l'on propose à la patiente comme attitude?

On voit ici que je prends le parti de nommer *suggestion* tout ce qui se joue entre les mots, ou même de non verbal, d'allusif, de sous-jacent, de non-dit qui va influencer, qui va modifier le cours des choses. Évidemment tel que je l'ai retranscrit, cela n'apparaît qu'entre les lignes. Lorsque la patiente affirme qu'elle est fibromyalgique et que, tout en le ratifiant, j'en modifie sensiblement le sens en parlant d'« épisode fibromyalgique », je suggère d'une part qu'il s'agit d'un événement, d'un passage, et donc la possibilité de la fin de l'épisode, là où le terme qu'elle utilisait conduirait plutôt à en faire un trait de son caractère, de son identité. Ainsi dans la finesse de ces échanges, et sans que tout cela ne soit parfaitement maîtrisable, se joue beaucoup de choses. L'effet de chacune de ces paroles, dans ce cadre de la consultation, va avoir un effet, dont bien sûr je souhaite qu'il soit possible, mais dont chacun comprend qu'il peut devenir tout aussi délétère.

2. La suggestion poison

2.1 Freud : analyse contre suggestion

De tout temps la suggestion a dû subir des critiques. Dans les années 1890, fondant la psychanalyse, Freud rompt avec l'hypnose. En la rejetant, il ne renonce pas à la suggestion, en tout cas pas à toute forme de suggestion.

Avec Freud arrive la critique la plus virulente et la plus pertinente de la suggestion. Selon lui, elle manque de fond, on « parle sans savoir⁵ », on « agit sans comprendre », on s'interdit l'accès à la singularité de l'autre. On agit sur le symptôme sans agir sur la cause, sans même tenter de la comprendre : c'est un « faux remède ». On y parvient grâce à un « cérémonial monotone », cela relève de la magie, de la prestidigitation⁶, de l'exorcisme. Si c'est un tour de magie, il y a un trucage. S'il y a trucage, les effets ne seront pas ceux que l'on attend : c'est un faux remède. Si on obtient parfois des effets, ils sont inconstants, difficiles à reproduire et limités dans le temps. Ce n'est pas ce qu'on attend d'un remède. Freud développe ici trois arguments : son action est superficielle, elle relève de la prestidigitation, elle est limitée dans le temps. Ces trois arguments discréditent l'hypnose par sa trop faible efficacité, par sa trivialité.

De l'autre côté, déjà, il lui reproche sa trop forte hétéronomie ; elle entretient la dissymétrie entre le médecin et le malade, elle le rend dépendant ; elle place l'hypnotiseur dans une position d'autorité, on risque d'abolir l'indépendance du malade. Elle a donc une trop grande puissance, une puissance néfaste, une force maléfique.

5 FREUD, Sigmund, [1916] 1965. *Introduction à la psychanalyse*, petite bibliothèque Payot, p. 426 et suivantes.

6 La *prestidigitation* relève de l'agilité des doigts, la *manipulation* de celle des mains. Ces images sont fréquentes, mais surprenantes pour caractériser le mécanisme d'une technique qui n'utilise qu'exceptionnellement le toucher.

2.2 Platon : Rhétorique contre dialectique

Les critiques émises par Freud ont déjà été émises de longue date, si l'on considère la suggestion comme art rhétorique. Si l'on se réfère à Platon, les rhéteurs sont des manipulateurs, mus par la recherche du pouvoir et des honneurs.

Suggestion et rhétorique sont des techniques médiées par le discours, par la parole. On dirait avec anachronisme que ce sont des techniques de communication. Elles sont toutes deux des outils d'influence sur l'autre. À ce titre, la critique de l'un pourra permettre d'affiner la critique de l'autre. Ce sont deux techniques de parole, des sciences du discours.

Dans *le Gorgias*, il pourrait apparaître soutenable d'utiliser la rhétorique pour les médecins. Gorgias raconte même une anecdote à ce sujet, où l'on voit un rhéteur convaincre un malade de prendre son remède⁷. Pourtant, l'aide de Platon pour mieux caractériser la suggestion nous fait défaut, Socrate et Gorgias s'accordant plus loin à dire que la rhétorique ne peut concerner « les discours qui indiquent aux malades le traitement qu'il doit suivre pour être en bonne santé⁸ ».

La rhétorique est, on le comprend, indissociable de son utilisation. La posture défendue par Socrate, dans ce cas, englobe une critique virulente de la politique, de ses méthodes et de ses buts. C'est à travers ce prisme qu'il disqualifie la rhétorique face à la philosophie, la dialectique, seul discours menant à la vérité. La transposition à la suggestion ne sera alors opérante que pour interroger les buts assignés à la technique. À quelle fin le médecin fait-il usage de rhétorique ?

7 PLATON, 2017. *Gorgias*, traduction de Monique Canto-Sperber, Garnier Flammarion. 456b.

8 PLATON, *ibid.*, 449 *de*.

2.3 *Écriture contre logos oral*

Dans le *Phèdre*, l'écriture est discréditée face au discours oral. L'écriture est présentée comme une copie, comme morte, du discours oral, seul capable de mener à la vérité intérieure. Vulgaire copie, l'écriture a perdu tout lien avec son père; elle est comme orpheline. La suggestion est, si l'on suit la série d'oppositions, du côté de l'écriture, disqualifiée.

Écriture et rhétorique empêchent l'accès à la vérité que seule la maïeutique de la philosophie permet d'atteindre, en soi-même. À travers ce prisme, la suggestion, du côté de la fausseté, est un moyen auquel on reprochera surtout de mettre à son profit la dissymétrie, de risquer de manipuler, de faire usage de ruse, qui porte en soi le risque de l'insincérité. La suggestion serait alors condamnable. Le risque qu'elle fait porter à la relation semble trop important.

La lecture de *La Dissémination*⁹ de Derrida, et notamment du *Pharmakon* – ce que je me propose de faire dans la prochaine partie –, nous conduira à renouveler notre regard sur cette aporie et à la dépasser. Derrida part du postulat qu'il n'est pas possible que Platon ait écrit un texte uniquement à charge contre l'écriture. À le lire, une telle interprétation *ne peut pas* ne pas être erronée.

3. La suggestion remède

3.1 *La suggestion comme Pharmakon*

Le pharmakon pour Derrida

Il faut en effet tout ce travail de dévoilement, de réinterprétation du texte par Derrida pour sortir d'une interprétation qui voudrait voir dans le *Phèdre* un écrit contre

9 DERRIDA, Jacques, 1972. *La Dissémination*, Paris, Le Seuil.

l'écrit. Une traduction de *pharmakon* par poison participe à en masquer le sens – le double sens – là où il faut bien comprendre qu'il signifie simultanément remède. Déjà, à travers le *jen*¹⁰ que permet la traduction, voilà démontré comment le texte écrit, puis traduit peut altérer et donc paradoxalement enrichir le texte, peut dévoiler un pan caché d'un texte menant à une interprétation autre. Dévoiler, ajouter sans supprimer, enrichir le texte par tout ce qui y est caché, tramé : voilà ce que peut le *pharmakon*.

Derrida se propose donc de dévoiler ce qui autorise à réhabiliter l'écrit face à l'oral. Complexifiant la lecture possible de Platon, il en ressort la possibilité d'une lecture diamétralement opposée et l'apparition de la notion de *supplément*.

Le *pharmakon*, sans rien être par lui-même, les excède toujours comme leur fonds sans fond. Il se tient toujours en réserve bien qu'il n'ait pas de profondeur fondamentale ni d'ultime localité. Nous allons le voir se promettre à l'infini et s'échapper toujours par des portes dérobées, brillantes comme des miroirs et ouvertes sur un labyrinthe. C'est aussi cette réserve d'arrière-fond que nous appelons la pharmacie¹¹.

C'est finalement dans ce qui se cache *entre*, le non-dit, le non dévoilé d'emblée que nous rechercherons le *supplément*, dans l'acception derridienne, à l'intérieur même de ce *pharmakon* qu'est la suggestion.

Il y a dans l'étymologie même de ce terme *sub-* par en dessous – *gestion*, porter, quelque chose qui peut nous pousser dans ce sens : ce qui est porté par en dessous, c'est-à-dire, ce qui est sous-jacent, ce qui est caché en dessous ; en dessous du discours ; en dessous, mais en soi. On retrouve cette

10 Entendre par jeu espace et possibilité de mouvement et jeu de mot.

11 DERRIDA, Jacques, *op. cit.*, p. 153.

même idée du double-fond, ou « d'arrière-fond » avancée par Derrida. La suggestion devient alors engagement par la parole qui prend pleinement la mesure de l'étendue de la polysémie, de l'ambivalence, des niveaux d'action du langage : voilà comment la suggestion pourrait apparaître un *supplément* de la communication. La langue porte en elle la possibilité d'agir sur l'autre, non seulement directement par le message qu'elle véhicule mais également entre les lignes, entre les mots, indirectement.

Pharmakon, suggestion et vérité

La sophistique, l'hypomnésie, l'écriture ne seraient donc séparées de la philosophie, de la dialectique, de l'anamnèse et de la parole vive que par l'épaisseur invisible, presque nulle, de telle feuille entre le signifiant et le signifié¹².

Si l'on revient à l'histoire clinique racontée plus haut, celle de Mme Brimée, on peut constater combien est relative la question de la vérité. Sans aucun doute, la manière d'aborder ces premières consultations conduira à construire avec la patiente un nouveau récit de son histoire de la maladie, de son *anamnèse*.

Arrêtons-nous sur ce terme, dont les différents usages éclairent de manière saisissante mon propos : ce terme même, qui, pour le médecin, désigne simplement l'histoire de la maladie, décrit chez Platon le travail de mémorisation qui pourra conduire à la vérité. L'anamnèse ou *mnesis* s'oppose à l'hypomnésie, sorte de mémoire morte. Pour la liturgie chrétienne, l'anamnèse a, là aussi, à voir avec la vérité. Il s'agit, pendant la célébration de la messe du moment de remémorer les paroles du Christ, en quelque sorte de les actualiser.

12 DERRIDA, Jacques, *ibidem*, p. 126.

Loin de ces représentations univoques, la vérité anamnésique, toute relative, celle que nous avons établie avec la patiente est ici une construction à deux dans laquelle les représentations du médecin infusent vers la patiente.

La construction de cette anamnèse est fondamentale, et c'est elle qui conduit dans le cas qui nous occupe à pouvoir construire un projet thérapeutique. C'est donc la base du remède – base comme fondement mais aussi base comme l'un des ingrédients, d'un des constituants, comme on parle de la base d'une recette –.

Ainsi donc il apparaît nettement que notre *pharmakon-suggestion* prend part à l'établissement d'une vérité, indissociablement liée à la relation entre le médecin et le malade, indissociablement liée à la relation tout court, à la communication. Il y a là un acte de création conjoint qui se réalise dans un aller-retour permanent entre les conceptions du médecin, celles du patient, et la résultante des suggestions qui auront été acceptées par ce dernier. On arrive évidemment à la conception d'une vérité aussi mouvante, aussi instable, aussi relative que la notion platonicienne de vérité est stable, constante, immanente.

Autonomie et suggestion

La suggestion constitue intrinsèquement une relation déséquilibrée entre le médecin et le malade. Celui qui suggère prend un ascendant sur l'autre. En s'autorisant cela, il apparaît un affaiblissement du libre arbitre gênant en soi. S'autoriser à suggérer pourrait paraître une entorse à la prééminence du droit de tout être libre à décider, seul par lui-même, de ce qui le regarde.

Dans l'histoire de Mme Brimée, cette inquiétude de la priver de cette autonomie, de la rendre en quelque sorte dépendante de la consultation m'avait conduit à instiller au contraire au cours de nos consultations toutes sortes

de suggestions conduisant à renforcer ses capacités à l'autonomie, autonomie entendue comme sa propre capacité à pouvoir faire face au problème qui est le sien, comme dans une posture d'apprentissage, où l'acquisition de la capacité à l'autonomie passe par des phases où celle-ci est déléguée. Peut-être faut-il considérer que la situation de maladie, ou de douleur chronique place l'individu face à l'obligation d'un apprentissage qui renouvelle cette posture.

Il y a là une idée très paradoxale d'une authentique autonomie dont la résurgence serait la résultante de l'action de l'autre. Ce paradoxe me semble s'inscrire dans le droit fil de la question abordée plus haut, et de l'idée derridienne d'un dépassement de la critique de l'écriture par Platon. L'écriture permet d'accéder à une vérité qui se trame dans le texte même. La vérité du sens d'un texte perd sa légitimité alors que l'interaction avec le lecteur exigeant conduit à une lecture sans cesse renouvelée, qui vient inlassablement ajouter.

3.2 La suggestion comme geste d'écriture

La suggestion chez Mallarmé

À savoir s'il y a lieu d'écrire. Les monuments, la mer, la face humaine, dans leur plénitude, natifs, conservant une vertu autrement attrayante que ne les voilera une description, évocation dites, allusion je sais, suggestion : cette terminologie quelque peu de hasard atteste la tendance, une très décisive, peut-être, qu'ait subie l'art littéraire, elle le borne et l'exempte. Son sortilège, à lui, si ce n'est libérer, hors d'une poignée de poussière ou réalité sans l'enclure, au livre, même comme texte, la dispersion volatile soit l'esprit, qui n'a que faire de rien outre la musicalité de tout¹³.

13 MALLARMÉ, Stéphane, 1895. *La Musique et les lettres*, Paris, Perrin et Cie.

Jacques Derrida dans *Dissémination* nous met sur la piste de Stéphane Mallarmé et de l'usage que ce dernier fait de cette notion de suggestion. Il s'agit, chez Mallarmé, dans *la Musique et les Lettres*, de théoriser son art poétique. Ce terme de suggestion pourrait être conçu comme une tentative de décrire l'effet produit par le poème sur son lecteur. Il dit dans un entretien avec le journaliste Jules Huret¹⁴ :

Nommer un objet, c'est supprimer les trois quarts de la jouissance du poème qui est faite du bonheur de deviner peu à peu; le suggérer, voilà le rêve. C'est le parfait usage de ce mystère qui constitue le symbole : évoquer petit à petit un objet pour montrer un état d'âme, ou, inversement, choisir un objet et en dégager un état d'âme, par une série de déchiffrements.

On entend ici combien la poésie appartient aux sciences occultes, combien elle tient du sortilège. Il est question de la capacité du poème à « voiler », c'est-à-dire à ouvrir la possibilité en soi d'être dévoilé; en un sens, Mallarmé dit, dans ce premier extrait, tout ce qui doit être dit de la suggestion. Le poète qui suggère construit les effets de rythme, de sonorité, les allitérations, les consonances, il choisit les images, les métaphores. Il leur assigne le rôle de produire un effet sur le lecteur. Le lecteur de son côté, récepteur, non-récepteur passif, mais récepteur actif, perçoit, assimile et consciemment ou non, laisse émerger dans son esprit, idées, pensées, émotions. Elles ont été suggérées par le poète. Ainsi le poète prend le pouvoir pour agir sur le lecteur. Il agit par le moyen de la suggestion. Mallarmé théorise le pouvoir créatif de l'allusion, de l'évocation et de la suggestion.

Il décrète la supériorité de la « suggestion » sur la « dénomination ». La suggestion, évidemment, ne *nomme*

14 CAMPION, Pierre, 1994. *Mallarmé. Poésie et philosophie*, Paris, PUF, p. 43.

pas. Elle emprunte des chemins détournés, elle se cache, pour être plus efficace. Trop frontale, trop visible, son effet disparaît. Parce qu'elle avance voilée, elle trompe la vigilance et arrive à ses fins. Il appartient au lecteur de réaliser le travail de « déchiffrement » nécessaire. C'est d'ailleurs cette analyse que produit P. Champion dans *la poétique de la suggestion* en s'attachant à déceler ce qui relève dans la poésie de Mallarmé de techniques de suggestion. À le suivre, on mesure combien la suggestion contient la possibilité d'imprimer sa marque dans le réel. Mallarmé propose là une définition de la suggestion qui lui confère une grande puissance créative.

Dissémination

La suggestion comme dissémination

Autre pratique des nombres, la dissémination remet en scène une pharmacie où l'on ne peut plus compter ni par un, ni par deux, ni par trois, tout commençant par la dyade. L'opposition duelle (remède/poison, bien/mal, intelligible/sensible, haut/bas, esprit/matière, vie/mort, dedans/dehors, parole/écriture, etc.), organise un champ conflictuel et hiérarchisé qui ne se laisse réduire à l'unité, ni dériver d'une simplicité première, ni relever ou intérioriser dialectiquement dans un troisième terme. Le « trois » ne donnera plus l'idéalité de la solution spéculative mais l'effet d'une re-marque stratégique référant, par phase et simulacre, le nom de l'un des deux termes au dehors absolu de l'opposition, à cette altérité absolue qui fut marquée – une fois de plus – dans l'exposé de la *différance*.¹⁵

Usant plus que de raison de jeux de mots, lorsqu'ils illustrent son propos, Derrida forge le concept de dissémination à partir de la racine grecque *sema*, le sens, et du latin *seminem*, le germe. À plusieurs reprises il distingue la dissémination (pour mieux

15 DERRIDA, Jacques, *op. cit.*, p. 27.

les rapprocher) du terme polysémie¹⁶. Ailleurs, on lit : « sperme (terme/germe)¹⁷ » trois termes qu'il rassemble pour mieux souligner la manière dont il les articule, sous le concept de dissémination. Il s'agit de montrer la puissance *germinative*, dans l'écriture, du *sens* qui s'altère. L'écriture, lorsque Theut l'invente, consiste en un simulacre (une imitation, un double) de la parole de dieu. À partir de ce geste inaugural, ce « déclenchement », ce « coup » porté à la vérité¹⁸, apparaît la dissémination, c'est-à-dire la multiplication du sens : « Qu'il s'agisse de ce qu'on appelle "langage" (discours, texte, etc.) ou d'ensemencement "réel", chaque terme est bien un germe, chaque germe est bien un terme. Le terme, l'élément atomique, engendre en se divisant, en se greffant, en proliférant. C'est une semence et non un terme absolu.¹⁹ »

J'avance ici l'idée que la suggestion procède par dissémination. La polysémie du langage est mise à profit par le thérapeute qui use de suggestion, soit pour avancer caché²⁰, pour suggérer le contraire de ce que l'on semble dire, pour instiller l'idée que l'on souhaite instiller.

S'inscrire dans la relation à l'autre

La suggestion est affaire de parole, plus généralement de langage, qu'il soit verbal ou non ; comment mieux suggérer

16 « À s'écarter de la polysémie, plus et moins qu'elle, la dissémination interrompt la circulation qui transforme en origine un après-coup du sens. (p. 23), plus loin : « L'ouverture [...] qui écarte la dissémination de la polysémie », À chaque fois les deux étymologies (*sema*, *seminem*) sont mises en parallèle.

17 DERRIDA, Jacques, *ibidem*, p. 396.

18 La seule vérité possible est celle d'une parole, celle divine d'Amon, le dieu des dieux.

19 DERRIDA, Jacques, *op. cit.* p. 354.

20 Le choix illusoire par exemple consiste à donner l'illusion d'un choix (Souhaitez-vous que la toilette soit faite avant ou après le petit déjeuner?)

la tranquillité, qu'en adoptant une attitude tranquille? La dissémination, lorsqu'il s'agit de suggestion, si l'on accepte de la sortir du cadre de l'écriture, semble procéder de la même manière, avec les mêmes ressorts.

Ainsi lorsqu'on considère la suggestion comme l'opération qui consiste à « faire une petite incision dans l'esprit de l'autre pour y placer une idée à soi », il s'agit d'un terme – d'un germe – que l'on place chez l'autre, et qui cheminera, qui germera, qui prendra, ou non de l'importance, qui viendra modifier, infléchir, changer le psychisme de l'autre, on assume résolument d'agir sur l'autre. Imagine-t-on d'ailleurs le contraire? La médecine pourrait-elle être autre chose que l'art de changer, de mobiliser, de transformer l'autre, qu'il s'agisse de recouvrer la santé ou d'affronter la maladie et le handicap, la mort. Lorsqu'on suggère des idées, des émotions, des comportements, on maîtrise une partie de leurs effets, on les recherche, on croit pouvoir les anticiper. Ils agiront, et agiront en chaîne.

Bien sûr, le focus réalisé ici sur le pouvoir de la parole ne doit pas faire perdre de vue l'inertie à laquelle fait face ce pouvoir. Il ne doit pas faire perdre de vue la possibilité même de *négociation*²¹ de l'être libre qu'est le malade. Il s'agit aussi de percevoir le miroir de cette asymétrie, où le malade, lui aussi émetteur, agit en parole, fait acte de langage et mobilise, chez son interlocuteur – le médecin – les mêmes mécanismes, qui produisent peut-être les mêmes effets. Considérer cette relation comme interaction lui donne le relief d'un ciment de la société. Cela conduit à considérer le langage comme lien agissant.

21 Il faut entendre dans ce terme de négociation la notion développée par Anselm Strauss, pionnier du courant de la sociologie interactionniste.

« Humaniser la médecine »! La question médico-sociale dans la littérature sénégalaise

Cheikh Mouhamadou Soumoune DIOP

L'histoire de la médecine moderne au Sénégal est sans doute liée à l'impérialisme européen et précisément à la colonisation française. Le système de santé sénégalais est ainsi tributaire à la base de la politique coloniale et, depuis les années d'indépendance, la pratique de la médecine occidentale a suivi au pays de Léopold Sédar Senghor le modèle français. Mais si les ressources humaines qui exercent dans les hôpitaux et autres centres de soins sont mieux formées, la prise en charge des malades a évolué au rythme du développement du pays tant du point de vue économique que politique. C'est ainsi que la question médico-sociale n'est pas seulement celle de l'accès aux soins des populations; elle soulève souvent la problématique du rapport entre les différents acteurs, qui est à la une de l'actualité sénégalaise dernièrement avec l'affaire « Astou Sokhna », une femme enceinte de neuf mois, décédée en couches à l'hôpital de Louga (RFI, 2022). Ce cas

souligne une réalité qui avait fait réagir, dix ans auparavant, une ancienne ministre de la santé et de l'Action sociale, Awa Marie Coll Seck, « plaidant pour une “humanisation” des structures hospitalières en appelant leurs responsables à accorder une plus grande importance à l'accueil du patient qui constitue, pour elle, le premier maillon de la chaîne de santé¹ » (APS : 2012).

La mention de cette figure emblématique de la médecine et de l'action sociale au Sénégal en dit long sur l'importance de la question que nous voulons aborder ici. Cependant, si des voix d'autorité se lèvent, peu d'écrivains ont abordé le sujet. Ce qui nous pousse à nous intéresser aux postures des auteurs qui sont dans notre corpus constitué de *Lettres amères*² de Lamine Sine Diop, *Corps brisé, foi blessée*³ de Bernard Ndiaye, *La vie sur un fil. Nouvelles de mon hôpital*⁴ et *Les Eaux noires* d'Abdou Kane⁵. Bernard Ndiaye est un jeune prêtre, auteur de textes « religieux », paralysé des membres inférieurs à la suite d'un accident de voiture. Son récit est donc le témoignage vivant de son histoire de paraplégique, sa vie dans les lieux de soins. Lamine Sine Diop et Abdou Kane sont des médecins spécialistes ; le premier est un agrégé d'ORL (décédé en 2008) qui a toujours allié son statut de praticien et sa passion pour l'écriture ; le second est un cardiologue (à la

1 MARRAINE de l'UFR des Sciences de la santé de l'UGB et ministre de la Santé et de l'Action sociale (de 2012 à 2018), Awa Marie Coll Seck, défend une structure de santé « où l'on accueille, écoute, soigne, conseille, soulage et protège dans le strict respect du droit de l'individu ». Agence de Presse Sénégalaise (APS).

2 DIOP, Lamine Sine, 1998. *Lettres amères*, Dakar, NEAS. Titre désormais abrégé : LA.

3 NDIAYE, Bernard, 1999. *Corps brisé, foi blessée*, Paris, Karthala. Titre désormais abrégé : CBF.B.

4 KANE, Abdou, 2013. *La vie sur un fil. Nouvelles de mon hôpital*, Dakar, L'Harmattan-Sénégal. Titre désormais abrégé : LVSUF.

5 KANE, Abdou, 2020. *Les Eaux noires*, Dakar, L'Harmattan-Sénégal. Titre désormais abrégé : LEN.

retraite) qui a produit plusieurs ouvrages de science avant de se consacrer à la littérature. Dès lors, il apparaît clair que ces auteurs sont impliqués en tant que soigné ou soignants ; c'est depuis leur position qu'ils s'adonnent au travail d'écriture sur le soin ou les lieux de soins. À partir de ce constat, nous proposons d'étudier la fonction militante d'une écriture qui veut avant tout relayer la plainte d'une société.

L'écriture comme le réceptacle de la plainte sociale

Dans notre corpus, deux diagnostics sont perceptibles : l'écriture fictionnelle des médecins comme le récit de vie du soigné sont une critique du système de soins sénégalais.

La critique du système de soins sénégalais

Pour expliquer cet aspect de la question, il faut remonter à l'histoire de la formation des premiers médecins sénégalais et ouest-africains selon Lamine Sine Diop qui rappelle la première école de médecine ouverte à Dakar, Jules Carde, avec comme lieu d'application, « l'hôpital indigène, créé en 1913 » (LA : 28). Les élèves sortis de l'école normale William Ponty⁶ y accédaient par voie de concours après une deuxième année dite de médecine. L'auteur précise que « L'école de médecine va former d'abord des aides-infirmiers, puis des médecins-auxiliaires indigènes. Toujours, sous la même appellation au cours de l'année 1942, l'école commença à former des praticiens chevronnés appelés Médecins-Africains ». (LA : 29)

6 Située aujourd'hui à Sébikotane, dans la commune de Rufisque, l'école accueillait les élèves de l'AOF destinés à former une élite africaine. Selon Jean-Claude Blachère, « Les premiers écrits de la littérature négro-africaine, peut-être influencés par les mémoires sur leur culture traditionnelle que l'on demandait aux élèves de l'École Normale William-Ponty (Sadji y fit ses études), en guise de devoir de vacances, comportaient souvent de tels appendices et diverticules ». (Blachère, 2009, p. 15)

Ce qui est intéressant dans ce rappel historique de Diop, c'est surtout le profil des formateurs de cette école africaine de Médecine et de Pharmacie qui étaient des « médecins militaires » sortis des écoles de santé du Pharo de Marseille ou de Bordeaux. D'ailleurs, ils n'étaient pas envoyés en Afrique que pour exercer ce métier : ils pouvaient devenir « juges » ou « cantonniers ». Après le service, certains ont pu retourner dans leur Provence ou Gironde natales mais nombreux sont morts en Afrique, victimes des maladies tropicales comme la trypanosomiase, la dysenterie ou le *vomito negro*. Ce dernier mal n'est pas à proprement parler une affection ; il renvoie à un signe de la fièvre jaune : les vomissements abondants et noirs. Toutefois, le nom n'en cache pas moins une certaine représentation de l'Afrique coloniale, monde des ténèbres⁷. La stéréotypie est à tel point que « l'esprit [des professeurs de l'école Jules Carde] frisait le sadisme » selon l'auteur qui rajoute :

Ils terminaient toujours leurs cours par des mots qui brisaient toute ambition : « évacuez, évacuez, évacuez toujours vos malades. Pour vous futurs médecins auxiliaires, ce qui est important, ce qu'on attend de vous, c'est de savoir évacuer ; poser un diagnostic d'urgence sera essentiellement votre rôle. » (LA : 31)

Plus drôle, l'hôpital indigène dénommé désormais Aristide Le Dantec comptait une division particulière réservée aux prostituées. À lire Abdoul Kane dans son roman *Les eaux noires*, l'hôpital Jamot de Darkunda qui y est présenté fait penser sans difficulté à Dantec⁸ : « Vestige de la période coloniale, il fut l'hôpital indigène avant de devenir l'hôpital que les indigènes ne fréquentent que la mort dans l'âme, faute

7 Nous voulons faire ici référence à l'ouvrage *Au cœur des ténèbres* de Joseph Conrad ou *L'Afrique fantôme* de Michel Leiris.

8 Dans l'imaginaire des Sénégalais, cet hôpital est synonyme de mourir. D'ailleurs, il est en voie de privatisation.

de mieux » (LEN : 47). Il est évident que cette « politique sanitaire », basée sur une formation insistant sur la pathologie exotique ou la médecine d'urgence et appliquée dans des hôpitaux « services d'hygiène », ne pouvait laisser que des séquelles sur le système de soins du Sénégal indépendant.

Pour le cardiologue Kane, qui revenait, cent ans après, sur l'histoire de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie, les premiers médecins et les premières structures hospitalières sont le prolongement de la colonisation, tout comme cet établissement universitaire est né des entrailles de l'école coloniale de médecine africaine⁹.

Ce contexte n'était pas réellement un contexte guidé par un souffle humanitaire, il se trouve simplement qu'à l'époque pour rentabiliser les colonies, il fallait que les noirs soient en bonne santé, puisque c'est sur la force du Noir que reposait l'exploitation des champs de café et cacao. C'est de là également que dépendait l'extrait des minéraux, c'est sur la tête des noirs que l'on pouvait mettre tous ces outils pour pouvoir fructifier les colonies. C'est ce contexte colonial qui a fait que l'on avait pensé qu'il fallait que le Noir puisse être solide pour pouvoir faire le travail. C'est ainsi qu'est née l'école africaine de médecine, après beaucoup de doutes puisqu'à l'époque on pensait que le noir avait une sorte de faiblesse intellectuelle et que la médecine était une marche très haute pour qu'il puisse y accéder¹⁰. (Kane, 2018)

9 L'École de médecine de l'Afrique-Occidentale française, fondée en 1918 (par décret), est devenue École préparatoire de médecine et pharmacie de Dakar en 1953. Le 24 février 1957, est créée officiellement l'université de Dakar dans laquelle est intégrée l'École de Médecine, transformée en École Nationale de Médecine et Pharmacie en 1958. Érigée au rang de faculté en 1962, l'École de Médecine accueille chaque année, de nombreux étudiants étrangers de dizaines de nationalités. <https://www.ucad.sn/node/96>.

10 Entretien. Propos recueillis par Mame Diarra Dieng (journaliste), 29 novembre 2018.

Il faut considérer ensuite, avec Abdoul Kane, qu'il existe d'autres facteurs qui mettent le « système en lambeaux » au-delà des indépendances. Ces tares sont dues en grande partie à sa politisation qui remplit les hôpitaux « d'un personnel souvent pléthorique, parfois recruté grâce à l'entregent du cousin politicien, du père directeur d'hôpital, du mari syndicaliste ou du frère médecin » (LVSUF : 18). De même, dans la gestion il y a une transformation de l'hôpital public en « hôpital-entreprise géré par des administrateurs au discours emprunté à la haute finance et dont le souci premier est d'équilibrer les comptes, de réduire les déficits et d'enranger autant que possible des bénéfices » (*ibid* : 19). Entretenant la doctrine que « la santé a un coût », selon le vieil adage « La bourse ou la vie », ces gestionnaires n'ont que peu de soucis pour la réalité sociale et les problèmes des populations qui peuvent prendre des proportions inquiétantes en contexte de crise sanitaire comme la pandémie du Covid 19 ou l'épidémie d'Ébola. Ces « administrateurs adeptes du paraître » (LEN : 47) ne s'inquiétaient ni de l'absence des produits de première nécessité comme l'eau potable, la Bétadine ou l'alcool, ni de l'insalubrité à l'intérieur des salles comme au-dehors où « des flaques d'eau suintant des canalisations et exhalant leur trop-plein de puanteurs et d'exsudats, au milieu du macadam infiltré par un champ de boue, s'érigeaient, dans une promiscuité extrême des échoppes et des étals de viande, de fruits ou de légumes rongés par des vers ou léchés par des mouches » (LEN : 51) où « se trouvait le supermarché ambulante qui offrait à acheter du lait de contrebande, des médicaments contrefaits », sans parler des « plus sérieux concurrents de la médecine moderne » (*ibid.*), les « vendeurs de racines ou d'écorces mystiques, de talismans ou de poudres magiques », et autres recettes miracles « pour entretenir l'espoir par la dévotion ». (*ibid.*)

Ce premier diagnostic fait par les médecins trouve son écho dans les propos de Bernard Ndiaye, pour qui le système

sénégalais est « malade » à cause de sa pauvreté, des lenteurs administratives et du comportement de certains soignants. En illustrent ces propos qu'il note dans l'attente de son évacuation sanitaire en France :

Comme la douleur de ma fracture dorsale me torturait et que les quelques médicaments qu'on m'avait donnés n'avaient pas fait d'effet, n'en pouvant plus, je demandai qu'on me donnât un calmant plus fort, voire un antalgique majeur. [...] Je me mis à attendre avec une impatience non dissimulée, croyant qu'elle [l'infirmière] reviendrait dans dix minutes, un quart d'heure ou tout au plus une heure. À ma grande surprise, je dus attendre toute la soirée, puis toute la journée du lendemain. (CBFB : 20-21)

Il continue :

Ce n'était pas tout. En plus de la pénurie de médicaments et de matériel médical moderne, je devais faire face à autre chose de plus odieux : les lenteurs administratives pour mon évacuation en Europe. Je vous épargne les détails. Il faut tout de même retenir que ça n'avait rien d'un agrément. Avant d'être évacué, j'ai dû attendre une dizaine de jours en raison des pourparlers [...] pour un traumatisme médullaire alors que, selon les spécialistes, il aurait fallu agir dans les 48 heures ! Ça se passe de commentaire. (CBFB : 21)

En somme, il apparaît avec cet exemple que non seulement le système est précaire et mal géré mais il est aussi toujours dépendant de l'extérieur, pas seulement de l'ancienne « mère-patrie » mais aussi de pays comme les États-Unis et le Maroc (où pourtant beaucoup de médecins sont formés au Sénégal). Pour ceux qui n'ont pas les moyens d'aller se soigner ailleurs, force est de constater qu'ils doivent subir les défaillances du système sanitaire public (en milieu hospitalier souvent) s'ils n'arrivent pas non plus à se payer les services d'une bonne

clinique privée (où officient les médecins du public s'ils n'en sont pas les propriétaires).

Au-delà du relais d'émotions, un témoignage sur les pratiques dans les lieux de soins

Que l'écrivain soit un soignant ou un soigné, son texte, de type fictionnel ou factuel (autobiographique), n'échappe pas au désir de communiquer des émotions et de témoigner sur les pratiques dans les lieux de soins.

Chez L. S. Diop on peut lire les relations entre médecine et contexte social dans l'évocation des amours entre un médecin et une secrétaire ou d'une crise d'amitié liée aux problèmes de caste. Dans la première partie de son roman, il raconte en effet, par l'entremise du héros Goor Naaru Gey, comment il a renoncé à son rêve de devenir instituteur pour choisir les études en médecine afin de fuir le piège de son oncle qui voulait qu'il épousât sa cousine. Il revient également sur l'évolution de sa carrière de médecin. Il a fait le Dahomey et le Soudan français, respectivement actuelles républiques du Bénin et du Mali, avant d'obtenir l'autorisation du Gouverneur de l'A.O.F. qui a permis aux Médecins-Africains de continuer les études médicales. Il rejoint la France en débarquant à Marseille, s'inscrit à la faculté de Médecine de Montpellier, remonte à Paris, obtient un diplôme de Physique, Chimie et Biologie, des certificats d'études spéciales dont un en Oto-rhino-laryngologie et un doctorat en Médecine en 1957. Les itinéraires du personnage et de l'auteur se répondent ainsi et permettent de jeter un regard rétrospectif sur l'évolution de la médecine sénégalaise. Et pour l'écrivain, celle-ci est à des milliers de distances de ce qu'il a observé dans les hôpitaux français. Il est admiratif de ces bâtisses imposantes « qui, du point de vue des dimensions, de l'hygiène, de l'équipement n'avaient rien à voir avec les hôpitaux-dispensaires de nos régions » (LA : 54). Il se plaisait donc bien en France malgré

les problèmes sociaux (recherche de logement, de travail) et de racisme qu'il subit eu égard à sa couleur de peau ou à son statut de colonisé (quoique « sujet français »¹¹). C'est d'ailleurs, de ce lieu qu'il reçoit ou expédie les « lettres amères » qui composent la deuxième partie du roman.

Kane revient sur les souffrances des malades et leurs accompagnant·es mais aussi sur les faiblesses des systèmes sanitaires en Afrique et la résilience des communautés en période de crise sanitaire (ici Ebola). L'hôpital sénégalais ou africain est souvent présenté dans ses nouvelles et son roman comme le lieu de la souffrance des malades ainsi que des accompagnants, surtout les parents. Par exemple, « À cœur fendre » raconte l'histoire d'un père dont le fils est hospitalisé pour un problème cardiaque et à qui on demande « trois millions de francs » CFA pour le guérir alors qu'il a déjà épuisé toutes les ressources que son salaire d'enseignant lui permettait d'avoir. Sur la suggestion du médecin traitant, il accepte de passer dans une émission de télévision pour exposer publiquement son problème et espérer récolter des fonds pour l'opération. Malgré tout, son enfant ne survit pas. La conséquence est douloureuse pour lui et son épouse plus qu'il ne l'a été durant tout le récit à cause de « l'imperceptible douleur que tous les deux ressentiront désormais » (LVSUF : 33).

La nouvelle qui suit, « La fresque du chaos », est centrée sur la même note émotive avec le récit des souffrances des malades atterrés aux urgences et la panique de leurs proches dont ce fils qui y laissera la vie à la suite de son père : « Le fils, revenu de la boutique avec le sachet d'eau qui devait étancher la soif de son père, s'était jeté sur le corps inanimé. La douleur qui le traversait lui donna une force que plusieurs gaillards

11 Avant la loi cadre de 1956 (dite loi Defferre), les habitants des quatre communes sénégalaises (Saint-Louis, Dakar, Gorée et Rufisque) étaient considérés comme des citoyens français.

eurent du mal à vaincre pour séparer les deux hommes entrelacés dans une sidérante fusion de l'émoi ». (LVSUF : 42)

B. Ndiaye relaie ses propres émotions (et quelquefois celles de ses proches) dues à la douleur, au constat sur les conditions de vie dans les lieux de soins, les rencontres, les événements, etc. Il s'en veut d'avoir à relayer les souffrances de sa mère comme s'il dévoilait son intimité familiale. Dans un poème qu'il lui consacre, il écrit :

Mon accident a été pour ma mère
une épreuve terrible :
elle a été touchée au plus profond de ses entrailles,
et un glaive de douleur a transpercé son cœur
si tendre et si aimant de mère! (CBFB : 73)

Dans le récit, il rajoute avec regret :

Je savais que Maman avait souvent dû pleurer quand elle n'en pouvait plus de me voir souffrir [...] mais je ne l'avais jamais vue ni entendue pleurer ostensiblement.

L'entendre pleurer avec un accent si pathétique fut pour moi un coup terrible : ça me fit plus mal que toutes les piqûres, toutes les perfusions, toutes les poses de sondes, toutes les fièvres, toutes les crises d'hypertension, bref, toutes les douleurs physiques anté- ou postopératoires que j'avais subies jusque-là...

À l'instant même, je ne sus contenir mes larmes non plus. (75)

En somme, l'écriture de Kane et Ndiaye est manifestement un témoignage sur les plaintes des malades et des accompagnant·es, donc celles d'une société en mal de soins et en mal de dire. Dès lors, leur posture est engagée et leurs œuvres sont plus dénonciatives que celle de Diop qui témoigne d'une histoire qu'il partage avec des personnalités de la médecine africaine et française dont il garde parfois un

bon souvenir. Toutefois, ils restent tous militants d'un hôpital plus humaniste.

La littérature sénégalaise des soignants et des soignés : un discours militant

Dans les récits des soignants et des soignés, le rapport de ces derniers est souvent heurté mais les auteurs en appellent à un plus grand humanisme¹²; ce qui donne à leurs discours une posture militante.

Les rapports (heurtés) entre soignants et soignés

Les signes des difficultés entre ces acteurs sont de plusieurs ordres. Le malade considère que les soignants, surtout les médecins, minimisent sa souffrance ou ne lui portent pas assez d'écoute. Pour le soignant, le soigné est capricieux et exigeant alors qu'il ignore tout de sa maladie et de la réalité des services de soins.

Dans le roman de Lamine Sine Diop, les relations heurtées entre médecins et patients ne sont pas trop mises en exergue car son récit, même s'il a pour personnage principal un spécialiste en ORL, ne raconte pas des histoires de malades dans les hôpitaux sénégalais. Toutefois, il aborde des questions sociales (le mariage arrangé ou forcé, les tragédies de l'hyménée, la sexualité, l'infidélité dans le couple,

12 Il faut souligner que pour Wenger, il existe des malentendus sur cet appel. Pour lui il ne s'agit pas de « rendre les médecins “plus humains”, d'une part parce qu'ils ne sont pas inhumains, d'autre part parce que fréquenter les lettres ne fait de personne un champion de l'humanité, enfin et surtout parce que cela n'a rien à voir avec les études littéraires. Les lettres ne forment ni au déversement émotionnel, ni à l'épanchement des cœurs. [...] La demande “d'humaniser les médecins”, aussi sincère soit-elle, est donc révélatrice d'un malentendu qui porte sur le rôle d'un littéraire, en l'occurrence sa compétence, sa formation et ses outils. » (2021, p. 22).

le viol, etc.) sans les développer mais qui peuvent avoir des incidences sanitaires et donc finir à l'hôpital. Par exemple, les correspondances entre les personnages contiennent bien des drames familiaux qui rappellent au médecin, en stage de perfectionnement en France, qu'au retour il devra fonctionner avec des réalités sociales qui peuvent « briser » son foyer et ses amitiés, affecter par conséquent sa pratique et son rapport avec les patients.

La proportion des querelles entre soignants et soignés est plus grande chez Abdoul Kane qui a fait le pari de se mettre du côté des plus grandes victimes du système. La raison est que « Les plus démunis, laissés à leur sort, se rabattent sur l'hôpital public où ils trouveront souvent un personnel inexpérimenté et non qualifié » (LVSUF : 21). Ce qui fait qu'il décrit dans ses œuvres plusieurs scènes de mésententes, de violences même entre les différents acteurs. La nouvelle déjà citée, « La fresque du chaos », est très révélatrice à ce sujet.

Cependant, il loue dans le roman le travail de ces médecins (employés de l'État ou des ONG) et autres soignants qui se donnent corps et âme pour sauver des vies ou soulager des maladies, parfois au péril de leur vie ou de leur santé. Le duo Docteur Kamara et Bernard, le travailleur social Doe et les membres de l'orphelinat (Imam Malick, Frère Paul, la cuisinière Adja, etc.) sont des exemples éloquents de ce sens du sacrifice.

Bernard Ndiaye salue de la même façon ces bons samaritains et tous ces hommes ou femmes qui l'ont assisté dans sa maladie, durant les moments de douleur ou pour l'aider dans la gestion de son handicap. Mais à plusieurs reprises, il a dû se plaindre ou râler pour se faire aider. Écrire sur sa situation est important pour lui car il permet de témoigner des difficultés que rencontrent les personnes en situation de handicap. Citons-le encore :

J'ai parlé de moi en pensant à des millions de personnes qui me ressemblent : ces handicapés qui ne ravigront jamais la vedette aux bien portants de nos sociétés qui se veulent sans classes, alors qu'elles brillent dans l'art de classer sans suite les dossiers de ses membres qui sont plus « lourds » que « rentables ». J'ai parlé de moi également en ne perdant jamais de vue mon « être-chrétien » et ma vocation de « prêtre » : avec beaucoup de transpiration et de soupirs, j'ai puisé au fond de moi-même pour dire ma foi, mon espérance et ma prière. (CBFB : 158)

Ce que le malade sollicite ainsi, c'est l'écoute pratiquée par les Ortiguès¹³, réclamée par la ministre Awa Marie Colle Seck et qu'évoquent Rita Sharon (avec Robert Zittoun et Paul Ricœur) et Véronique Lefebvre des Noëttes (2021, p. 39-46). D'où d'ailleurs l'importance de la narration chez ce soigné qui tente de tenir bon avec l'écriture, de « vivre avec » (au sens de Boris Cyrulnik, 2007) le traumatisme du handicap. En somme, l'Abbé Ndiaye en appelle à plus de justice sociale, mais surtout d'humanité un terme, avec son corollaire, la solidarité qui est au cœur même de l'écriture de Kane.

Le discours « humaniste » des acteurs/ auteurs, un pas timide vers la médecine narrative

Écrire sur l'hôpital sénégalais et africain en prenant sur soi de dénoncer les abus des soignants est un choix qu'Abdou Kane assume comme on peut le lire dans la dédicace à son recueil de nouvelles : « Aux malades et à leurs familles/ À ceux qui ne ménagent aucun effort pour que l'hôpital devienne un symbole de l'équité et de la solidarité » (LVSUF : 13). Ainsi, après le constat de l'amère réalité, il milite pour un retour

13 Marie-Cécile et Edmond Ortiguès sont psychiatres, ils exerçaient à l'hôpital psychiatrique de Fann à Dakar. Ils ont été les premiers à intégrer les conceptions culturelles de la maladie mentale dans leurs pratiques thérapeutiques. Voir leur ouvrage cité en bibliographie.

aux valeurs cardinales des structures sanitaires destinées aux populations indigentes.

Il semble que... l'hôpital public... a perdu son âme et se trouve dépouillé de sa mission première : soigner les plaies et panser les esprits.

La primauté de la personne humaine est oubliée, comme est oublié le rôle de l'hôpital, lieu où sont prodigués des soins par des humains sur des humains. (LVSUF : 19)

Pour Bernard Ndiaye, à cette dimension philanthropique, il faut ajouter un aspect métaphysique qui permet d'intégrer ce que Rita Sharon (2021 : 6) dénomme, à la suite de Paul Ricoeur et Husserl « la visée (noétique) et son corrélat (noématique¹⁴) » :

C'est par sa joie et sa paix intérieure que le malade peut surtout porter un témoignage dans son milieu : auprès des autres malades d'une part, auprès du personnel soignant et des visiteurs d'autre part. Contrairement à ce que l'on serait tenté de croire, les personnes qui l'approchent attendent beaucoup de lui – parce qu'il a, en fait, beaucoup de choses à leur apporter du point de vue moral et spirituel. Pour vivre profondément la rencontre avec ceux qui le côtoient, je pense que le mieux à faire pour tout malade est de présenter un visage agréable. Car, même quand on souffre trop et qu'on n'arrive pas à bouger et à bavarder, le regard et le

14 Rita Sharon (2021, p. 6) explique : « Sans approfondir le système du noème de Husserl, notons que Ricoeur utilise le terme *décrire* pour désigner l'effort que fait le phénoménologue afin de mettre entre parenthèses, de façon à apprécier l'objectif de la pensée (ce qui est visé) – l'objet rituel de Ricoeur – sans être interrompu par des considérations émanant de l'acte d'observation lui-même ou, en termes religieux, distrait par le but sacré du culte dans le rituel. En d'autres termes, contrairement à l'acte de réduire en plusieurs parties, l'acte de *décrire* implique d'absorber toute la complexité, quoique contradictoire, de ce qui se présente au spectateur – ni plus ni moins.

sourire sont presque toujours là pour suppléer. Le malade doit mettre à profit ces moments de visite et de rencontre pour attirer les gens et les renvoyer à Dieu par l'admiration qu'ils lui portent en raison de sa patience, de sa sérénité, de son humilité, de sa courtoisie, de son courage ou de sa foi. (CBFB : 150)

Mais pour que cet appel soit mieux entendu ne faut-il pas former le médecin sénégalais autrement que ne l'a raconté Lamine Sine Diop ? Pour les théoriciens de la Médecine narrative, comme pour les adeptes des Humanités médicales, la réponse est affirmative. Il est important que les étudiants soient « formés à être attentifs aux voix dominantes et marginalisées, sachant toujours écouter le non-dit » (Sharon, 2021, p.7), qu'« un étudiant et futur médecin dans la rédaction d'un texte réflexif, lui permettant de penser son rôle, de se mettre à la place d'un patient » (Wenger, 2021, p. 24). Pour ce faire, il convient d'envisager que « la littérature suscite à la fois une réflexion et l'ouverture à un partage sensible, à une compréhension mutuelle et empathique » car « elle a contribué à la réhabilitation du point de vue des malades et des laissés-pour-compte des systèmes de santé, partant à une tentative de résorption de l'asymétrie médecin-malade » (Wenger, 202, p.21).

Certes, dans les faits, il existe au Sénégal, plusieurs soignants qui, comme Diop et Kane, ont compris l'importance de la lecture et de l'écriture littéraire. Le premier a bénéficié d'une formation initiale destinée à former des enseignants, où les Humanités avaient une place de choix à cause des politiques assimilationnistes coloniales. Avant *Lettres amères*, il avait déjà publié quatre œuvres de création, dont trois recueils de poèmes et un roman. C'est aussi du « temps où le latin était enseigné aux carabins et où les médecins étaient aussi acteurs du monde artistique et culturel » (Wenger, 2021, p. 22). Le second a sans doute évolué dans un environnement familial favorable aux échanges interdisciplinaires d'autant plus

qu'il remercie particulièrement des hommes et femmes de lettres, non moins frères¹⁵ ou sœurs qui ont bien voulu lire ses manuscrits pour corrections et suggestions (LVSUF : 15). Autrement dit, le parcours de ces praticiens de la médecine relève de l'exception car l'expérience et la culture personnelles ont été déterminantes dans un contexte sociohistorique peu propice à l'émergence d'un programme de médecine narrative dans les universités sénégalaises. Pourtant, ces auteurs auraient pu servir de cas d'école pour les futurs étudiants sur les jonctions possibles entre littérature et médecine au Sénégal. De même, le texte de Bernard Ndiaye peut servir aux soignants sénégalais car il dit ce que le malade ressent et ce qu'un diagnostic psychosomatique ne peut révéler.

Malheureusement, les formations médicales et paramédicales y demeurent, d'une part, élitistes (malgré la prolifération des institutions privées supérieures d'enseignement des métiers de la santé), d'autre part, très peu réceptives à une ouverture sur les Humanités. L'ouverture créée jusque-là pour un dialogue interdisciplinaire égalitaire (Wenger, 2021, p.22) est vers les sciences humaines et sociales. Or, il existe une relation étroite dans les études africaines entre les disciplines telles que l'anthropologie ou la sociologie et la littérature. Ici ou là, le récit (factuel comme fictionnel) occupe une place importante. D'ailleurs, c'est la raison pour laquelle les chercheurs comme Louis-Vincent Thomas (1969), Henry Gravrand (1983) ou Marie-Cécile et Edmond Ortiguès (1966) ont beaucoup étudié les mythes, les croyances, les chants rituels¹⁶, etc., des populations sénégalaises. Pour le couple de

15 Baydallaye par exemple est un professeur titulaire de Littérature britannique, un des experts de la réforme des curricula et initiateurs de l'intégration du système LMD au Sénégal, ancien directeur de l'UFR des Lettres et Sciences humaines et recteur de l'Université Gaston Berger de Saint-Louis de 2013-2018.

16 Entre autres aspects phénoménologiques déterminants dans la pen-

psychiatres, l'écoute des récits des malades a permis même de proposer des thérapies qui associent médecine moderne occidentale et rites populaires en plein milieu hospitalier. Plus tard, leur méthode a fait école : le chercheur sénégalais, médecin psychiatre Bougoul Badji (1988), étudiant le « cas des maladies puerpérales au Sénégal », a constaté qu'il existe chez le malade une « rivalité pathologique », la croyance à l'existence d'un « agent agresseur » présidant à un trouble de la personnalité de type paranoïde.

En conclusion, il faut considérer les écrits présentés ici comme des témoignages d'une part sur le système médical sénégalais, et africain par ricochet, d'autre part sur une réalité sociale : la précarité des acteurs et usagers des services de soins sénégalais. Dès lors, les fictions des médecins Lamine Sine Diop et Abdoul Kane, tout comme le récit testimonial de Bernard Ndiaye sont le réceptacle d'une plainte sociale qui jette un regard critique sur l'hôpital et les soignants sénégalais et relaie les émotions ainsi que les histoires dans les lieux de soins. Celles-ci apparaissent dans le corpus tantôt comme un diagnostic sur les rapports souvent heurtés entre soignants et soignés, tantôt comme une plaidoirie militante en faveur de ces derniers. D'où l'urgence de réformer l'enseignement de la médecine au Sénégal encore assez « discipliné », malgré quelques initiatives d'ouverture sur les sciences humaines et sociales. Or, les expériences des médecins psychiatres, depuis l'époque coloniale, ainsi que celles des médecins écrivains, attestent à suffisance de l'intérêt des humanités littéraires, de la pratique de la narration dans la prise en charge des malades.

sée de Rita Sharon, après Paul Ricoeur, Gaston Bachelard, dont Gilbert Durand partage les points de vue sur la place du mythe dans l'existence humaine.

Bibliographie

AFFERGAN, Francis, 1997. *La pluralité des mondes. Vers une autre anthropologie*, Paris, Albin Michel.

AGENCE DE PRESSE SÉNÉGALAISE, 2012. « Saint-Louis : Awa Marie Coll Seck prône pour l'“humanisation” des structures sanitaires », NdarInfo.com, mis en ligne le 10 mai 2012, (En ligne : https://www.ndarinfo.com/Saint-Louis-Awa-Marie-Coll-Seck-prone-pour-l-humanisation-des-structures-sanitaires_a2880.html).

ANONYME, 2022. « Sénégal : de la prison requise contre des sages-femmes dans le procès de l'affaire “Astou Sokhna” », Rfi.fr, mis en ligne le 5 mai 2022, (En ligne : <https://www.rfi.fr/fr/afrique/20220505-s%C3%A9n%C3%A9gal-le-proc%C3%A8s-de-l-affaire-astou-sokhna-s-ouvre-avec-l-interrogatoire-des-sages-femmes>).

BACHELARD, Gaston, 1957. *La Poétique de l'espace*, Paris, PUF.

BADJI, Bougoul, 1988. *La Folie en Afrique. Une rivalité pathologique*, Paris, L'Harmattan.

BLACHÈRE, Jean-Claude, 2009. « Relire Sadjı autrement : une analyse des variantes de *Nini* », *Interculturel francophonies*, 15, p. 15-26.

CHARON, Rita, 2021. « Expérience, récit et soin. Les fondements sociaux et conceptuels de la médecine narrative », *Revue Médecine et Philosophie*, (5), p. 5-10.

CONRAD, Joseph, 1925. *Au cœur des ténèbres*, Paris, Gallimard.

CYRULNIK, Boris, 2007. *La Trilogie de la résilience*, Paris, Odile Jacob.

Diop, Lamine Sine, 1998. *Lettres amères*, Dakar, NEAS.

DURAND, Gilbert, 1960. *Les structures anthropologiques de l'imaginaire. Introduction à l'archétypologie générale*, Paris, Bordas.

GRAVRAND, Henry, 1983. *La Civilisation sereer, vol. 1, Cosaan : les origines*, préface de Léopold Sedar Senghor, Dakar, Nouvelles éditions africaines.

GRAVRAND, Henry, 1990. *La Civilisation sereer, vol. 2, Pangool : le génie religieux sereer*, préface de Léopold Sedar Senghor, Dakar, Nouvelles éditions africaines du Sénégal.

KANE, Abdoul, 2013. *La Vie sur un fil. Nouvelles de mon hôpital*, Dakar, L'Harmattan-Sénégal.

KANE, Abdoul, 2020. *Les Eaux noires*, Dakar, L'Harmattan-Sénégal.

KANE, Abdoul, DIENG, Mame Diarra, 2018. « L'histoire de la médecine sénégalaise retracée », Seneplus.com, mis en ligne le 29 novembre 2018, (En ligne : <https://www.seneplus.com/sante/lhistoire-de-la-medecine-senegalaise-retracee>).

LEFEBVRE DES NOËTTES, Véronique, 2021. « Retours d'expériences et médecine narrative : écouter pour mieux soigner », *Revue Médecine et Philosophie*, (5), p. 39-46.

LEGROS, Patrick, MONNEYRON, Frédéric, RENARD, Jean-Bruno, TACUSSEL, Patrick, 2006. *Sociologie de l'imaginaire*, Paris, Armand Colin.

LEIRIS, Michel, 1934. *L'Afrique fantôme*, Paris, Gallimard.

NDIAYE, Bernard, 1999. *Corps brisé, foi blessée*, Paris, Karthala.

ORTIGUÈS, Marie-Cécile et Edmond, 1966. *Œdipe africain*, Paris, L'Harmattan.

RICÉUR, Paul, 1990. *Soi-même comme un autre*, Paris, Éditions du Seuil.

THOMAS, Louis-Vincent, LUNEAU, René, 1969. *Les Religions d'Afrique noire*, Paris, Fayard-Denoël.

WENGER, Alexandre, 2021, « Littérature, écriture, médecine », *Revue Médecine et Philosophie*, (5), p. 20-25.

Élaborer un ethos de soignant par la médecine narrative. La compétence du savoir-être dans le cursus médical

Isabelle GALICHON

La médecine est l'une des disciplines scientifiques qui relève aussi d'une formation professionnalisante, elle associe un niveau de scientificité et une exigence pratique qui en font une particularité dans le domaine de l'enseignement. Cela induit une duplicité qui pousse le futur-soignant à développer un rapport ambigu au vivant, à la fois objectivant dans une visée de normalisation, et expérientiel donc singulier. Dans une conférence prononcée en 2006 à Beyrouth, « L'éducation médicale vue par un philosophe », Michel Serres s'amusait de cette singularité :

Amis médecins, vos têtes me fascinent. Elles ne ressemblent à nulle autre. J'ai longtemps cru que vous n'en aviez qu'une, comme tout le monde. Or, à y bien regarder, je vois que vous en portez deux au bout du cou. L'obligation où vous met votre pratique de

tenir un cap difficile entre les formes canoniques d'une maladie et le corps toujours inattendu de cette patiente ou de ce malade, entre l'apprentissage abstrait de votre jeunesse et une expérience humaine, dont le profil ne cessant de fluctuer, vous amène à douter de cet enseignement pourtant toujours là. (Serres, 2006)

De même, si la formation des soignants passe par un savoir scientifique et un savoir-faire, il semble que le savoir-être soit et tende à demeurer le parent pauvre de l'éducation médicale. « Tu apprendras sur le tas », conseil ou invocation lancé par un chef de service aux étudiants, se transmettant de génération en génération de médecins. Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, à l'issue de ses études en psychiatrie dressait en effet le triste constat, que l'étudiant se sent abandonné « à la certitude que son “être-médecin” est plus lié à sa capacité à faire référence à une science – qui a autorité – qu'à lui-même en tant qu'homme » (Micoulaud, 2010 : 194). Cette évolution de la formation et de la pratique médicale souligne le fait que l'une des deux têtes qu'évoquait Serres tend à s'atrophier au risque de voir advenir un médecin plus « ingénieur des corps » (Brauman cité par Todorov 2022 : 8) qu'acteur du soin. Aussi, pourrions-nous émettre l'hypothèse selon laquelle le manque de valorisation de l'ethos de soignant dans le parcours de formation du jeune médecin relèverait, au-delà d'un paradigme biomédical dans lequel s'inscrit la médecine actuellement, d'un manque d'intérêt à investir le terrain du savoir-être dans la formation. En paraphrasant le titre d'un article de Georges Canguilhem (1978), pourrions-nous oser : « Une pédagogie du savoir-être soignant est-elle possible ? » En effet, elle paraît être remise au seul terrain de l'expérience sans possibilité de connaissance ou presque, alors même qu'un travail réflexif pourrait être mené pour non seulement consolider une pratique sur la scène clinique et asseoir une connaissance pratique, mais surtout élaborer un ethos de médecin.

En outre, Jean Oury, dans un article intitulé « Chemins vers la clinique », constatait que « Pour pouvoir travailler dans un hôpital (...) il faut faire chaque matin l'exercice, un peu diacritique, de bien distinguer "statut, rôle, fonction" » (Oury cité par Micoulaud 2010 : 194). Si le problème d'un savoir-être se pose au moment de la formation, il semble perdurer tout au long de la carrière médicale. Mais Oury pose en même temps une première piste pour envisager une telle pédagogie : l'idée d'une pratique quotidienne, une pratique de quotidiennisation pourrions-nous dire avec Bruce Bégout (Bégout, 2005) pourrait être pensée tel un exercice critique qui viendrait de façon répétée questionner l'éthos de médecin au sein de l'institution ; cette pratique serait à l'image de celle que Hegel convoquait pour la lecture du journal : « une sorte de prière du matin » (Hegel, 1998).

Ainsi, nous proposons d'investir cette question du savoir-être en médecine, à l'aune des perspectives que dresse la médecine narrative (Charon, 2006). En effet, elle est reconnue à la fois comme possibilité de produire un savoir expérientiel mais encore de travailler cette question du savoir-être comme le précisent Camila Aloisio Alves et Nicolas Fernandez :

Les approches que constituent la médecine narrative ou les histoires de vie peuvent ainsi être évoquées en tant que démarches qui contribuent à la fois à valoriser la place de la dimension biographique, la construction de savoirs issus de l'expérience, et à ouvrir la formation à la dimension de l'écoute, du dialogue et du sensible, au fur et à mesure que l'étudiant et le professionnel progressent dans leur parcours de développement. (Aloisio Alves, Fernandez, 2018)

Aussi souhaitons-nous dans le cadre de cette réflexion, préciser en quoi l'entraînement narratif, selon la médecine narrative, peut contribuer à élaborer un savoir-être soignant.

Qu'est-ce qu'un devenir-médecin ?

Savoir-être & devenir-médecin

On ne naît pas médecin, on le devient. Cependant, si la formation universitaire enseigne la médecine, l'élaboration d'un devenir-médecin reste assez confus dans le paysage pédagogique et l'esprit des étudiants. En effet, la notion de savoir-être dans la formation médicale semble souvent réduite à « une compétence à communiquer avec autrui » (Guilbert, 2001 : 25). Si l'on considère les Livrets de Suivi des Apprentissages (LISA), on constate assez vite que les modules consacrés à la question du savoir-être se limitent bien souvent à des approches de communication positive. Or les situations auxquelles doivent faire face médecins et soignants sont suffisamment complexes pour comprendre que réduire le savoir-être à la seule communication positive, voire à une seule approche communicationnelle, constitue une gageure. Un soignant face à l'incertitude, face à l'ambivalence du patient confronté à la maladie, face aux problèmes éthiques institutionnels que soulèvent la prise en soin d'une personne, ne peut pas considérer le langage que dans la seule acception d'une communication positive et doit pouvoir, au contraire, y retrouver tout ce qu'il véhicule de zone grise, d'implicite afin d'expérimenter ce qu'il vit. En outre, la notion de savoir-être ne se limite pas à une compétence communicationnelle et implique un véritable travail personnel qui engage une réflexion sur ce qu'être soignant veut dire. Or toute une dimension réflexive échappe à la formation actuelle des soignants.

Aussi, nous semble-t-il plus pertinent d'aborder cette question du savoir-être à l'aune de la notion que Gérard Danou développe, celle de devenir-médecin :

C'est qu'il faudrait clairement distinguer l'apprentissage de la science médicale, d'un « devenir médecin ». En effet, dans ses

Dialogues avec Claire Parnet, Gilles Deleuze dit ceci : « Il y a un devenir-philosophe qui n'a rien à voir avec la philosophie, et qui passe plutôt par ce que l'histoire de la philosophie n'arrive pas à classer » (Deleuze, Parnet, 1996 : 8). Ainsi par analogie, je pose l'hypothèse que l'histoire médicale, celle du traitement des corps au passé au présent et vers l'avenir, relève d'un autre ordre que l'histoire d'un « devenir médecin » qui implique à la fois désir ardent et regard critique sur sa discipline. Si bien que le devenir médecin n'offre pas une existence de tout repos, mais une intranquillité permanente (Danou 2016 : 14).

On perçoit ainsi que si la communication positive venait rassurer le soignant, le devenir-médecin le maintient dans cette position d'incertitude qui fait son quotidien, et si la notion de savoir-être relevait de compétences à acquérir au moment de l'apprentissage, le devenir-médecin s'inscrit davantage dans la durée, celle de l'existence.

La médecine narrative s'inscrit dans cette perspective puisqu'elle vise à appréhender la narrativité comme dimension réflexive et intersubjective dans la relation de soin. Elle propose des méthodes pour travailler cette question du devenir-médecin qu'elle tire, entre autres, des études littéraires : la littérature devient ainsi le lieu d'une expérimentation de l'incertitude, d'une langue métisse et ambivalente, et les études littéraires à travers la lecture et l'écriture représentent un terrain où exercer la réflexivité et la sensibilité des médecins afin d'aiguiser, affûter, sculpter un ethos de soignant.

Ethos & forme de vie

Ainsi à travers le récit, sans s'y limiter cependant, un soignant peut travailler à élaborer un ethos : réinvestir l'expérience vécue, développer une trame narrative en quête de sens, mettre à distance les émotions sont autant

de processus que favorisent le récit : Foucault analyse que le récit de soi relève d'un travail éthopoïétique et constitue de la sorte « un opérateur de transformation de la vérité en ethos » (Foucault 2001a : 1237). Il s'agit effectivement par le processus de mise à distance de l'écriture de soi de travailler sur un terrain non pas psychologique mais esthétique, à partir des émotions esthétiques (Schaeffer, 2015) : « L'émotion que véhicule le récit permet de fonder un ethos » (Baroni 2016 : 6). Peu à peu, le soignant, par un travail narratif aussi bien dans l'analyse et l'interprétation auxquelles il se prête dans la lecture de textes littéraires, que dans la réflexion et la représentation exercées dans l'écriture, va discerner, dessiner le devenir-médecin vers lequel il désire aller. Il est intéressant ici de souligner que, comme le remarque Chauvin-Vileno en reprenant les travaux de Maingueneau, « l'ethos n'est pas attaché au sujet réel mais au sujet dans l'exercice de la parole » (Chauvin-Vileno 2002 : 3) : l'ethos de soignant demeure virtuel et n'existe qu'à travers l'élaboration narrative, il reste à l'actualiser sur le terrain clinique. Néanmoins, le récit constitue un laboratoire où penser, écrire et façonner un ethos de soignant, où exercer un devenir-médecin : cet ethos est encore, en quelque sorte, un être chimérique qui se constitue au fil des expériences de lecture et d'écriture mais il se réalisera dans une forme de vie (Laugier, Ferrarese, 2018) dont le récit est un étai – nous y reviendrons.

Connaître et inventer

Dans ce deuxième mouvement nous souhaiterions mettre en évidence combien le travail narratif permet au soignant de se connaître et d'inventer le devenir-médecin vers lequel tendre. Aussi la distinction que propose Raphael Baroni (Baroni 2016) nous semble-t-elle particulièrement pertinente pour notre propos, lorsqu'il dissocie les récits configurants et les récits intrigants.

Les premiers, en référence aux travaux de Ricœur, visent à constituer un savoir, et il précise « la représentation narrative insiste sur le caractère déterminé des événements, sur la causalité, sur l'établissement objectif et rétrospectif des faits » (Baroni 2016 : 8). Ces premiers récits relèvent davantage des récits de cas ou de situations, exercices propres au champ médical mais qui n'appartiennent pas réellement à l'entraînement narratif. Le second type de récit, les récits intrigants ou mimétiques, cherchent à intriguer leurs destinataires. Baroni se réfère ici aux travaux de Monika Fludernik, et précise qu'ils « sont définis par une intentionnalité spécifique, l'objectif étant d'engendrer une expérience esthétique réactualisant sur un mode simulé ou imaginaire le vécu d'un agent anthropomorphe aux prises avec un événement singulier dans son actualité » (Baroni 2016 : 8).

Connaître

Dans le contexte de la médecine narrative, l'écriture réflexive s'inscrit dans ce second type même si elle a aussi pour vocation de comprendre, de connaître mais il s'agit d'une connaissance subjective. Ces récits de soi peuvent être d'une grande richesse puisqu'ils conjuguent savoir-être et savoir expérientiel. Ils posent les jalons d'un ethos en situation. La dimension de laboratoire porte ici essentiellement sur ce qui façonne l'individu et le corps dans sa pratique, dans la perspective de Mauss (2021). L'écriture réflexive permet de décrire, constater, dresser un bilan et tirer un enseignement pour ce qui vient. Mais au-delà d'un simple retour de pratique, ces récits constituent aussi un parcours de reconnaissance et ce point est important pour les étudiants en médecine. Le travail narratif leur permet de prendre conscience du chemin parcouru mais aussi, dans le cadre des échanges dans les séances de médecine narrative, de prendre conscience du fait qu'ils partagent des chemins communs : ils reconnaissent

en l'autre ce qu'ils pensaient être seuls à vivre. Et cet aspect est important dans le cadre de leur cursus car il constitue la première étape pour penser à nouveau frais la communauté de soin, un devenir collectif. Un exercice intéressant à mettre en œuvre à la suite de cette prise de conscience est une écriture suivie qui implique à la fois de reconnaître sa propre vulnérabilité et d'accueillir l'écriture de l'autre avec bienveillance : on passe ainsi d'une écriture suivie à une écriture solidaire.

Fictionner

Ce type de récit intrigant englobe plus largement l'écriture créative et il ne se limite pas à une forme narrative : l'écriture créative constitue la majeure partie des exercices en médecine narrative ; la question de la forme, de la dimension esthétique est au cœur de l'entraînement narratif comme le suggère Rita Charon : « Pour que l'attention s'applique et conduise à l'affiliation thérapeutique, il faut qu'au-delà de l'étape corporelle de l'inscription neurologique de la perception, une véritable pratique esthétique lui confère une forme – en mots ou par un médium visuel » (Charon 2015 : 230-231). Il s'agit ici de faire de la fiction, un terrain d'exploration, sur le mode du jeu et de la feintise (Schaeffer, 1999) : s'imaginer comme un autre, *s'autoriser* à s'imaginer comme un autre. Voir dans la fiction un apprentissage et un processus de liberté constitue ici un exercice déterminant car on sait combien la dimension normative et hiérarchique sont constitutives de la formation dans le domaine de la santé. Ainsi, au-delà de connaître, les récits intrigants relèvent ainsi de laboratoires de fiction, ils permettent de fictionner le vécu comme l'analyse Foucault : « Il me semble qu'il y a la possibilité de faire travailler la fiction dans la vérité, d'induire des effets de vérité avec un discours de fiction, et de faire en sorte que le discours de vérité suscite, fabrique quelque chose qui

n'existe pas encore, donc "fictionne" » (Foucault 2001b : 236). Le recours à l'imagination et l'invention sont ici les chevilles ouvrières de l'ethos d'un soignant-chimère, non pas un ethos fictif mais hybride, disparate qui permet de travailler un devenir autre.

Élaborer une science du vivre

Enfin, dans un ultime mouvement, nous souhaiterions revenir sur le dernier aspect que pointaient Camila Aloisio Alves et Nicolas Fernandez, en introduction ; ils soulignaient que la médecine narrative, dans la perspective d'un travail sur le savoir-être et le savoir expérientiel, permettait « d'ouvrir la formation (médicale) à la dimension de l'écoute, du dialogue et du sensible, au fur et à mesure que l'étudiant et le professionnel progressent dans leur parcours de développement » (2018). En effet, cet entraînement narratif est fondé sur une approche critique et sensible. L'analyse des textes et l'écriture réflexive mettent en place non seulement un travail herméneutique qui entraîne à l'exercice de l'interprétation, mais encore un travail réflexif et critique. La dimension sensible porte sur le travail des émotions esthétiques que favorise la littérature.

Une science du vivre en médecine

Deux médecins soulignent à leur tour ces deux aspects de l'entraînement, la dimension sensible et critique, insistant sur l'importance de la fréquentation des textes littéraires dans le cursus médical. Le premier, Gérard Danou s'interroge : « Que peut la littérature (particulièrement le roman) sur la formation du médecin ? Rien pour l'apprentissage de la théorie médicale, mais infiniment pour tout ce qui ne s'enseigne pas dans les ouvrages de pathologie : "la science du vivre" » (Danou 1998 : 5). Le second Patrick Henry, neurologue et ancien doyen de la faculté de médecine de Bordeaux, avec la médecin Hélène

Sicard, renchérit dans leur ouvrage *Voyages dans la douleur à travers la littérature* :

J'aimerais que les étudiants en médecine – et plus généralement tous les soignants – prennent le temps de lire (...) ils verront comment leur vie s'enrichira au contact des livres. (...) Je reste persuadé que si la douleur et la souffrance ne sont évidemment pas l'apanage de l'écrivain, celui-ci, par ses capacités descriptives, saura mieux que tout autre en décrypter ses facettes et, paradoxalement, peut-être rendre plus vivantes les plaintes que nous confient nos patients. (Henry, Sicard 2021 : 29-30)

C'est bel et bien une science du vivre que propose la littérature pour les soignants et que la médecine narrative réinvestit en l'associant aux pratiques que sont la lecture et l'écriture. La littérature favorise un regard sensible et critique sur la médecine et sur le monde.

Une science du vivre dans le monde médical

Ce regard sensible et critique sur le monde permet aussi de questionner la place que le soignant veut occuper dans le monde médical. Si l'univers des possibles en termes d'exercice de la médecine est vaste, il s'agit pour l'étudiant de se positionner sur une pratique libérale ou hospitalière, dans une équipe pluridisciplinaire, aux côtés des patients et des soignants. Autant dire que devenir médecin implique d'habiter un monde professionnel complexe et la difficulté du choix de la spécialité après le concours des Épreuves classantes nationales (ECN) pour les étudiants au début de leur internat ne relève pas uniquement de la difficile tâche de choisir une spécialité mais aussi de se situer dans ce monde, de trouver sa place dans ce monde.

L'enjeu que dessine une pédagogie du savoir-être consiste à définir pour l'étudiant et de façon plus large le médecin, sa

position de soignant – quel médecin devenir? – mais aussi sa place dans le monde médical. Cette question de la position, de la place du soignant constitue un élément clé dans le soin : certes, « être à sa place », la bonne place qui selon Claire Marin doit être sans cesse questionnée (2022), s’y sentir non seulement à son aise, mais encore là où l’on pense que l’on doit éthiquement être : « Où poser la tête » tel quel le formule Henri Michaud dans son poème (1985). Le travail sensible et critique de la médecine narrative accompagne la réflexion afin que l’étudiant ou le médecin atterrissent à la juste place (Latour, 2017).

Mais cette réflexion est un travail de toute une vie puisqu’elle englobe aussi la question de la proxémie, la juste position face aux collègues, au patient bien sûr, aux aidants. La notion éthique de la juste distance accompagne le médecin dans sa pratique car elle évolue d’une personne à l’autre selon sa culture, sa croyance, son statut hiérarchique. La littérature et les pratiques narratives sont alors un précieux laboratoire d’expérimentation. Songeons simplement à l’annonce que doit faire Révol dans *Réparer les vivants* de Maylis de Kerangal (2015) : en tant que médecin réanimateur, il doit expliquer à une mère que son fils est en état de mort cérébrale. Cette séquence est exemplaire non pas simplement dans le discours tenu mais encore dans la façon de préparer un espace éthique. Ainsi, l’appréhension de l’espace pour en constituer un espace éthique propice au soin est déterminante pour les futurs soignants, et commencer par penser sa place dans cet espace nous semble être un prérequis indispensable.

Élaborer une forme de vie

Enfin, plus qu’une science du vivre, peut-être s’agirait-il plutôt de considérer ces pratiques de médecine narrative comme un moyen d’élaborer une *forme de vie*, une esthétique de l’existence (Foucault, 1994). En effet, on peut considérer

ces pratiques comme des pratiques de soi telles que les philosophes Hadot et Foucault les ont analysées dans les années 1980. Elles relèvent de techniques qui donnent lieu à une transformation de soi; elles s'inscrivent dans la durée et ne se limitent pas à une période de formation. C'est effectivement ce que suggère Galien : « Pour devenir un homme accompli, chacun doit s'exercer, pour ainsi dire, toute sa vie » (Galien cité par Foucault, 2001c : 475). Et l'on retrouve alors, dans ces propos, les deux bras du soignant sous l'Antiquité :

La médecine n'était pas conçue simplement comme une technique d'intervention, faisant appel, dans les cas de maladie, aux remèdes ou aux opérations. Elle devait aussi, sous la forme d'un corpus de savoirs et de règles, définir une manière de vivre, un mode de rapport réfléchi à soi, à son corps, à la nourriture, à la veille et au sommeil, aux différentes activités et à l'environnement (Foucault 1984 : 136).

Soigner impliquait donc de savoir prendre soin de soi, en premier lieu, par le biais de pratiques telles que la lecture, l'écriture et la méditation, afin d'éprouver, d'expérimenter ce « corps de savoirs et de règles » et de se transformer : c'est là la fonction éthopoiétique de ces pratiques, elles accompagnent l'étudiant et le médecin au cours de leur évolution dans une réflexion sensible et critique, afin de tisser une forme de vie.

Conclusion

Un savoir-être soignant peut donc être travaillé à partir des méthodes de la médecine narrative : elles permettent ainsi d'élaborer un devenir soignant qui vient compléter les compétences techniques du médecin. Au fil de l'entraînement, prennent forme par la pratique, un ethos de soignant en situation ainsi qu'un ethos de soignant chimérique sur lequel

l'étudiant et le soignant peuvent s'appuyer pour mieux appréhender leur place, leur position dans le soin.

Enfin, au-delà du développement de cette compétence de savoir-être, les pratiques de la médecine narrative présentent un véritable atout pour mettre en place un soin pour soi-même, un prendre soin de soi essentiel pour les soignants afin d'éviter une usure émotionnelle. « S'occuper de soi n'est donc pas une simple préparation momentanée à la vie ; c'est une *forme de vie* » rappelle Foucault (Foucault 2001c : 476. Nous soulignons). C'est là un enjeu essentiel dans le paysage contemporain de l'hôpital.

Bibliographie

ALOISIO ALVES, Camilla, FERNANDEZ, Nicolas, 2018. « Une place pour les savoirs d'expérience en formation des professionnels de la santé », *Pédagogie médicale*, 19(1), p. 1-2, (En ligne : <https://doi.org/10.1051/pmed/2019005>).

BARONI, Raphaël, 2016. « Crier au storytelling! Réflexions sur les usages instrumentaux des récits mimétiques », *Comparatismes en Sorbonne*, 7, (En ligne : http://www.crlc.paris-sorbonne.fr/pdf_revue/revue7/7_R_Baroni.pdf).

BÉGOUT, Bruce, 2005. *La Découverte du quotidien*, Fayard

BRAUMAN, Rony, 2000. *Utopies sanitaires*, Pommier-Fayard

CANGUILHEM, Georges, 1978. « Une pédagogie de la guérison est-elle possible? », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 17, p. 13-26.

CHARON, Rita, 2015. *Rendre hommage aux histoires de maladies*, Sipayat.

CHAUVIN-VILENO, Andrée, 2002. « Ethos et texte littéraire. Vers une problématique de la voix », *Semen*, 14, (En ligne : <https://doi.org/10.4000/semen.2509>).

DANOU, Gérard, OLIVIER, Annie, BAGROS, Philippe, 1998. *Littérature et médecine. Petite anthologie à l'usage des étudiants en médecine*, Ellipse.

DANOU, Gérard, 2016. *Langue, récit, littérature dans l'éducation médicale*, éditions Lambert-Lucas.

FOUCAULT, Michel, 1984. *Histoire de la sexualité. Le souci de soi*, Gallimard.

FOUCAULT, Michel, 1994. « Une esthétique de l'existence », *Dits et écrits, tome 4*, Gallimard, p. 730-735.

FOUCAULT, Michel, 2001a. « L'écriture de soi », *Dits et écrits, tome 2*, Gallimard, p. 1234-1249.

FOUCAULT, Michel, 2001b. « Les rapports de pouvoir passent à l'intérieur des corps », *Dits et écrits, tome 2*, Gallimard, p. 228-236.

FOUCAULT, Michel, 2001c. *L'herméneutique du sujet*, Gallimard/Seuil.

GUILBERT, Jean-Jacques, 2001. « L'ensorcelante ambiguïté de "savoir, savoir-être et savoir-faire" ». *Pédagogie médicale*, 2(1), p. 23-25, (En ligne : <https://doi.org/10.1051/pmed:2001009>).

HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich, 1998. *Notes et fragments*, Aubier.

HENRY, Patrick, SICARD, Hélène, 2021. *Voyages dans la douleur à travers la littérature*, Glyphé.

KERANGAL (DE), Maylis, 2015. *Réparer les vivants*, Gallimard.

LATOUR, Bruno, 2017. *Où atterrir? Comment s'orienter en politique*, La Découverte.

LAUGIER, Sandra, FERRARESE, Estelle, 2018. *Formes de vie*, CNRS Éditions.

MARIN, Claire, 2022. *Être à sa place*, L'Observatoire.

MAUSS, Marcel, 2021. *Les techniques du corps*, Payot-Rivages.

MICHAUD, Henri, 1985. « Où poser la tête? », *Déplacements Dégagements*, Gallimard.

MICOULAUD-FRANCHI, Jean-Arthur, 2010. « Conversion du regard chez l'étudiant en médecine : expérience d'un "orphelin de la science" ». *Pédagogie médicale*, 11(3), p. 187-196, (En ligne : <https://doi.org/10.1051/pmed/2011001>).

OURY, Jean, 2007. « Chemin vers la clinique », *L'évolution psychiatrique*, 72(1), p. 3-14, (En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2007.01.004>).

SCHAEFFER, Jean-Marie, 1999. *Pourquoi la fiction?*, éditions du Seuil

SCHAEFFER, Jean-Marie, 2015. *L'expérience esthétique*, Gallimard.

SERRES, Michel, 2006. « L'éducation médicale vue par un philosophe », *Pédagogie médicale*, 7(3), p. 135-141, (En ligne : <https://doi.org/10.1051/pmed:2006009>).

TODOROV, Tzvetan, 2021. « Médecine et sciences humaines », dans BONAÏ, Christian, KESSEL, Niels, *et al.*, *Médecine, santé et sciences humaines*, Les Belles Lettres.

Présentation des contributeurs et des contributrices

Jean-Marc Baylete est professeur de pédopsychiatrie (UPEC). Membre associé du CÉDITEC. Chef du service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHIC (Centre hospitalier intercommunal de Créteil). Directeur de la Maison de l'adolescent du Val-de-Marne. Coordinateur du GREC (Groupe de réflexion éthique du CHIC). Christian Delorenzo, Tsellina Desfemmes, Marina Vignot, Jean-Marc Baleyte, Rita Charon, « Des groupes de Médecine narrative dans un centre hospitalier : l'expérience et le dispositif du Centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC) », *Médecine et philosophie*, n°5, 2021 : DOI : 10.51328/21206.

Nicole Biagioli est professeur émérite de langue et littérature française, UPR CTEL (Centre de recherche transdisciplinaire en épistémologie de la littérature et des arts vivants, Université Côte d'Azur), française, UPR CTEL (Centre de recherche transdisciplinaire en épistémologie de la

littérature et des arts vivants, Université Côte d'Azur), travaille actuellement sur la formation à la créativité dans l'espace scolaire et universitaire (recherche-crédation), les professions de la santé, la médiation muséale. Publications récentes : (2020) « Le Récit de Situation Complexe et Authentique, la narration comme produit et production de savoirs d'expérience dans la formation de médecine générale », in E. Simon, S. Arborio, A. Halloy, F.Hejoaka (dir), Les savoirs expérientiels en santé : fondements épistémologiques et enjeux identitaires. Nancy, PUN, 97-124; (2022) « Le Récit de vie professionnelle dans la recherche en SHS, de l'enquête à la communauté narrative », in C. Kondratiuk et A. Dizerbo (dir.) Dispositifs biographiques et formation des adultes, le Sujet dans la cité, n° 13, mai 2022, 117-131.

Pauline Bouchet est maîtresse de conférences en études théâtrales à l'Université Grenoble-Alpes, Pauline Bouchet a enseigné en France et au Québec. Spécialiste de dramaturgies contemporaines et en particulier de théâtre québécois, elle a publié en 2019 sa thèse remaniée sous le titre *Les Voix du théâtre québécois* dans la collection « Études canadiennes » chez l'éditeur Peter Lang. Elle a dirigé en 2020 un numéro de *Tangence* sur « les questions d'auctorialité sur les scènes contemporaines » et un numéro de la revue *Percées* sur « les dramaturgies françaises contemporaines » en 2022. Responsable d'un programme de recherche « Arts-Santé » au sein de l'UMR Litt&Arts (<https://litt-arts.univ-grenoble-alpes.fr/recherche/projets-recherche/arts-sante>), elle s'intéresse aux liens entre milieu du soin et milieu du théâtre dans des projets de « dramaturgie partagée » entre soignants et auteurs dramatiques. Fin 2023 et début 2024, paraîtront deux articles en lien avec ces recherches : « Partitions et récits en soins infirmiers » (co-écriture avec Léa Andréoléty) dans la collection « Recherche et création » chez Hermann et « Building common fictions: practicing dramaturgy as

mediation in three medical performances” dans *The Routledge Companion to Performance in Medicine*.

Sylvie Brodziak est professeure émérite en littérature française, francophone et histoire des idées. Elle est membre de l'UMR Héritages : patrimoine/s, culture/s, création/s (CNRS/ministère de la Culture/CYU). Elle dirige avec Dr Estelle Destrée le Diplôme universitaire Soins palliatifs, accompagnement, chronicité et éthique (DU SPACE) de CY Cergy Paris université.

Christian Delorenzo est attaché littéraire hospitalier officiel du CHIC (Centre hospitalier intercommunal de Créteil); docteur en humanités médicales et santé, avec une thèse sur la médecine narrative, à l'UPEC, sous la direction du professeur Roberto Poma, avec la codirection des professeurs Jean-Marc Baleyte et Bruno Petey-Girard; enseignant de médecine narrative dans le cadre du cours d'éthique médicale (DFGSM3), dirigé par le professeur Jean-Marc Baleyte à la Faculté de médecine de l'UPEC. Il est également le traducteur italien de *Narrative Medicine* par Rita Charon (Cortina, 2019), ainsi que l'éditeur et le traducteur italien de *The Wounded Storyteller* par Arthur Frank (Einaudi, 2022) et *Close Reading* par David Greenham (2023).

Mouhamadou Soumoune Diop est professeur assimilé en littérature générale et comparée à l'Université Assane Seck – Ziguinchor (Sénégal). Il s'intéresse aux écrivains francophones et aux cultures de l'Afrique subsaharienne, du Maghreb, de la Corne de l'Afrique, du Sud-Ouest de l'Océan Indien, du Canada et de la diaspora africaine. Il est l'auteur de *Fondements et représentations identitaires chez Ahmadou Kourouma, Tabar Ben Jelloun et Abdourahman Waberi*, L'Harmattan, 2009. Il a coordonné trois numéros de la revue italienne Interculturel francophonies (Lecce) : n° 15, n° 27, n° 38.

Isabelle Galichon est cotitulaire de la chaire médecine narrative – hospitalité en santé (CHU Bordeaux, Université de Bordeaux). Elle est membre de l'unité de recherche PLURIELLES UR24142, Université Bordeaux-Montaigne et de l'Institut de Médecine intégrative et complémentaire (IMIC) du CHU de Bordeaux. Docteure en littérature francophone et comparée, elle est spécialiste du récit de soi (*Le récit de soi. Une pratique éthique d'émancipation*, 2018) qu'elle aborde à partir des derniers travaux de Michel Foucault sur les pratiques de soi, elle oriente ses recherches vers la médecine narrative depuis 2017 et participe à son développement à Bordeaux où elle porte avec Jean-Arthur Micoulaud (SANPSY) le DU « médecine narrative ». V. Avérous, I. Galichon, « Une clinique narrative des soins palliatifs : écriture créative ou intrusive ? », *Éthique & Santé*, Vol. 18, n° 4, 2021, p. 209-216.

François Germinet est professeur des universités en mathématiques, et ancien membre junior de l'Institut Universitaire de France. Il a effectué l'essentiel de sa carrière académique à Lille puis à Cergy-Pontoise. Il a été président de CY Cergy Paris Université de 2012 à 2022. Il est actuellement directeur du pôle Connaissance du Secrétariat général pour l'investissement à Matignon.

Stéphane Lambion écrit, traduit, mène des recherches sur et engage un travail plastique autour de la poésie. Normalien et agrégé de lettres, il est doctorant contractuel en recherche-création littéraire à l'université d'Aix-Marseille ; il travaille sur l'écriture de la maladie sous la direction principale de Vincent Broqua. Son recueil *Presque siècle* (La Crypte, 2022) a été finaliste du prix Apollinaire découverte 2023.

Dominique Rachel Levy est psychologue clinicienne, titulaire d'un master 2 Psychologie cliniques, vulnérabilités

et développement du psychotraumatisme, Université Côte d'Azur (année universitaire 2021-2022), du Certificat universitaire Initiation à la médecine narrative, Cergy Paris Université (année universitaire 2021-2022) et du Certificat universitaire Formation à l'animation d'ateliers d'écriture, Cergy Paris Université (année universitaire 2019-2020)

Fabio Libasci est chargé de cours de littérature française à l'Université de Modène et Pescara et docteur de recherche de l'Université de Verone et Paris 8 Saint-Denis. Ses domaines de recherche concernent : les rapports entre la littérature et la photographie, les écritures de soi, les études de genre, les écritures du SIDA. Il a édité *Littérature et sida alors et encore* en 2016, revue électronique Brill/Rodopi, CRIN, vol 62; en 2018 il a publié *Le passioni dell'io. Hervé Guibert lettore di Michel Foucault*, Mimesis. Actuellement il travaille sur Julien Green et Marcel Jouhandeau.

Laure Limongi a publié une douzaine de livres entre fiction, poésie et essai tels *J'ai conjugué ce verbe pour marcher sur ton cœur* (éditions de l'Attente, 2020), *On ne peut pas tenir la mer entre ses mains* (Grasset, 2019, Prix du livre corse, Prix du livre de la collectivité de Corse), *Anomalie des zones profondes du cerveau* (Grasset, 2015). Elle a exercé le métier d'éditrice (collections « & » chez Al Dante puis « Laureli » aux Éditions Léo Scheer). Après avoir enseigné la création littéraire à l'ESADHaR et dirigé le parcours Création du master de Création littéraire du Havre, elle enseigne aujourd'hui l'écriture et la création littéraire à l'École nationale supérieure d'arts de Paris-Cergy. Elle poursuit en parallèle un doctorat de Pratique et théorie de la création artistique et littéraire à l'université d'Aix-Marseille. Elle est actuellement pensionnaire à la Villa Médicis.

Anne-Claire Marpeau est docteure en littérature générale et comparée de l'ENS de Lyon et de l'université de Colombie-Britannique et maîtresse de conférence à l'Université de Strasbourg (INSPE/Configurations littéraires). Sa thèse, intitulée *Emma entre les lignes : réceptions, lecteurs et lectrices de Madame Bovary de Flaubert*, porte sur les réceptions du personnage d'Emma de 1857 à 2016, selon une approche littéraire, culturelle et pédagogique. Ses travaux actuels portent sur la poétique, la réception et la didactique des textes contenant des violences sexuelles et sexistes, dans la littérature narrative du XIX^e au XXI^e siècle ainsi que dans la littérature de jeunesse. Ils s'inscrivent dans le champ des études culturelles et de genre ainsi que dans celui des éthiques du récit.

Nicolas Merot est médecin en soins palliatifs et en consultation antidouleur, il exerce à Beauvais, dans l'Oise et à l'hôpital depuis une dizaine d'années. Le bouleversement qu'a été la crise de la Covid et les conséquences que cette crise a eues – et a encore – sur les organisations hospitalières déjà fragilisées l'a poussé à rechercher de nouvelles respirations. Il a donc fait un pas de côté salutaire, qui a pris la forme d'un cheminement universitaire, un master de philosophie, parcours éthique médicale appliquée, puis un second master de philosophie, parcours humanité médicale à l'université Gustave Eiffel. Il confronte ainsi sa pratique professionnelle avec la théorie.

Louis Mühlethaler est doctorant à l'EHESP et membre du CRAL. Il fait une thèse en littérature et humanités médicales, pour laquelle il a obtenu un contrat doctoral, sur « La littérature à l'épreuve de l'immunité », sous la direction de Tiphaine Samoyault. Il est l'auteur de trois textes ou comptes rendus sur des œuvres en relation avec son sujet.

AMarie Petitjean est professeure de littérature contemporaine et création littéraire à CY Cergy Paris Université et membre de l'UMR « Héritages : patrimoine/s, culture/s, création/s ». Elle est membre senior de l'Institut Universitaire de France pour la chaire Innovation. Ses travaux portent sur la littérature contemporaine, l'écriture créative à l'international et l'épistémologie de la création dans les études littéraires. Parmi ses publications : *Fictions documentées* (Le Manuscrit, 2020) ; avec V. Houdart-Merot, *La recherche-crédation littéraire* (Peter Lang, 2021). *La Littérature par l'expérience de la création. Théories et enjeux* (Presses universitaires de Vincennes, 2023).

Ketty Steward est écrivaine, psychologue clinicienne à l'Espace Phare (Les Ailes déployées) à Paris et docteure en psychologie à l'Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis. Elle prépare, sous la direction d'Arnaud Plagnol, une thèse sur le thème « Approches narratives et vieillissement » au sein du Laboratoire de Psychopathologie et Processus de changement.

Emmanuelle Tabet, ancienne élève de l'École normale supérieure de la rue d'ULM, agrégée de lettres modernes, docteure de l'Université Paris IV et récemment habilitée à diriger des recherches, elle est chargée de recherches pour le CNRS et rattachée au Centre d'études sur la Langue et la littérature françaises (UMR Sorbonne Université – CNRS). Elle est l'auteur de *Chateaubriand et le XVIIe. Mémoire et création littéraire* (Paris, Champion, 2001), de *Méditer plume en main. Journal intime et expérience spirituelle* (Paris, Garnier, 2021) et d'une soixantaine d'articles consacrés aux rapports entre littérature et spiritualité et à l'écriture de l'intime.

Martin Winckler (Marc Zaffran) est romancier, essayiste, blogueur et médecin militant féministe. Outre *La Maladie de*

Sachs, [P.O.L., 1998] Gallimard, 2005, il est mondialement connu pour *Le Chœur des femmes*, [P.O.L, 2009] Gallimard, 2017 ou encore *L'École des soignantes*, [P.O.L, 2019] Gallimard, 2020.



Imprimé en France pour les Éditions Le Manuscrit

Dépôt légal : avril 2024

