

Réinvestir le sensible en Sciences de la santé : les enjeux d'un nouveau Diplôme Universitaire de Médecine narrative à l'Université de Bordeaux

Reinvesting sensitivity in the health sciences: The challenges of a new university degree in narrative medicine at the Université de Bordeaux

Isabelle Galichon and Jean-Arthur Micoulaud-Franchi

Number 133, 2023

La littérature et les humanités médicales : zones de tension d'une relation problématique

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1112234ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1112234ar>

[See table of contents](#)

Article abstract

Subsequent to the creation of a Diplôme universitaire de Médecine narrative at the Collège des Sciences de la santé of the Université de Bordeaux, this article aims to rethink the possibility of a *clinic of signs* in care. The issue is to highlight the epistemological, ethical and political stakes of this type of diploma in order to outline its pedagogical principles and, finally, analyze the place of literature within this discipline and, more precisely, within the context of this training.

Publisher(s)

Tangence

ISSN

1189-4563 (print)

1710-0305 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Galichon, I. & Micoulaud-Franchi, J.-A. (2023). Réinvestir le sensible en Sciences de la santé : les enjeux d'un nouveau Diplôme Universitaire de Médecine narrative à l'Université de Bordeaux. *Tangence*, (133), 63–88. <https://doi.org/10.7202/1112234ar>

Réinvestir le sensible en Sciences de la santé : les enjeux d'un nouveau Diplôme Universitaire de Médecine narrative à l'Université de Bordeaux

Reinvesting sensitivity in the health sciences: the challenges of a new university degree in narrative medicine at the Université de Bordeaux

Isabelle Galichon

Unité de Recherche PLURIELLES UR24142, Université Bordeaux-Montaigne

cotitulaire de la Chaire Médecine narrative – Hospitalité en santé

Jean-Arthur Micoulaud-Franchi

Service Universitaire de Médecine du Sommeil, CHU de Bordeaux
UMR CNRS 6033 SANPSY, Université de Bordeaux

cotitulaire de la Chaire Médecine narrative – Hospitalité en santé

Résumé

Dans le cadre de cet article, nous souhaitons, à partir de la mise en place d'un Diplôme Universitaire de Médecine narrative au Collège des Sciences de la santé à l'Université de Bordeaux, penser à nouveaux frais la possibilité d'une *clinique des signes* dans le soin. Il va s'agir de mettre en exergue les enjeux épistémologique, éthique et politique d'un tel diplôme, afin d'en dresser les principes pédagogiques pour enfin analyser la place de la littérature dans cette discipline et plus précisément dans le cadre de cette formation.

Abstract

Subsequent to the creation of a Diplôme universitaire de Médecine narrative at the Collège des Sciences de la santé of the Université de Bordeaux, this article aims to rethink the possibility of a *clinic of signs* in care. The issue is to highlight the epistemological, ethical and political stakes of this type of diploma in order to outline its pedagogical principles and, finally, analyze the place of literature within this discipline and, more precisely, within the context of this training.

Le langage est une peau: je frotte mon langage contre l'autre. C'est comme si j'avais des mots en guise de doigts, ou des doigts au bout de mes mots.

ROLAND BARTHES¹

Le savoir n'a de sens dans la vie que [...] s'il fonde l'activité de l'homme en tant que quête ou en tant que générosité. Tel est le double enjeu de la sémiotique qui se veut un savoir sur ce savoir pour l'homme qu'est la signification et dont il est à la fois le producteur et l'interprète, le sujet et l'objet, le manipulateur et la première victime.

ALGIRDAS JULIEN GREIMAS²

En 2005, Roland Gori et Marie-José Del Volgo reprennent un diagnostic sur la médecine moderne, à la suite des thèses foucaaldiennes de *Naissance de la clinique*³:

En se dégageant de manière radicale et irréversible des croyances métaphysiques, des préjugés imaginaires et des fantaisies avec lesquels elle était jusque-là confondue, la médecine moderne a opéré une véritable révolution éthique dans la pratique de son art et une rupture dans la logique de son propre discours. S'efforçant d'exiler la subjectivité et l'intersubjectivité du soin et de la maladie, le discours médical n'est plus apte à prendre en compte dans sa pratique comme dans sa pensée le drame imaginaire, la détermination symbolique, la finalité éthique de la souffrance dans la relation médecin-malade⁴.

Dans ce constat, les auteurs évoquent une révolution éthique de la médecine qui aurait laissé derrière elle croyances, préjugés et fantaisies pour adhérer pleinement au modèle scientifique de la biomédecine, réduisant ainsi toute une dimension réflexive du soin associée au souci de soi⁵ et à une éthique narrative. Ce changement

-
1. Roland Barthes, *Fragments d'un discours amoureux*, Paris, Seuil, 1977, p. 87.
 2. Algirdas Julien Greimas, cité dans Anne Hénault, « Avant-propos », *Les enjeux de la sémiotique*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Quadrige », 2012, p. 5.
 3. Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses universitaires de France, 2015.
 4. Roland Gori et Marie-José Del Volgo, *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence* [2005], Paris, Flammarion, 2009, p. 35.
 5. La notion de souci de soi est à appréhender à la suite des travaux de Pierre Hadot et de Michel Foucault. Elle trouve son ancrage dans la philosophie antique du

paradigmatique a eu une incidence tant sur le plan des pratiques que sur celui des discours puisqu'il remet en question le fondement de l'épreuve dans l'expérience intersubjective de la maladie. Foucault précise dans son cours sur *Le pouvoir psychiatrique* le rôle fondamental joué par le moment pasteurien dans cette évolution :

Quant à la fonction de l'épreuve, on voit qu'elle peut disparaître. Le lieu où se produira la maladie, ce sera le laboratoire, l'éprouvette; mais là, la maladie ne s'effectue pas dans une crise; on en réduit le processus à un mécanisme qu'on grossit, on la ramène à un phénomène vérifiable et contrôlable. [...] l'épreuve se transforme en preuve dans la structure technique du laboratoire et dans la représentation du médecin⁶.

Foucault insiste ainsi sur le fait que la maladie n'appartient plus au vivant et bascule plus précisément ici dans la science. En intégrant le régime de « la preuve », à savoir l'*Evidence-Based Medicine*, la médecine peut oublier « l'épreuve » alors même que le soin lui est indéfectiblement lié.

Or, dans ses travaux sur les pratiques de soi, Foucault souligne combien la dimension d'épreuve relevait d'un autre régime de vérité qui donnait au sujet qui s'y prête une *autre* expérience que le simple accès à la connaissance : si celle-ci suscite comme effet sur le sujet une forme d'épuisement dans « un cheminement indéfini⁷ » vers le savoir, le régime de vérité propre au souci de soi induit des « effets de retour de la vérité sur le sujet [...] qui transit, traverse, transfigure son être⁸ ». Ainsi, dans le contexte de la médecine moderne, c'est-à-dire dans le cadre du paradigme biomédical, l'expérience subjective de la maladie, cette rupture existentielle⁹, est privée du processus de l'épreuve qui permet l'accompagnement de la transformation du sujet, afin

^{er} et du ^{is} siècles mais ne s'y réduit pas. Pierre Hadot précise que les exercices spirituels qui structurent le souci de soi (les pratiques de soi chez Foucault) visent à accompagner la transformation du sujet et lui permettent de changer sa vision du monde. Il précise dans « Exercices spirituels » (*Exercices spirituels et philosophie antique*, Paris, Albin Michel, 2002, p. 20) que ces pratiques, si elles ont été développées sous l'Antiquité, ont évolué au cours de l'Histoire et perdurent encore. La lecture, l'écriture personnelle, la méditation relevant de techniques diverses, en font partie.

6. Michel Foucault, *Le pouvoir psychiatrique*, Paris, Seuil/Gallimard, 2003, p. 242-243.

7. Michel Foucault, *L'herméneutique du sujet*, Paris, Seuil/Gallimard, 1982, p. 20.

8. Michel Foucault, *L'herméneutique du sujet*, ouvr. cité, p. 20.

9. Claire Marin, *Rupture(s)*, Paris, L'Observatoire, 2019.

d'intégrer « une autre allure de vie¹⁰ » : le sujet de la relation de soin – aussi bien le patient que le soignant – est projeté dans une obscurité sans réponse qui ne comble pas son besoin de sens et ne répond pas, ou insuffisamment, à ses questionnements existentiels.

C'est à ce niveau que peut intervenir la médecine narrative dans sa volonté de réintroduire, par le recours au récit, du sens dans le soin. Cette assertion peut paraître réductrice en soi, mais c'est bien en repartant du récit comme support possible pour faire atterrir le souci de soi dans le contexte médical que le soin peut être réinvesti comme accompagnement de la transformation du sujet relationnel. On verra par la suite que la médecine narrative, qui s'appuie sur la transversalité de la littérature, englobe toute une réflexion et des pratiques qui débordent le simple usage du récit comme processus cognitif. Néanmoins, l'apport fondamental de la médecine narrative est bien d'avoir perçu l'importance du récit et de la narrativité dans la prise en compte de l'épreuve en contexte médical. Entendons bien : il ne s'agit pas de considérer seulement l'expérience de la maladie comme une épreuve au sens d'un élément perturbateur dans la trame existentielle d'une personne. La notion d'épreuve implique aussi et surtout la possibilité d'accéder à un autre régime de vérité propre à l'expérience vécue : le sujet en acquiert une autre compréhension. En outre, cette dimension de l'épreuve est essentielle si l'on veut que le patient puisse intégrer cette rupture à son expérience de vie – et le récit favorise, comme l'a analysé Paul Ricœur, cette agrégation par le travail de l'identité narrative¹¹ –, mais aussi pour qu'il puisse en tirer des « effets de retour », que l'on pourrait associer à une forme de joie, telle une augmentation de sa puissance d'exister. Il ne s'agit pas simplement, dans le cadre de l'expérience de la maladie, de revenir à une situation initiale comme le laisserait entendre un schéma narratif – il n'y a jamais de retour à une situation initiale après une expérience de rupture –, mais de retrouver un autre niveau d'existence qui suscite un désir renouvelé de vivre. Tel est l'enjeu que porte la mise en œuvre de la médecine narrative en réintroduisant l'épreuve dans le contexte médical.

En effet, la médecine narrative relève, comme l'analyse Brian Hurwitz,

10. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, 2015, p. 66.

11. Paul Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.

d'une pratique et d'une attitude intellectuelle qui permettent de [...] regarder au-delà des mécanismes biologiques, au cœur des approches conventionnelles de la pratique médicale, et d'englober des domaines de pensées et des modes de parole qui prennent en compte le langage et les représentations, les émotions et les relations, de façon à éclairer la pratique de soin¹².

La médecine narrative nous invite à penser et réaliser une *autre clinique des signes* pour reprendre l'expression de Gori et Del Volgo :

C'est sans nul doute ce qui explique que durant toute notre histoire et jusqu'à nos jours, deux médecines n'ont cessé de coexister – l'une naturaliste, positiviste, phénoménale, logico-empirique, l'autre magique, interprétative, paranoïaque – convergeant l'une comme l'autre vers ce qu'il nous faut bien appeler une clinique des signes¹³.

En 2021, l'Université de Bordeaux a vu la création, dans le cadre du Collège des Sciences de la santé, d'un Diplôme Universitaire (D. U.) de Médecine narrative¹⁴. Il est ouvert à l'ensemble des personnels soignants dotés d'un niveau Master, mais encore à des personnes disposant d'un niveau identique en Humanités et « Sciences Humaines ». Il vise à former en 90 heures des personnes à la médecine narrative, non seulement à ses pratiques, ce qui est assez courant – un Certificat Universitaire à l'Université de Cergy, en faculté de Sciences Humaines, le propose –, mais encore à ses concepts, élaborés dans le cadre d'une réflexion interdisciplinaire à Columbia University.

12. Brian Hurwitz, « Narrative (in) Medicine », dans Paola Spinozzi et Brian Hurwitz (dir.), *Discourses and Narrations in the Biosciences*, Göttingen, Vandenhoeck et Ruprecht Unipress, 2011, p. 73. Rita Charon, professeure de médecine interne qui a conceptualisé la discipline avec une équipe pluridisciplinaire à l'Université de Columbia, précise qu'il s'agit de développer pour les soignants des compétences narratives qui permettent de « reconnaître, absorber, interpréter et être touché par les histoires de maladie » (*Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires des maladies*, Paris, Sipayat, 2015, p. 30).

13. Roland Gori et Marie-José Del Volgo, *La santé totalitaire*, ouvr. cité, p. 38.

14. Voir, pour plus de détails sur ce D. U., URL : <https://sante.u-bordeaux.fr/Formation-continue/Diplomes-d-universite/DU-DIU-Medecine>. Consulter la section « Médecine narrative ». Nous précisons que nous sommes à l'origine de la création de ce diplôme et que nous le coordonnons. La Médecine narrative est une discipline clinique et académique relevant du champ anglophone des humanités en santé, cet article s'attache à dérouler une réflexion pédagogique, épistémologique et culturelle qui vise à préciser comment nous avons fait « atterrir » une formation anglophone dans le contexte des études et de la formation en sciences de la santé en France.

L'ancrage philosophique apporte une réflexion phénoménologique liée à la prévalence de l'expérience, épistémologique et éthique, en lien avec le soin; de même, un éclairage sur la philosophie et la culture de soi antiques favorise la prise en compte d'un régime de vérité fondé sur l'épreuve.

Dans le cadre de notre réflexion, nous proposons d'analyser les enjeux épistémologiques, éthiques et politiques qui ont guidé l'ouverture de ce D. U. afin d'explorer les principes pédagogiques qui ont été mis en œuvre. On proposera d'évaluer la place de la littérature dans ce nouveau diplôme, et plus largement en médecine narrative, pour poser les fondements d'une nouvelle clinique des signes en médecine.

Quels enjeux pour une formation de médecine narrative ancrée dans un Collège des Sciences de la santé ?

Depuis l'effort de conceptualisation de la discipline réalisé à Columbia, la médecine narrative s'est diffusée essentiellement sur un versant pédagogique, puisqu'il s'est agi de former les soignants et futurs-soignants à des compétences narratives :

Les médecins ont besoin d'acquérir, en même temps que leur savoir scientifique, une expertise au niveau de l'écoute, pour comprendre au mieux les difficultés extrêmes de la maladie, pour rendre hommage au sens des récits de leurs patients sur la maladie et pour être émus par ce qu'ils constatent afin qu'ils puissent agir dans l'intérêt de leurs patients¹⁵.

Le développement pédagogique promu par Columbia peut poser problème quant à la compréhension globale de cette discipline académique *et* clinique, car le versant clinique n'est investi bien souvent qu'à l'aune des actions pédagogiques, en vue d'une application des principes pédagogiques dans la relation soignant-soigné¹⁶.

15. Rita Charon, *Médecine narrative*, ouvr. cité, p. 30. Si l'enjeu est de mettre en œuvre ces compétences narratives sur le terrain clinique, des dispositifs narratifs cliniques directement ancrés dans les pratiques thérapeutiques sont assez peu nombreux. Depuis quelque temps, les équipes de Columbia développent leur approche vers des terrains de santé publique et plus largement des problèmes sociaux et politiques (les tensions raciales, les violences genrées).

16. Comme dans tout développement heuristique, et particulièrement dans le cadre d'une nouvelle discipline, les travaux précurseurs peuvent avoir un effet-écran, en réduisant la perspective globale de la discipline. Ce point mériterait d'être exploré mais ce n'est pas l'objet du présent article.

Ainsi, la formation en médecine narrative est soit prise en charge dans le cadre de la formation continue¹⁷, soit directement implantée en formation initiale¹⁸; elle est assumée, la plupart du temps, par des médecins et/ou par des littéraires, le binôme soignant-littéraire étant le plus adapté. Le D. U. de Médecine narrative créé à Bordeaux s'adresse à la fois aux internes et étudiant-e-s (en Master, Doctorat), et aux soignants en activité. S'il s'inscrit dans le cadre des formations proposées au Collège des Sciences de la santé, il est coordonné par un médecin psychiatre et une littéraire, auteurs de cet article. Quels sont les enjeux d'un tel diplôme ?

Enjeux épistémologiques

La médecine narrative propose une passerelle¹⁹ entre les sciences humaines et sociales et les sciences de la santé. Elle s'inscrit de plain-pied dans le domaine des humanités en santé mais en donne une nouvelle approche. En effet, elle ne se contente pas de proposer des connaissances en sciences humaines, elle les intègre directement au niveau des pratiques cliniques : son approche est transdisciplinaire puisqu'elle dépasse l'interdisciplinarité et prend en compte une dimension pragmatique. Cette transversalité, de l'université vers le terrain clinique, a des répercussions sur le plan épistémologique. Tout d'abord, comme dans tout contexte interdisciplinaire, un travail de dialogue et de traduction est à entreprendre

17. C'est par exemple le cas dans le cadre du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil où les personnels hospitaliers ont la possibilité de suivre des ateliers de médecine narrative depuis 2019 (voir la thèse de médecine narrative de Christian Delorenzo, soutenue en janvier 2022, Université Paris Est, *Pour un hôpital narratif. Un modèle de formation à la médecine narrative en milieu hospitalier*, URL : <https://www.theses.fr/s116989>).
18. L'Université Paris-Descartes a été à l'initiative de telles formations en France dès 2009 : voir François Goupy et Claire Le Jeune (dir.), *La médecine narrative : une révolution pédagogique ?*, Paris, Med -line, 2016, *Éducation et socialisation* [en ligne], 49 | 2018, mis en ligne le 4 juillet 2018, consulté le 12 mars 2023. Depuis, d'autres propositions pédagogiques ont été mises en place sur différents sites. Voir, entre autres, le dossier consacré à la médecine narrative dans la revue *Médecine et philosophie* [en ligne], URL : <https://medecine-philosophie.com/index.php/category/medecine-narrative/>.
19. La notion de passerelle est importante et elle est souvent convoquée aussi pour caractériser le récit. Gabriel Sevilla avance, pour le récit, la notion de « pont interdisciplinaire » (« Introduction. Un pont narratif entre deux cultures ? », *Cahiers narratologiques* [en ligne], 28 | 2015 [*Le récit comme acte cognitif*, dir. Serge Milan et Gabriel Sevilla], mis en ligne le 5 novembre 2015, consulté le 15 septembre 2022, URL : <https://journals.openedition.org/narratologie/7290>).

entre les disciplines afin de favoriser une bonne compréhension des différentes parties pour l'ensemble. D'autre part, il s'agit à la fois de considérer et d'intégrer l'expérience clinique au niveau d'une réflexion académique sur le terrain des sciences humaines, mais encore de favoriser cette oscillation entre théorie et pratique en abordant les humanités en santé à l'aune de différentes praxis (narratives, artistiques), sans les restreindre à une approche théorique. Ce point nous semble essentiel car il porte une autre conception de la connaissance et de la production des connaissances : on retrouve ici l'importance de l'épreuve qui ancre la réflexion épistémologique sur le terrain de l'expérience. C'est un *autre* savoir sur les sciences de la santé que permet la médecine narrative en développant une pédagogie, une réflexion scientifique et clinique. En outre, il s'agit de préciser que cette approche est à appréhender à l'aune du pragmatisme de John Dewey²⁰ puisque c'est à partir des praxis artistiques que sont réinvesties les connaissances cliniques, éthiques et en sciences humaines : la médecine narrative relève d'une approche pragmatiste des humanités en santé. Le déplacement épistémologique que permet le travail pragmatiste en médecine narrative se situe à deux niveaux. D'une part, les questions éthiques, cliniques et sociologiques sont observées à travers la perspective d'œuvres d'art, en particulier de la littérature. D'autre part, le travail de lecture et d'écriture constitue en soi une expérience et il permet d'intégrer les connaissances théoriques à travers des processus sensibles. C'est non seulement un autre mode d'apprentissage, mais encore une autre mémorisation et une autre connaissance qui, elles aussi, sont sensibles et associent des émotions (meilleure efficacité de la mémoire). On constate ainsi les capacités heuristiques de la médecine narrative de par les méthodes et approches épistémologiques qu'elle développe.

En quelque sorte, les enjeux épistémologiques de la discipline consistent à mettre en lumière et à déplacer le regard : il s'agit d'allier l'observation, chère à la clinique²¹, à la considération²². Le recours à l'expérience sensible à travers les arts et les pratiques artistiques

20. John Dewey, *L'art comme expérience*, Paris, Gallimard, 2005.

21. Voir Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, ouvr. cité.

22. Sur la considération, voir Corine Pelluchon (*Éthique de la considération*, Paris, Seuil, 2018) et, dans une perspective plus littéraire, Marielle Macé (*Sidérer, considérer*, Lagrasse, Verdier, 2017).

permet de faire émerger de nouvelles lisibilités des sciences médicales en apportant un statut spécifique de la connaissance relatif à sa dimension expérientielle et à l'implication de l'art.

Enjeux éthiques

Sur le terrain éthique, il s'agit d'aborder la relation de soin à travers une approche narrative, en complément de la bioéthique. Ce déplacement n'est pas anodin, il invite, selon Jérôme Bruner, à un changement paradigmatique puisqu'il implique de passer d'un mode de pensée logico-paradigmatique à un mode de pensée narrative²³. Or l'approche bioéthique reste majoritaire en sciences de la santé. Comment alors envisager, dans un cadre universitaire, d'ouvrir un espace de réflexion à l'éthique narrative ? La dimension éthique de la médecine narrative a trait à l'éthique du témoignage agrégée à l'éthique du soin. Le récit de soi rend saillante la singularité du narrateur et de la relation : elle permet de redonner au patient sa dignité en le réinscrivant dans son histoire de vie en tant que personne. C'est toute la différence, que souligne ici Oliver Sacks, entre un récit de cas propre à l'épistémologie des sciences de la santé et le récit éthique qui redonne au patient, mais aussi au soignant, toute sa place dans la relation de soin :

Hippocrate a institué le récit de cas [...]. Les histoires de ce genre sont des formes d'histoire naturelle de la maladie, mais elles ne nous apprennent rien sur l'individu et son histoire ; elles ne traduisent rien de la personne, de son expérience lorsqu'elle affronte la maladie et lutte pour lui survivre. Il n'y a pas de « sujet » dans un récit de cas au sens étroit du terme ; les récits modernes font allusion au sujet en une phrase succincte (« femme albinos trisomique de vingt et un ans ») qui peut tout aussi bien s'appliquer à un rat qu'à un être humain. Pour ramener le sujet humain – le sujet humain affligé, luttant, souffrant – au centre du débat, il nous faut approfondir l'anamnèse jusqu'au récit ou au conte : car c'est seulement là que nous avons à la fois un « qui » et un « quoi », une personne réelle, un patient confronté à la maladie – à la réalité physique²⁴.

23. Jérôme Bruner, *Pourquoi racontons-nous des histoires ?*, Paris, Retz, 2010, p. 89.

24. Oliver Sacks, *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*, Paris, Seuil, 1990, p. 10.

Le soin apporté aux patients se déroule dans les histoires qui en sont non seulement un médium mais aussi un vecteur: le récit participe du soin en tant qu'accompagnement, et il permet au soin d'atteindre son but, le rétablissement dans le cours de l'existence au-delà de la guérison. En effet, si la guérison n'est pas toujours possible, le soin s'inscrit dans la relation soignant-soigné qui perdure *malgré tout*. En outre, l'éthique que porte la médecine narrative procède par le redoublement du processus narratif: dans l'écoute du récit, se manifeste une reconnaissance du patient; dans sa profération, le patient élabore son identité narrative en tant que personne traversant une expérience de la maladie.

Ainsi, les enjeux éthiques soulevés par un diplôme de Médecine narrative soulignent combien le soin et la narrativité se rejoignent au cœur d'une éthique relationnelle pour laquelle la dignité de la personne est le centre. Il porte une conception d'un soin non pas personnalisé qui viserait à individualiser une approche thérapeutique et coïnciderait au mieux avec le profil du patient objectivé, mais la conception d'un soin centré sur la personne, dans une perspective holistique.

Enjeux politiques

Enfin, la réévaluation du récit de soi comme processus de subjectivation dans le soin que propose la médecine narrative a des implications politiques, puisque toute prise de parole en première personne dans un espace public et sa prise en compte²⁵ constituent un geste politique²⁶.

De même, si nous avons présenté la médecine narrative comme une approche transdisciplinaire, il s'agirait ici de compléter en précisant aussi sa dimension «indisciplinaire». La médecine narrative remet en question les partages disciplinaires mais elle sème aussi le trouble, comme nous l'avons vu, dans la toute-puissance des savoirs institués²⁷. Yves Citton aborde cette idée à partir de la littérature et

25. Voir par exemple Federico Tarragoni, «La prise de parole comme processus de subjectivation politique», *Tumultes*, n° 43, 2014, p. 175-190.

26. On retrouve ici l'importance du recours au récit en première personne préconisé par les éthiques du *Care* (Carol Gilligan, *Une voix différente. La morale a-t-elle un sexe?*, Paris, Flammarion, 2019), mais encore invoqué par Stanley Cavell qui, dans une posture philosophique, invite à ne pas fuir l'autobiographie (*Un ton pour la philosophie*, Paris, Bayard, 2003, p. 27-28).

27. Viviane Huys et Denis Vernant précisent au sujet de l'indisciplinarité qu'elle permet, face à des sujets complexes, de «faire résonner les interactions,

précise que cette dernière vise à « tirer des “concepts étrangers” qui permettent de “déformer et subvertir”, de transformer et réorganiser son propre dispositif conceptuel, son partage du sensible, sa langue familière²⁸ ». Si la médecine narrative reconnaît les fondements théoriques propres aux disciplines des sciences humaines, si des méthodologies ont été éprouvées et validées, elle valorise aussi une réflexion éthico-politique critique qui prend en compte les relations subjectives, intersubjectives et institutionnelles. Ainsi, la présence des pratiques artistiques, la dimension critique intrinsèque à la discipline et l'importance dédiée à la réflexivité par les pratiques de soi, en font une discipline étroitement liée au politique au sens foucauldien du terme, puisqu'elle favorise, à travers des pratiques narratives et artistiques, le développement de processus de subjectivation.

Aussi, la mise en place d'un diplôme de Médecine narrative implique-t-elle des enjeux politiques. Il ne s'agit pas ici, on l'aura compris, de penser qu'une réflexion politique innerve la discipline, ou d'envisager la médecine narrative en opposition combative à la biomédecine, mais c'est bel et bien sur le plan des pratiques que se dessinent ces enjeux qui impliquent non pas de prendre parti mais de prendre position²⁹ au sein du système de santé. Créer une telle formation, mais encore la suivre, a pour conséquence de se situer dans un milieu hospitalier actuellement en crise et d'envisager des issues pour en sortir avec, notamment, les moyens de la médecine narrative. C'est s'engager – en prenant soin d'y rester – vers un hôpital de la qualité autant que de la quantité³⁰. Il ne s'agit pas

les concordances aussi bien que les discordances» entre les disciplines (*L'indisciplinarité de l'art*, Paris, Presses universitaires de France, coll. «Formes sémiotiques», 2012, p. 149). Guy Lobricon, dans son «Avant-propos», souligne la dimension politique propre à l'indisciplinarité: «Par “indisciplinarité”, il faut ainsi entendre le bourdonnement d'une insatisfaction rebelle, la quête de l'aventure, le désir de convertir les pratiques intellectuelles» (*L'indisciplinarité de l'art*, ouvr. cité, p. 2).

28. Yves Citton, «Indiscipline littéraire et textes possibles entre présomption et sollicitude», dans Marc Escola (dir.), *Théorie des textes possibles*, Amsterdam, Rodopi, 2012, p. 228.
29. Voir Georges Didi-Huberman, *Quand les images prennent position*, Paris, Minuit, 2009.
30. L'Intersyndicale nationale des internes et les élèves directeurs de l'hôpital de l'École des hautes études en santé publique, «“L'hôpital s'effondre et c'est la division qui règne”: futurs médecins et directeurs s'unissent pour sauver le service public», *Tribune libre*, publié le 26 août 2022, consultée le 6 avril 2023, URL: <https://www.tribune-libre.org/>

d'entrevoir la médecine narrative comme un militantisme mais de comprendre qu'elle constitue un savoir situé³¹ qui prend en compte le monde habité et les personnes qui l'animent.

Les principes pédagogiques du Diplôme Universitaire de Médecine narrative

Si l'équipe de Columbia a élaboré un appareil conceptuel et pédagogique qui a fait ses preuves, il s'agit néanmoins de le faire atterrir dans un contexte à la fois francophone, d'un point de vue linguistique, et français, d'un point de vue clinique et universitaire. Ainsi, par exemple, le module 1 du D. U. de Médecine narrative propose une généalogie des rapports entre médecine et récit depuis l'Antiquité, car il semble important de mettre en perspective les liens étroits entre narrativité et soin au fil de l'Histoire, relations qui ont innervé à la fois le développement scientifique, épistémologique et clinique de la médecine. En l'occurrence, l'Histoire de la médecine n'est pas actuellement un objectif pédagogique développé en tant que tel dans le cadre du Master de Columbia.

Renouer avec l'expérience sensible

Comme nous le soulignons dès l'introduction, dans le contexte paradigmatique de la biomédecine, la crainte pourrait être d'évoluer vers une « extinction de l'expérience », pour reprendre le titre d'un article célèbre de Robert Pyle³² dans le domaine de l'écologie. La médecine narrative va chercher, par ses méthodes et les sujets qu'elle aborde, à renouer avec l'expérience sensible. C'est le terrain clinique de la relation de soin, dans une perspective singulière et subjective, qui va être au cœur des réflexions phénoménologiques et des pratiques. Ainsi, les pratiques artistiques, et la littérature en premier lieu vont constituer l'espace à partir duquel l'expérience sensible va être retravaillée: il s'agit, en quelque sorte, de faire

egora.fr/actus-pro/tribune-libre/75824-l-hopital-s-effondre-et-c-est-la-division-qui-regne-futurs-medecins-et.

31. Dona Haraway, « Savoirs situés », *Manifeste cyborg et autres essais*, Paris, Exils, 2007, p. 107-135.
32. Robert Pyle, « L'extinction de l'expérience » [1993], trad. par Mathias Lefèvre, *Écologie & politique*, n° 53 (*Face à la catastrophe: avec ou contre l'État ?*), 2016/2, p. 185-196, mis en ligne le 30 mai 2017, consulté le 12 mars 2023, URL : <https://www.cairn.info/revue-ecologie-et-politique-2016-2-page-185.htm>.

« atterrir³³ » l'expérience sensible désinvestie dans le cadre biomédical de la relation de soin, sur un terrain esthétique, à partir d'un travail sur les textes et les supports artistiques. Par le détour de l'expérience esthétique³⁴, le soin est appréhendé comme une expérience sensible où chacun perçoit, ressent et expérimente.

Ainsi, sur six modules du D. U., deux sont construits sur le modèle d'ateliers: les modules 3 et 4 sont des modules « éthico-pratiques », ils se déclinent selon l'expérience du soignant et celle du patient. Cette pédagogie active évolue, à la suite du sixième module, le module pédagogique, vers trois journées de séminaire de fin de formation³⁵ où les étudiant·e·s inscrit·e·s sont amené·e·s à construire eux-mêmes, en binôme, des ateliers. La progression du programme permet de mettre en place une pédagogie de coopération qui fait écho au principe d'affiliation de la médecine narrative³⁶. En retissant une communauté soignante, par le partage du sensible³⁷ qu'offre le travail de la littérature et des arts, cette pédagogie active et coopérative n'est pas sans rappeler le travail sur le sensible mis en œuvre par Bruno Latour³⁸ sur le terrain de l'écologie. Afin de rendre compréhensible l'anthropocène, le philosophe propose des dispositifs artistiques pour que chacun puisse dresser, par le détour d'une pratique artistique (écriture, théâtre, chant), un diagnostic de son inscription personnelle dans un environnement en pleine mutation et en percevoir ainsi, au cœur de son existence, les changements.

33. Sur le sens à donner au verbe « atterrir », voir l'importance de s'inscrire dans un contexte local par des pratiques artistiques, chez Bruno Latour, *Où atterrir ? Comment s'orienter en politique*, Paris, La Découverte, 2017.

34. Jean-Marie Schaeffer, *L'expérience esthétique*, Paris, Gallimard, 2015.

35. Précisons que dans le cadre de ce séminaire, nous élargissons la médecine narrative à l'approche épistémologique et pédagogique de la recherche-création, véritable « pensée en acte ». Si la médecine narrative inclut dans ses programmes, à Columbia, une ouverture à d'autres pratiques que celles de l'écriture et la lecture, la recherche-création présente en plus un cadre théorique et pratique pour compléter cette ouverture, dans une intrication étroite avec l'art; voici les premiers principes préconisés par Erin Manning et Brian Massumi: « Pratiquer la critique immanente; construire les conditions d'un programme spéculatif; inventer des techniques de relation; concevoir des techniques encapacitantes; mettre la pensée en acte [...] » (*Pensée en acte. Vingt propositions pour la recherche-création*, Dijon, Les presses du réel, 2018, p. 27).

36. Rita Charon, *Médecine narrative*, ouvr. cité, p. 249-254.

37. Jacques Rancière, *Le partage du sensible. Esthétique et politique*, Paris, La Fabrique, coll. « Hors collection », 2000.

38. Bruno Latour, *Enquêtes sur les modes d'existence. Une anthropologie des Modernes*, Paris, La Découverte, 2012.

Le travail de l'interprétation

Le geste central de la médecine narrative est fondé sur un geste herméneutique: celui de l'interprétation. Il invite à se détacher d'une seule interprétation cognitive, ou une recognition, afin d'évoluer vers une interprétation inventrice³⁹. Si le geste du diagnostic médical constitue une interprétation, il se situe du côté de la recognition, puisqu'il vise à retrouver dans la mémoire des connaissances acquises, ce qui se présente dans l'expérience. Avec la médecine narrative, il s'agit d'ajouter un autre niveau interprétatif qui est propre à l'analyse poétique et esthétique et relève alors d'une projection dans le futur:

L'interprétation y apparaît comme relevant du pressentiment, de l'intuition, du tâtonnement et du hasard, et l'art de la voyance – bien davantage que de la science, de l'expertise, de la technique ou de la discipline. Son activité est orientée par une *certitude subjective instantanée*, à travers laquelle on sait qu'on a trouvé (quelque chose), sans savoir encore ce que l'on a trouvé⁴⁰.

Travailler cette interprétation inventrice a pour objectif d'améliorer le diagnostic en lui associant une analyse fine de l'histoire du patient, mais plus encore d'entraîner le soignant à l'incertitude, l'ambivalence⁴¹.

Ainsi, dans une perspective pédagogique, l'interprétation relève à la fois d'un savoir-faire mais aussi d'un savoir-être, ce qui est essentiel pour le soignant car cette dimension n'est pas abordée, ou l'est très peu, dans les cursus de formation aux métiers de soignants. L'analyse des textes littéraires est au cœur de cet entraînement. Notons en l'occurrence que, selon Yves Citton, la lecture de la littérature constitue « une illustration paradigmatique de l'interprétation inventrice⁴² ». Or ce geste constitue le point le plus complexe dans la formation du D. U. car il ne s'agit pas simplement de donner aux étudiant·e·s en sciences de la santé des outils littéraires mais plutôt une aisance et une subtilité dans l'interprétation, ce qui est différent :

39. Yves Citton, *L'avenir des humanités. Économie de la connaissance ou culture de l'interprétation ?*, Paris, La Découverte, 2012, p. 120 et suiv.

40. Yves Citton, *L'avenir des humanités*, ouvr. cité, p. 52; nous soulignons.

41. Ces deux notions font partie des six principes de la médecine narrative développés par Rita Charon (*Principes et pratique de la médecine narrative*, Paris, Sipayat, 2020, p. 26).

42. Yves Citton, *L'avenir des humanités*, ouvr. cité, p. 126.

cette aisance ne se gagne pas nécessairement par la pratique, dans la durée, mais davantage par la confiance en sa propre parole créatrice, telle « une certitude subjective instantanée ». Les étudiant·e·s soignant·e·s l'ont effectivement remarqué. Une pédagogie positive et bienveillante envers les capacités de chacun est donc indispensable.

La création au centre

Cet entraînement à l'interprétation inventrice relève ainsi d'un geste de création et c'est bel et bien un encouragement à la création qui est transversal dans l'enseignement de la médecine narrative. Il s'exerce dans le travail de l'imagination par l'écriture, et dans une attitude valorisant une confiance en soi à travers l'expérience créatrice. Le travail de l'imagination, s'il constitue le fondement des exercices de création dans les ateliers de médecine narrative, est aussi important dans la pratique clinique car il permet d'exercer la proxémie⁴³ et de comprendre l'expérience du patient : il consiste en la possibilité, comme le rappelle Hannah Arendt, de trouver la juste distance :

Seule l'imagination nous permet de voir les phénomènes selon la perspective qui convient, de mettre à distance ce qui est trop proche afin de le voir et de le comprendre sans préjugé ni déformation, de franchir les abîmes de l'éloignement, jusqu'au moment où il devient possible de voir et de comprendre tout ce qui est trop éloigné comme une affaire familière⁴⁴.

En outre, au-delà de l'imagination comme procédé dans les pratiques d'écriture, et comme processus dans le développement de compétences, il s'agit de valoriser l'improvisation. Cela fait écho à ce que nous venons de préciser dans la possibilité de se prêter à « une certitude subjective instantanée ». Arnold Davidson propose de l'aborder comme une forme de pensée, peut-être, pourrions-nous avancer, l'idée de pensée en acte :

L'improvisation n'est pas seulement une technique, elle est peut-être aussi et surtout une attitude, un esprit. Sans cette attitude ou cet esprit, la médecine ne peut pas continuer et ne peut pas voir ses propres problèmes. C'est une ouverture pour un nouvel espace de pensée et d'action, une nouvelle vision du monde. Grâce

43. La proxémie est la perception de la distance par rapport à l'autre ; dans le soin, on l'évalue comme juste distance ou de juste proximité.

44. Hannah Arendt, *La nature du totalitarisme*, Paris, Payot, 1990, p. 60.

à l'improvisation, un monde clos peut devenir un monde ouvert. Forcément un médecin fermé, sans le courage d'improviser, tôt ou tard se trompera et on en paiera le prix⁴⁵.

Travailler l'improvisation comme technique *et* attitude, comme le souligne Davidson, demeure un enjeu important dans le cadre médical.

Ainsi, la création relève d'un principe jusque dans les méthodes pédagogiques enseignées dans le cadre du D. U. de Médecine narrative. C'est la raison pour laquelle nous avons insisté sur le fait de ne pas figer les dispositifs, les pratiques, les exercices : remettre l'ouvrage sur le métier afin d'aborder un atelier en y découvrant une nouvelle perspective. Aussi avons-nous demandé aux enseignants des modules 3 et 4 de proposer un atelier sans préconiser un cadre méthodologique particulier – on le sait, les ateliers de Columbia suivent trois temps : la lecture, l'écriture et l'échange sur les textes produits. Il s'agissait ici d'offrir la possibilité aux étudiant-e-s de découvrir de nouveaux modèles, de percevoir les possibles de la création à travers la diversité des approches, et de considérer que l'on peut toujours faire de la médecine narrative sans nécessairement passer par un modèle figé.

Se nourrir des marges

Enfin, dans la perspective d'une approche « indisciplinaire », le dernier principe pédagogique porte sur une invite : « aller voir ailleurs », se nourrir des marges afin de poursuivre un apprentissage et de préserver une attitude de découverte. En méditation pleine conscience, on nomme cette attitude « l'esprit du débutant ». Il s'agit non seulement de préserver une forme d'innocence disciplinaire feinte mais encore de préserver la joie de la découverte. Le franchissement des limites disciplinaires, des pratiques, permet d'enrichir les connaissances par le croisement des perspectives ainsi que dans une perspective de métissage, il ouvre à un développement heuristique⁴⁶.

Ces deux derniers points, maintenir un processus en création et se nourrir des marges, ont été présentés comme les deux enjeux pédagogiques majeurs de la formation lors du module pédagogique.

45. Arnold Davidson, *Gli esercizi spirituali della musica. Improvvisazione e creazione*, Milan, Mimesis, 2020, p. 26 ; nous traduisons.

46. On retrouve ici la notion célèbre de « bricolage » de Claude Lévi-Strauss (*La pensée sauvage*, Paris, Plon, 1962, p. 33-34).

Le rôle de la recherche et de la création littéraires

Ainsi, si la littérature et les études littéraires ont constitué les bases d'une réflexion majeure dans l'élaboration de la médecine narrative, si on peut leur attribuer une place transversale⁴⁷ dans la discipline, qu'en est-il de leur présence dans la formation? Quelle fonction ont-elles? «La littérature pour quoi faire?», si l'on reprend le titre de la *Leçon* inaugurale au Collège de France d'Antoine Compagnon⁴⁸.

Dans le cadre de Columbia, on l'a vu, le littéraire relève de supports de travail dans les ateliers, et il donne lieu à une réflexion naratologique et méthodologique. Mais il semble que ce que nous nommons «travail de la littérature», qui renvoie, dans une perspective pragmatiste, au travail que l'on fait à partir de la littérature (analyse, lecture, écriture) et qu'elle effectue en nous⁴⁹, déborde ce cadre pratique de Columbia.

Un laboratoire esthétique ouvert sur le réel

De prime abord, la littérature offre un terrain d'exploration pour les soignants: c'est une expérience de pensée autre que celle que propose la philosophie⁵⁰. En outre, par le détour d'une expérience esthétique, elle permet de réinvestir des difficultés rencontrées sur le terrain clinique. Ainsi, l'analyse de Marta Nussbaum sur

47. La question de la transversalité de la littérature s'entend ici selon deux perspectives. D'une part, la narrativité abordée à travers des récits littéraires permet de donner à voir la transversalité propre à l'expérience, dans la mesure où le récit intègre un rapport au temps, au réel, aux émotions qui met en évidence la complexité d'une situation. D'autre part, les méthodologies des études littéraires (la lecture littéraire, l'analyse sur le modèle du *close reading*, les écritures littérisées dont l'écriture d'invention) sont au cœur des ateliers, si bien que l'on travaille sur et à partir «du littéraire» (voir, sur l'adjectif substantivé, Alain Viala, *L'adhésion littéraire*, Montreuil, Le temps des cerises, 2022, p. 166).

48. Antoine Compagnon, *La littérature pour quoi faire?*, Paris, Collège de France/Fayard, 2007.

49. Voir Isabelle Galichon, «La littérature en médecine narrative, une expérience (du) sensible», *Fabula/Les colloques (Pour une littérature du care)*, consulté le 15 septembre 2022, URL: https://www.fabula.org/colloques/document8247.php?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=pour_une_litterature_du_care_publication_du_colloque_en_acces_libre_sur_fabula&utm_term=2022-09-13.

50. Voir à ce sujet les travaux de Pierre Macherey (*À quoi pense la littérature?*, Paris, Presses universitaires de France, 1990) et de Philippe Sabot (*Philosophie et littérature*, Paris, Presses universitaires de France, 2002).

la fiction comme exercice de l'imagination morale⁵¹ peut être étendue au récit littéraire de façon générale.

Mais ce qui nous semble tout aussi intéressant est le double mouvement par lequel cet exercice opère dans le type de lecture proposé pendant les séances : celui de l'*estrangement* et de la *quotidiennisation*. Le premier ne se résume pas à un procédé littéraire comme l'a analysé le formaliste russe Victor Chklovski⁵², mais relève d'un véritable processus de pensée sensible tel que le conçoit Carlo Ginzburg⁵³ : il déplace le lecteur qui, par un sentiment d'inquiétante étrangeté de l'ordinaire⁵⁴, trouve dans la lecture une résonance avec son expérience personnelle. C'est là aussi une expérience de pensée critique puisque, dans l'écart entre le vécu et le texte, par la lecture, se manifeste une distance qui permet la réflexion. Le second mouvement renvoie à un exercice de quotidiennisation⁵⁵ qui est inhérent à la lecture comme processus de subjectivation. Cette expérience de défamiliarisation/familiarisation fait écho aux travaux de Florent Coste⁵⁶ qui appréhende la littérature comme une expérience pragmatiste, non seulement comme laboratoire, en lien avec le réel, mais plus encore comme processus et expérience esthétique d'un être-au-monde. Ses travaux s'inscrivent à la suite de ceux de Jean-Christophe Bailly, Marielle Macé ou Yves Citton qui envisagent un élargissement du littéraire⁵⁷.

51. Marta Nussbaum, *Poetic Justice. The literary Imagination and Public Life*, Boston, Beacon Press, 2015 ; *La connaissance de l'amour. Essais sur la philosophie et la littérature*, Paris, Cerf, 2010.

52. Viktor Chklovski, *L'art comme procédé*, Paris, Allia, 2008.

53. Voir par exemple Carlo Ginzburg, « L'estrangement. Préhistoire d'un procédé littéraire », *À distance. Neuf essais sur le point de vue en histoire*, Paris, Gallimard, 2001, p. 15-37. Voir aussi la lecture qu'en propose Guillaume Le Blanc, « L'estrangement selon Pinocchio », *Essais* [en ligne], Hors-série 1 | 2013 (*L'estrangement*), mis en ligne le 5 octobre 2020, consulté le 15 septembre 2022, URL : <https://journals.openedition.org/essais/2157>.

54. La notion est à entendre dans le rapport à une langue ordinaire, selon l'analyse qu'en propose Stanley Cavell, à savoir qu'il est difficile d'accéder à l'ordinaire (« L'ordinaire et l'inquiétant », *Rue Descartes* [en ligne], n° 39 [*Wittgenstein et le paradigme de l'art*], 2003/1, p. 88-98, mis en ligne le 1^{er} octobre 2008, consulté le 12 mars 2023, URL : <https://www.cairn.info/revue-rue-descartes-2003-1-page-88.htm>).

55. Bruce Bégout, *La découverte du quotidien*, Paris, Fayard, 2005.

56. Florent Coste, *Explore. Investigations littéraires*, Paris, Questions théoriques, 2017.

57. Ce terme d'élargissement est important et reprend les travaux de Jean-Christophe Bailly (*L'élargissement du poème*, Paris, Christian Bourgois, 2015) et

Ainsi le travail de la littérature, en médecine narrative, ne se contente pas de proposer une expérimentation pour réinvestir le vécu du soignant, il donne aussi à voir la possibilité d'un autre être-au-monde. Cette ouverture à d'autres possibles dans le soin résulte d'un élargissement du littéraire : on le comprend bien, la littérature n'est pas alors un simple procédé expérimental, un exercice de pensée, mais, en tant que processus, en tant que travail, elle pose les conditions d'une forme d'existence autre dans le soin qui s'appuie sur une sensibilité, une capacité d'analyse, une perception aiguë de ce qui fait sens et émotion.

Renouer avec le trouble

On l'aura compris, la littérature dans le D. U. de Médecine narrative n'a donc aucune fonction prédicative ni même propédeutique : elle ne sait pas ce qui doit être fait. Rien à voir donc ni avec la morale, ni avec la déontologie. Si la littérature peut être considérée comme un support pour travailler l'éthique dans la perspective de l'éthique narrative, elle constitue davantage un exercice éthique en tant que tel, dans la perspective des travaux de Foucault, afin de développer une esthétique de l'existence⁵⁸ ; cette dernière est le résultat de l'*ethos* que tout soignant est invité à constituer au cours de sa formation et de sa carrière⁵⁹. Le travail de la littérature peut, dans ce contexte, être un support important pour élaborer ce qu'être soignant veut dire et quelle forme lui donner.

Aussi, le geste de la littérature est-il préservé dans la mesure où il invite le soignant à renouer avec le trouble, cette coloration du

de Marielle Macé (*Nos cabanes*, Lagrasse, Verdier, 2019, p. 69-117) pour laquelle la littérature favorise un « élargissement des formes de vie ». À ne pas confondre avec l'extension du domaine de la littérature (Alexandre Gefen et Claude Perez, « Extension du domaine de la littérature », *ELFe XX-XXI* [en ligne], 8 | 2019, mis en ligne le 10 septembre 2019, consulté le 15 septembre 2022, URL : <https://journals.openedition.org/elife/1701>), phénomène étudié de façon concomitante mais propre à un élargissement du domaine que recouvre le littéraire. Dans l'élargissement littéraire, il s'agit davantage de considérer le littéraire comme mode d'existence.

58. Michel Foucault, « Une esthétique de l'existence », *Dits et écrits. 1954-1988*, t. iv. 1980-1988, n° 357, éd. Daniel Defert et François Ewald, Paris, Gallimard, coll. « NRF », 1994, p. 730-735.
59. Voir Isabelle Galichon, « La compétence du savoir-être dans le cursus médical – Élaborer un *ethos* de soignant par la médecine narrative », dans Anne-Marie Petitjean et Sylvie Brodziak (dir.), *La littérature stéthoscope*, Paris, Le Manuscrit, 2024.

réel⁶⁰. Face à la quête de certitude pour laquelle œuvrent souvent les sciences médicales, le travail de la littérature va favoriser un retour du réel en réintroduisant, dans la relation de soin, le trouble. Il s'agit alors de s'appuyer sur ce qui suscite l'incertitude, l'idée d'une défatalisation du récit, mais aussi l'ambivalence propre au langage et que valorise la littérature : refuser l'idée selon laquelle tout récit, sur le modèle du récit de cas, doit être univoque ; être capable d'entendre le malaise de l'ambiguïté et se familiariser avec cette zone critique du langage-malentendu ; trouver dans le silence un possible de la relation ; se tenir avec l'ambivalence tout en étant affecté par ce qu'elle suscite. Voilà le travail de la littérature que le D. U. de médecine narrative met en œuvre. C'est pourquoi il n'a pas pour vocation d'apporter des outils performants assurant une efficacité dans le diagnostic⁶¹ ; il relève davantage d'un entraînement à la performativité du langage qui ouvre sur d'autres possibles.

Une clinique du tact – vers une sémiotique élargie

N'est-ce pas alors un risque de fragiliser les soignants ? Si la méditation pleine conscience, par exemple, vise à donner des ressources aux soignants pour retrouver une stabilité face aux émotions, la médecine narrative fait le choix de considérer le soignant dans sa vulnérabilité pour y puiser une nouvelle puissance tirée de l'augmentation de la puissance d'exister suscitée par la joie, de la puissance de la langue, des liens faibles⁶² dans la rencontre avec les patients, et de la reconnaissance⁶³ du soignant et du patient comme personne.

L'enjeu pour la médecine narrative est alors de proposer une clinique renouvelée, fondée sur une sémiotique élargie. Cette clinique qui s'appuie, entre autres, sur le travail de la littérature, pourrait répondre de la notion de tact étudiée depuis Goethe et reprise à nouveaux frais par Lia Kurts. Selon elle, le tact consiste pour Goethe en :

-
60. Voir, au sujet du réel comme trouble, les textes et travaux de Philippe Forest (*Le roman, le réel. Un roman est-il encore possible ?*, Nantes, Pleins feux, 1999), et sur Emmanuel Carrère (Laurent Demanze et Dominique Rabaté, *Emmanuel Carrère. Faire effraction dans le réel*, Paris, P.O.L., 2018).
61. Nous reprenons ce terme d'efficacité car il est avancé par Rita Charon dès l'« Avant-propos de l'auteur » dans son ouvrage somme (*Médecine narrative*, ouvr. cité, p. 14).
62. Sandra Laugier et Alexandre Gefen, *Le pouvoir des liens faibles*, Paris, CNRS, 2020.
63. Axel Honneth, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Gallimard, coll. « Folio essais », 2013.

Un art de l'occasion et du cas, assorti d'un geste d'autolimitation : c'est en ce double sens qu'une telle catégorie pourrait prendre aujourd'hui une valeur heuristique pour penser le geste interprétatif dans le cadre d'une herméneutique moderne tout à la fois critique et participative. [...] Pour saisir l'analogie des formes, grand principe de la science goethéenne, comme pour établir le mouvement de pendule entre expérience et idée, entre pratique et théorie, il faudrait du tact⁶⁴.

Lia Kurts propose ainsi un élargissement du geste interprétatif, ce vers quoi tend la médecine narrative, à partir de la notion de tact, faisant le lien entre une approche pragmatique et théorique, et « capable de respecter à la fois un principe de scientificité et une volonté de caractérisation du singulier⁶⁵ ». En reprenant les travaux de Greimas, elle propose d'envisager un mode de pensée sémiotique à l'aune de la notion de « gestualité », et plus particulièrement comme « tact critique de l'interprétation⁶⁶ ». Cette approche nous semble pertinente dans le contexte de la médecine narrative puisque nous avons souligné combien l'interprétation en constituait le fondement, dans une approche augmentée du modèle médical. Partir du tact, à la lisière du toucher clinique et d'une éthique sensible, paraît le point juste, le lieu idoine pour repenser une clinique dans le soin. Voici encore ce que livre Lia Kurts sur le tact critique de l'interprétation qui :

Suppose la figure d'un interprète doué d'affects et de responsabilité, à la fois capable de reconnaître une certaine inhérence dans la situation interprétative, voire d'être *touché*, de connaître des fulgurances au contact des œuvres, tout en maintenant une distance critique nécessaire au projet de connaissance – donc qui sache tenir *simultanément* un « entre » et un « écart » et discerner consécutivement des régimes de sémioticités lui permettant non seulement de théoriser mais aussi de mettre en pratique une telle posture au contact des textes et des œuvres⁶⁷.

Cette sémiotique que propose Lia Kurts pour les textes et les œuvres, pourrait être élargie au domaine du soin clinique avec le contact des patients : non seulement elle peut constituer le cadre théorique de la

64. Lia Kurts, *Acte et tact herméneutiques*, Paris, Honoré Champion, 2022, p. 15.

65. Lia Kurts, *Acte et tact herméneutiques*, ouvr. cité, p. 16.

66. Lia Kurts, *Acte et tact herméneutiques*, ouvr. cité, p. 17.

67. Lia Kurts, *Acte et tact herméneutiques*, ouvr. cité, p. 18.

démarche pédagogique de la médecine narrative en tant que telle, appliquée aux œuvres, mais plus largement elle peut être réinvestie sur le terrain clinique, dans un mouvement d'élargissement. Voilà donc le programme d'un développement de la médecine narrative dont le D. U. n'est qu'un jalon.

Conclusion

L'enjeu du D. U. de Médecine narrative du Collège des Sciences de la Santé de l'Université de Bordeaux, en lien avec ces fondements épistémologiques, pédagogiques et éthiques, est de renouer avec l'expérience sensible à partir d'une approche pragmatiste qui valorise l'interprétation, la création et une culture in(ter)disciplinaire. Le travail de la littérature dans une perspective élargie y est central puisqu'il constitue un véritable laboratoire esthétique ouvert sur l'expérience.

Aussi, dans *Regarder, écouter, lire*, publié trente ans après *La pensée sauvage*, Lévi-Strauss pose-t-il un regard particulier pour comprendre la place que l'art occupe entre la science et la pensée mythique : « L'art s'insère à mi-chemin entre la connaissance scientifique et la pensée mythique ou magique ; car tout le monde sait que l'artiste tient à la fois du savant et du bricoleur⁶⁸. » Aborder l'artiste comme un passeur entre ces deux formes de pensées nous invite à reconsidérer le soignant du D. U. de Médecine narrative. Faut-il le voir comme un artiste en écho lointain avec Hippocrate ? Peut-être. Ce qui est certain, c'est que pour la médecine narrative le soignant « tient à la fois du savant et du bricoleur ». Et ce qui compte dans cette perspective, c'est bien le « à la fois », c'est la possibilité du mouvement, l'alternance *et* l'association, « tenir *simultanément* un "entre" et un "écart" et discerner consécutivement des régimes de sémioticités lui permettant non seulement de théoriser mais aussi de mettre en pratique », pour reprendre les termes de Lia Kurts.

Ainsi, c'est dans ce (mé)tissage – dans un dépassement du récit – entre pensée scientifique et pensée mythique, entre bonne distance et pont interdisciplinaire, que le D. U. de Médecine narrative propose une pensée en acte, vers une clinique des signes renouvelée, une *clinique du tact*, afin de réintégrer l'épreuve au centre de la relation de soin.

68. Claude Lévi-Strauss, *Regarder, écouter, lire*, Paris, Plon, 1993, p. 17.

Notes biographiques

Isabelle Galichon est chercheuse associée à l'Unité de Recherche PLURIELLES (UBM) et à l'Institut de Médecine Intégrative et Complémentaire du CHU de Bordeaux. Elle est cotitulaire de la Chaire Médecine narrative – Hospitalité en santé. Spécialiste de la notion de récit de soi qu'elle aborde à partir des travaux du dernier Foucault, elle oriente depuis quelques années ses recherches et pratiques vers la médecine narrative.

Jean-Arthur Micoulaud-Franchi est médecin psychiatre et médecin du sommeil au CHU de Bordeaux et professeur des Universités – Praticien Hospitalier en Physiologie clinique dans l'UFR des Sciences médicales du Collège Sciences de la Santé de l'Université de Bordeaux. Il est cotitulaire de la Chaire Médecine narrative – Hospitalité en santé et développe une recherche sémiologique afin d'étudier la constitution des symptômes comme des manifestations phénoménologiques à l'interface du « physiologique » et du « socio-culturel ».

Bibliographie

- ARENDDT, Hannah, *La nature du totalitarisme*, Paris, Payot, 1990.
- BAILLY, Jean-Christophe, *L'élargissement du poème*, Paris, Christian Bourgois, 2015.
- BARTHES, Roland, *Fragments d'un discours amoureux*, Paris, Seuil, 1977.
- BÉGOUT, Bruce, *La découverte du quotidien*, Paris, Fayard, 2005.
- BRUNER, Jérôme, *Pourquoi racontons-nous des histoires ?*, Paris, Retz, 2010.
- CANGUILHEM, Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, 2015.
- CAVELL, Stanley, *Un ton pour la philosophie*, Paris, Bayard, 2003.
- CAVELL, Stanley, « L'ordinaire et l'inquiétant », *Rue Descartes*, n° 39 (*Wittgenstein et le paradigme de l'art*), 2003/1, p. 88-98.
- CHARON, Rita, *Principes et pratique de la médecine narrative*, Paris, Sipayat, 2020.
- CHARON, Rita, *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires des maladies*, Paris, Sipayat, 2015.
- CHKLOVSKI, Viktor, *L'art comme procédé*, Paris, Allia, 2008.
- CITTON, Yves, *L'avenir des humanités. Économie de la connaissance ou culture de l'interprétation ?*, Paris, La Découverte, 2012.
- CITTON, Yves, « Indiscipline littéraire et textes possibles entre présomption et sollicitude », dans Marc Escola (dir.), *Théorie des textes possibles*, Amsterdam, Rodopi, 2012, p. 215-229.
- COMPAGNON, Antoine, *La littérature pour quoi faire ?*, Paris, Collège de France/Fayard, 2007.

- COSTE, Florent, *Explore. Investigations littéraires*, Paris, Questions théoriques, 2017.
- DAVIDSON, Arnold, *Gli esercizi spirituali della musica. Improvvisazione e creazione*, Milan, Mimesis, 2020.
- DELORENZO, Christian, *Pour un hôpital narratif. Un modèle de formation à la médecine narrative en milieu hospitalier*, thèse de médecine narrative, Université Paris Est-Créteil, 2022.
- DEMANZE, Laurent et Dominique RABATÉ, *Emmanuel Carrère. Faire effraction dans le réel*, Paris, P.O.L., 2018.
- DEWEY, John, *L'art comme expérience*, Paris, Gallimard, 2005.
- DIDI-HUBERMAN, Georges, *Quand les images prennent position*, Paris, Minitext, 2009.
- FOREST, Philippe, *Le roman, le réel. Un roman est-il encore possible ?*, Nantes, Pleins feux, 1999.
- FOUCAULT, Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses universitaires de France, 2015.
- FOUCAULT, Michel, *Le pouvoir psychiatrique*, Paris, Seuil/Gallimard, 2003.
- FOUCAULT, Michel, «Une esthétique de l'existence», *Dits et écrits. 1954-1988*, t. iv. 1980-1988, n° 357, éd. Daniel Defert et François Ewald, Paris, Gallimard, coll. «nrf», 1994, p. 730-735.
- FOUCAULT, Michel, *L'herméneutique du sujet*, Paris, Seuil/Gallimard, 1982.
- GALICHON, Isabelle, «La compétence du savoir-être dans le cursus médical – Élaborer un ethos de soignant par la médecine narrative», dans Anne-Marie Petitjean et Sylvie Brodziak (dir.), *La littérature stéthoscope*, Paris, Le Manuscrit, 2024.
- GALICHON, Isabelle, «La littérature en médecine narrative, une expérience (du) sensible», *Fabula/Les colloques (Pour une littérature du care)*, consulté le 15 septembre 2022, URL : https://www.fabula.org/colloques/document8247.php?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=pour_une_litterature_du_care_publication_du_colloque_en_acces_libre_sur_fabula&utm_term=2022-09-13.
- GEFEN, Alexandre et Claude PEREZ, «Extension du domaine de la littérature», *ELFe XX-XXI* [en ligne], 8 | 2019, mis en ligne le 10 septembre 2019, consulté le 15 septembre 2022, URL : <https://journals.openedition.org/elfe/1701>.
- GILLIGAN, Carol, *Une voix différente. La morale a-t-elle un sexe ?*, Paris, Flammarion, 2019.
- GINZBURG, Carlo, «L'étrangement. Préhistoire d'un procédé littéraire», *À distance. Neuf essais sur le point de vue en histoire*, Paris, Gallimard, 2001, p. 15-37.
- GORI, Roland et Marie-José DEL VOLGO, *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence* [2005], Paris, Flammarion, 2009.

- GOUPY, François et Claire LE JEUNNE (dir.), *La médecine narrative : une révolution pédagogique ?*, Paris, Med -line, 2016, *Éducation et socialisation* [en ligne], 49 | 2018, mis en ligne le 4 juillet 2018, consulté le 12 mars 2023.
- HADOT, Pierre, *Exercices spirituels et philosophie antique*, Paris, Albin Michel, 2002.
- HARAWAY, Dona, « Savoirs situés », *Manifeste cyborg et autres essais*, Paris, Exils, 2007, p. 107-135.
- HENAULT, Anne, *Les enjeux de la sémiotique*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Quadrige », 2012.
- HONNETH, Axel, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Gallimard, coll. « Folio essais », 2013.
- HURWITZ, Brian, « Narrative (in) Medicine », dans Paola Spinozzi et Brian Hurwitz (dir.), *Discourses and Narrations in the Biosciences*, Göttingen, Vandenhoeck et Ruprecht Unipress, 2011, p. 73-89.
- HUY, Viviane et Denis VERNANT, *L'indisciplinarité de l'art*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Formes sémiotiques », 2012.
- KURTS, Lia, *Acte et tact herméneutiques*, Paris, Honoré Champion, 2022.
- LATOURET, Bruno, *Où atterrir ? Comment s'orienter en politique*, Paris, La Découverte, 2017.
- LATOURET, Bruno, *Enquêtes sur les modes d'existence. Une anthropologie des Modernes*, Paris, La Découverte, 2012.
- LAUGIER, Sandra et Alexandre GEFEN, *Le pouvoir des liens faibles*, Paris, CNRS, 2020.
- LE BLANC, Guillaume, « L'étrangement selon Pinocchio », *Essais* [en ligne], Hors-série 1 | 2013 (*L'étrangement*), mis en ligne le 5 octobre 2020, consulté le 15 septembre 2022, URL : <https://journals.openedition.org/essais/2157>.
- LÉVI-STRAUSS, Claude, *Regarder, écouter, lire*, Paris, Plon, 1993.
- LÉVI-STRAUSS, Claude, *La pensée sauvage*, Paris, Plon, 1962.
- LOBRICHON, Guy, « Avant-propos », *L'indisciplinarité de l'art*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Formes sémiotiques », 2012, p. 1-4.
- MACÉ, Marielle, *Nos cabanes*, Lagrasse, Verdier, 2019.
- MACÉ, Marielle, *Sidérer, considérer*, Lagrasse, Verdier, 2017.
- MACHERY, Pierre, *À quoi pense la littérature ?*, Paris, Presses universitaires de France, 1990.
- MANNING, Erin et Brian MASSUMI, *Pensée en acte. Vingt propositions pour la recherche-création*, Dijon, Les presses du réel, 2018.
- MARIN, Claire, *Rupture(s)*, Paris, L'Observatoire, 2019.
- NUSSBAUM, Martha, *Poetic Justice. The literary Imagination and Public Life*, Boston, Beacon Press, 2015.

- NUSSBAUM, Marta, *La connaissance de l'amour. Essais sur la philosophie et la littérature*, Paris, Cerf, 2010.
- PELLUCHON, Corine, *Éthique de la considération*, Paris, Seuil, 2018.
- PYLE, Robert, «L'extinction de l'expérience» [1993], trad. par Mathias Lefèvre, *Écologie & politique*, n° 53 (*Face à la catastrophe: avec ou contre l'État ?*), 2016/2, p. 185-196.
- RANCIÈRE, Jacques, *Le partage du sensible. Esthétique et politique*, Paris, La Fabrique, coll. «Hors collection», 2000.
- RICŒUR, Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.
- SABOT, Philippe, *Philosophie et littérature*, Paris, Presses universitaires de France, 2002.
- SACKS, Oliver, *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*, Paris, Seuil, 1990.
- SCHAEFFER, Jean-Marie, *L'expérience esthétique*, Paris, Gallimard, 2015.
- SEVILLA, Gabriel, «Introduction. Un pont narratif entre deux cultures?», *Cahiers narratologiques* [en ligne], 28 | 2015 (*Le récit comme acte cognitif*, dir. Serge Milan et Gabriel Sevilla), mis en ligne le 5 novembre 2015, consulté le 15 septembre 2022, URL : <https://journals.openedition.org/narratologie/7290>.
- TARRAGONI, Federico, «La prise de parole comme processus de subjectivation politique», *Tumultes*, n° 43, 2014, p. 175-190.
- VIALA, Alain, *L'adhésion littéraire*, Montreuil, Le temps des cerises, 2022.