

Prendre Soins

Anamnèse, Témoignages, Aveux, Preuves documentaires

Jean-Pierre Lucas

Jean-Pierre Lucas est docteur en médecine générale.

Abstract

This contribution seeks to study some processes at work in the relation of care. The care relation follows a path between the symptom and the shared therapeutic decision. The actors of this adventure collaborate in the construction of a singular, interrelated world which is called into question at each new encounter. Some of the anchoring points are analysed such as anamnesis, testimony, documentary evidence and the important moment of consent to be involved in a therapeutic conversion. They all work together on the entanglement of memories and with the pretext of leading perceived symptoms to be expressed. This opens up a new clinical hermeneutic in which the suffering self opens onto an acting self. Two authors have guided these remarks: Michel Foucault and Paul Ricœur.

Keywords: Relations of care, Symptoms, Testimony, Consent, Documentary Evidence, Anamnesis

Résumé

La présente contribution tente d'étudier quelques processus à l'œuvre dans la relation de soins. Cette dernière chemine entre le symptôme et la décision thérapeutique partagée. Les acteurs de cette aventure collaborent à la construction d'un monde singulier interrelationnel remis en cause à chaque nouvelle rencontre. Quelques points d'ancrage sont analysés comme l'anamnèse, les témoignages, les preuves documentaires ainsi que le moment fort de l'aveu à soi-même entraînant une conversion thérapeutique. Tout ceci travaille de concert sur le terrain des mémoires enchevêtrées et au prétexte des symptômes perçus puis allégués. L'ébauche d'une herméneutique clinique se profile alors. Le soi souffrant s'ouvre ainsi sur un soi agissant. Deux auteurs ont guidé principalement nos réflexions: Michel Foucault et Paul Ricœur.

Mots-clés: Relation de soins, Symptômes, Témoignages, Aveux, Preuves documentaires, Anamnèse

Études Ricœuriennes / Ricœur Studies, Vol 2, No 1 (2011), pp.179-197

ISSN 2155-1162 (online) DOI 10.5195/errs.2011.43

<http://ricoeur.pitt.edu>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-No Derivative Works 3.0 United States License.



This journal is published by the [University Library System](#) of the [University of Pittsburgh](#) as part of its [D-Scribe Digital Publishing Program](#), and is cosponsored by the [University of Pittsburgh Press](#).

Prendre Soins

Anamnèse, Témoignages, Aveux, Preuves documentaires

Jean-Pierre Lucas

Jean-Pierre Lucas est docteur en médecine générale.

Au-delà de la maladie, la relation de soins transforme profondément le sujet souffrant en sujet agissant, mais elle transforme tout aussi profondément ses proches et les soignants avec lesquels il est en contact. En un mot, personne ne sort indemne d'une telle aventure. Maintenir une attestation de soi sous le regard de l'autre, tout en se transformant, passe par les entrelacs de la guérison. Il s'agit ici de tenter une description de ce que l'auteur croit considérer comme étant quelques éléments à l'œuvre dans la relation de soins non dans une visée structuraliste mais plus simplement au titre d'un témoignage à partager. Dans la suite d'une approche qualifiée de sémiologique, une tri-fonctionnalité peut être envisagée associant les témoignages avec les aveux et les preuves documentaires.

Les choix de lecture de l'auteur de ces lignes, qui n'est pas philosophe au sens universitaire du terme, l'ont mené à rencontrer les écrits de Michel Foucault, puis ceux de Paul Ricœur. Cela a eu pour résultat un profond bouleversement de son regard sur sa pratique de soignant. La sémiologie médicale met en jeu une multitude de facettes interactives. Il apparaît rapidement, dans ce système, la nécessité d'une localisation tant anatomique que symbolique du symptôme afin de pouvoir ébaucher l'anamnèse de la souffrance. Puis en suivant le fil de cette aventure, les liens créés lors de la construction de l'histoire s'avèrent être plus ou moins forts et surtout changeants. Leurs modifications entraînent une variabilité des distances entre les sujets réévaluant en permanence la nature des interprétations. Pour comprendre cela, il fallait pouvoir poser un regard éloigné sur le discours technoscientifique de la médecine sans pour autant le refuser. La lecture des auteurs cités ci-dessus a permis ce décentrage du regard.

Éléments d'une sémiologie médicale

L'expression du symptôme localise l'événement. Le symptôme vient rompre le silence d'un fonctionnement dit normal des organes. Certes, cette normalité n'a pas toujours été silencieuse, en particulier, lorsque, tout juste nouveau-né, nous avons crié au moment même où l'air pénétrait nos poumons et que nos pressions intracardiaques s'inversaient. Mais tous ces bruits sont devenus si habituels, si normaux que nous avons fini par ne plus les entendre. Ceci laisse la place, dans nos consciences, au silence de tous ces phénomènes qui se déroulent à notre insu au même titre que l'oubli de réserve concernant nos mémoires. Il faut alors la singularité d'un nouveau bruit, non référencé, pour questionner le cours habituel des perceptions, des représentations et des intentions du sujet en capacité d'agir. Ce phénomène naissant, ne pouvant d'emblée être intégré dans le schéma préexistant d'un soi-*idem* impose un changement tout en maintenant la promesse de l'intégrité et de la persistance d'un soi-*ipse*. Le symptôme impose son présent immédiat. Il crée une discontinuité traumatique dans le cours d'une histoire plus ou moins silencieuse. C'est alors que cette énigme laisse dans son sillage l'impression d'un excès de

sens venu d'ailleurs, imprévu dans la préfiguration du sujet souffrant, une sorte d'exil à l'intérieur de soi. Elle peut également correspondre au réveil d'un oubli de réserve, une réactualisation d'un passé enfoui. Elle reste une discontinuité dans l'agencement ordonné d'un soi conscient.

L'événement-symptôme définit le moment de son expression. Il désigne aussi, souvent, le lieu anatomique de son expression même si ce n'est pas toujours le cas concernant des symptômes isolés comme, par exemple, la fièvre, les vertiges, les nausées, les angoisses. Cette double localisation, temporelle et spatiale, ouvre alors les possibilités d'une configuration narrative.¹

Le symptôme traumatique et singulier ne peut pas s'inscrire d'emblée dans une chaîne de causalité, il est d'abord un pur présent. Paradoxalement, lorsqu'il désigne malgré tout un lieu anatomique ou une perturbation de l'intégration du sujet dans son monde, il va justifier des décisions d'action qui sont d'abord des postures d'évitement ou de déni. Les paroles qui vont alors pouvoir s'exprimer secondairement à son propos viennent de cette nouvelle localisation à la fois anatomique et symbolique. Une histoire ne peut être racontée de nulle part, il lui faut un lieu et un moment de naissance. Commencer à dire, c'est agir. Construire une intrigue à partir d'un endroit, c'est construire du sens à propos de l'événement en cours, c'est commencer à guérir.

Bien évidemment, les symptômes sans localisation anatomique comme la fièvre, les vertiges, les nausées, les angoisses et autres compliquent la tâche de cette mise en intrigue. Mais ils sont souvent liés à d'autres symptômes annexes permettant une localisation comme, par exemple, le mal de tête avec la fièvre. La localisation du symptôme sans lieu se faisant par l'intercession d'un autre symptôme lié et désignant un endroit du corps. C'est ici tout l'intérêt sémiologique d'un assemblage de plusieurs symptômes en une entité nommée syndrome. C'est alors le syndrome qui localise et il suffit pour cela qu'il contienne un seul élément localisant pour pouvoir commencer à raconter une histoire, celle du syndrome. Là peut commencer le travail anamnestique.

Au moment même où la localisation s'effectue l'anamnèse intrigue. Le travail d'anamnèse (*anamnêsis*) nécessite une collaboration avec un soi s'inscrivant dans un contexte. Cette remémoration active est partagée avec d'autres nouvellement proches, qualifiés et reconnus comme soignants, représentants actifs d'une médiation, d'un entre-deux. C'est bien à un tiers qu'il faut commencer à raconter une histoire, à partir d'un lieu et d'un moment déterminés par le symptôme ou le syndrome, sans en faire d'emblée une maladie. Cette mise en intrigue devient possible, autorisée, car la relation de soin détermine d'autres moments et d'autres lieux de rencontre récurrents, eux aussi singuliers, métaphoriques des conditions de temps et de lieu développant l'expression du symptôme ou du syndrome. Ce travail inscrit, de fait, la souffrance dans plusieurs histoires et dans la trame de plusieurs niveaux de liens enchevêtrés afin de construire un assemblage complexe de significances pour chacun des intervenants. Construire un soi acceptable, signifiant, devient l'enjeu de cette anamnèse.

La transformation d'un soi acceptable en soi "normal" nécessite de passer sous les regards et les injonctions de diverses institutions ou agences de santé publique qui racontent, elles aussi, leurs macro-histoires communautaires dans lesquelles le sujet doit se fondre. Le risque d'une "biopolitique"² est d'imposer l'oubli du soi souffrant en recherche de sens et d'identité et de ne plus voir à la place de la singularité de la personne qu'une tache aveugle. Dans le contexte biopolitique de ces agences, la lisibilité du processus de la maladie est essentielle pour leurs

autojustifications. Les taxinomies ainsi que les diverses mises en protocoles décisionnels concernant le soin passent par une forme de déni de la souffrance du sujet au profit de procédures de contrôles et/ou de dépistages rendant la maladie non seulement localisable mais également prévisible sur le plan de l'anthropologie culturelle. Ce *voir* devient ainsi un savoir étalé sur des surfaces visibles et organisées en tableaux offrant le spectacle formel de la maladie actuelle et à venir. La démarche anamnétique du sujet peut alors devenir, dans ce contexte institutionnel, une transgression, le souci de soi une désobéissance paradoxale. A ce titre, certaines campagnes de santé publique organisant des dépistages généralisés au moyen de valeurs biologiques isolées ou d'imageries médicales ciblées peuvent s'avérer être moins efficaces que prévu en terme de morbi-mortalité mais aussi délétères concernant l'identité du sujet et sa capacité à poursuivre la construction de soi. Certaines histoires racontées par les agences de santé publique peuvent s'avérer pathogènes et contrairement à ce qui est ainsi affirmé parfois, le développement optimum de la médecine préventive ne pourra faire disparaître la médecine curative. Les histoires institutionnelles sont aussi nourries d'*utopies*. Créer une maladie hors du contexte de son expression phénoménologique, c'est-à-dire en dehors du registre anatomique et symbolique du sujet, est une affaire difficile à gérer dans la relation de soin. Considérer que la localisation théorique d'une maladie définie par la communauté infère nécessairement celle de la représentation corporelle du sujet risque de s'avérer une erreur méthodologique majeure.

Pour sortir des dérives possibles des intrigues communautaires, l'anamnèse dans le contexte de la relation de soin, bien différente du souvenir passif (*mnêmê*), constitue une démarche heuristique pour le sujet en souffrance. Si elle devient une véridiction, c'est avec l'accord mutuel des acteurs de la relation de soin. La vérité de soi ne peut commencer à être vérité que si elle s'adresse à quelqu'un qui accepte de la recevoir et de l'entendre. Dans la dynamique de l'anamnèse, cette vérité est le résultat d'un agencement nouveau des traces mnésiques. Ce qui fait sens, ce ne sont pas les indices en tant que tels mais la façon dont ils sont réorganisés afin d'être énoncés à quelqu'un. Une nouvelle histoire sensée est une nécessité sous la violence des manifestations de la souffrance. Ceci peut discréditer partiellement pour la conscience du sujet les histoires institutionnelles prescrites et racontées par avance sous la forme d'injonctions. L'anamnèse sort l'énoncé de la vérité de soi du statut de simple témoignage, d'une seule réactualisation des traces indiciaires ou iconiques. L'anamnèse met l'aveu de soi au centre d'une conversion à soi-même, d'une renaissance. C'est dire que le tableau de la maladie, expression présente dans le discours médical, en offrant un spectacle à la communauté un *voir-savoir*³, peut s'avérer être inutile à la véridiction de soi. Cette notion de tableau est surtout utile pour la boîte à outils des soignants reconnus par les institutions. Il y a là une ligne de fracture importante dans le rôle des soignants qui remplissent une fonction d'intercesseurs entre les registres opposés que sont l'ordre et le désordre dans le domaine public. Deux mondes se chevauchent ainsi dans le champ de la relation de soin pour une négociation permanente dans l'écriture d'une histoire singulière. Ce travail est essentiellement construit au présent sur les perceptions immédiates, répétitives des acteurs de la relation. L'enjeu de l'anamnèse est, au fond, une véridiction dont la finalité est de rendre intelligible le soi-autre dans le monde. Le *comment* de l'anamnèse permet la transformation du *quoi* du souvenir passif en un *qui* se souvient.⁴

Dans le champ du travail anamnétique et pour suivre le chemin envisagé par Foucault, le symptôme "n'est jamais offert(e) aux sens, ne se dévoilant que sous le raisonnement."⁵ Mais quel est donc ce raisonnement et qui en a la responsabilité? Une seule personne? Plusieurs? Le soigné, le soignant? Les deux? Dans le même temps de la rencontre et/ou en dehors du moment

de la rencontre? Il existe, sans aucun doute, une capacité pour chaque personne en souffrance à raisonner. Comme le souligne Foucault:

C'est l'intervention d'une conscience qui transforme le symptôme en signe (...). Signes et symptômes sont et disent la même chose: à ceci près que le signe dit cette même chose qu'est précisément le symptôme (...) mais ce qui fait que le signe est signe n'appartient pas au symptôme mais à une activité qui vient d'ailleurs, (...) le symptôme devient donc signe sous un regard sensible à la différence, à la simultanéité ou à la succession, et à la fréquence. Opération spontanément différentielle, vouée à la totalité et à la mémoire, calculatrice aussi: acte par conséquent qui joint, en un seul mouvement, l'élément et la liaison des éléments entre eux.⁶

Sur le plan de la sémiologie médicale le symptôme et le signe s'articulent avec le syndrome et le tableau de la maladie. Ce schéma est toujours d'actualité dans le travail d'anamnèse du soignant. Un tel système d'interprétation instaure une distance par rapport au vécu du sujet en souffrance. En élaborant une telle construction, l'échafaudage opérationnel et objectif permet de modifier la plainte alléguée, de la mettre à distance afin de pouvoir raisonner en minimisant le registre émotionnel parasitant les prises de décision. Au même titre que le stéthoscope éloigne, la sémiologie médicale construit un regard éloigné et Foucault de préciser: "Le signe ne parle plus le langage naturel de la maladie; il ne prend forme et valeur qu'à l'intérieur des interrogations posées par l'investigation médicale. Rien n'empêche donc qu'il soit sollicité et presque fabriqué par elle."⁷

C'est donc un raisonnement qui transforme, convertit des perceptions alléguées en série d'éléments signifiants pour le soignant ainsi que pour le soigné si le thérapeute prend soin de raconter l'histoire et la mise en intrigue de son raisonnement. La construction de cette chaîne signifiante sur le terrain des symptômes est bien de nature heuristique et anamnétique pour l'ensemble des intervenants. Le champ de la rencontre est le lieu de ces recherches, de ces réminiscences mutuelles, configurées par l'unité de temps et de lieu de la relation de soin. La rencontre permet donc d'activer les liens avec les anciennes traces mnésiques mutualisées.

Ainsi, pour Foucault, le raisonnement de la sémiologie médicale dépasse sa seule dimension anamnétique: "le signe annonce; pronostique, ce qui va se passer; anamnétique, ce qui est passé; diagnostique, ce qui se déroule actuellement. De lui à la maladie règne toute une distance qu'il ne franchit pas sans la souligner, car il s'offre de biais et par surprise souvent."⁸

Le signe médical serait alors l'expression des trois temps humains selon Augustin, le présent du passé, le présent du présent et le présent du futur: "il serait plus approprié de parler des trois temps, présent du passé, présent du présent, présent du futur. Les trois existent dans l'âme et nulle part ailleurs. Le présent du passé, c'est la mémoire. Le présent du présent, c'est l'observation. Le présent du futur, c'est l'attente."⁹

La résonance avec la tri-fonctionnalité du signe, dans le sens évoqué par Foucault, place bien la question du temps au centre de la relation de soin. Un *comment* s'exprime dans la temporalité. Gérer une souffrance, c'est gérer du temps et des oublis, pour éventuellement arriver à en faire une histoire. Les mémoires individuelles s'enchevêtrent.

Dans le travail anamnétique, les distances varient. La souffrance exprimée par le symptôme annule partiellement la distance avec soi-même, emprisonne la pensée au plus près

d'un corps omniprésent, lourd, douloureux, subissant. Cette annulation, pour le moins cette réduction de la distance spatiale et temporelle entre soi et soi modifie, transforme la nature de la distance à l'autre. Un double changement s'opère donc: une trop grande proximité avec soi, une trop grande distance avec l'autre et enfin une transformation de cette distance. Alors, le travail consiste à construire de nouvelles mises à distance. Le symptôme, le signe, le syndrome, le tableau de la maladie, imposent un lieu corporel, une localisation qui, de fait, annonce la signification de l'événement. Les taxinomies classent tous les tableaux de maladie d'une façon naturaliste; ce qui permet à Foucault d'énoncer que "les médecins continueront à herboriser longtemps dans le champ du pathologique."¹⁰ Au fond, le paradigme naturaliste met à distance les choses, impose un regard éloigné de l'espace et du temps. Il construit une histoire naturelle des maladies qui est une forme de distanciation historique. Les traités de médecine en évoquent avec détails l'évolution, racontent par avance une histoire du malade afin de maintenir une distance avec les sujets en souffrance. Les anamnèses partagées du souffrant et du soignant, viennent alors, comme un travail d'appropriation historique, élaborer une dynamique de rapprochement-éloignement comme autant de liens agglomérant des éléments sémiologiques ensemble. L'espace de la relation peut être brouillé par les variations de distance et Foucault de développer cet aspect:

Dans l'espace rationnel de la maladie, médecins et malades ne sont pas impliqués de plein droit; ils sont tolérés comme autant de brouillages difficiles à éviter: le rôle paradoxal de la médecine consiste surtout à les neutraliser, à maintenir entre eux le maximum de distance pour la configuration idéale de la maladie, dans le vide qui se creuse de l'un à l'autre, devienne forme concrète, libre, totalisée enfin en un tableau immobile, simultané, sans épaisseur ni secret où la reconnaissance s'ouvre d'elle-même sur l'ordre des essences.¹¹

Cette problématique de la distanciation pose la question du partage des mémoires recherchées, explorées, empiriques. Quelles rencontres peut-on envisager entre les approches phénoménologiques et sociologiques de cette anamnèse? L'approche compréhensive de Max Weber, l'expérience d'un soi-autre de la sociologie d'Alfred Schutz évoquées par Ricœur ouvrent des voies:

Ces développements se trouvent encouragés par l'existence de traits de l'exercice de la mémoire qui portent la marque de l'autre. A sa phase déclarative, la mémoire entre dans la région du langage: le souvenir dit, prononcé, est déjà une sorte de discours que le sujet se tient à lui-même. Or le prononcé de ce discours se fait dans la langue commune, la langue maternelle le plus souvent, dont il faut dire qu'elle est la langue des autres.¹²

Le partage des mémoires est possible du fait de la médiation de la langue, un outil communautaire justifiant en même temps une distance. Partager des outils semblables pour voir, sentir, palper, penser, c'est partager une sorte de matérialisation de l'énoncé de l'anamnèse. La commune mesure permet de repérer la singularité.

La distance compréhensive est variable. Plus nous nous rapprochons de ce que nous envisageons d'évaluer, plus de nouvelles dimensions émergent et nous obligent à les appréhender. Ceci est particulièrement important dans la relation de soin. Vouloir regarder de plus en plus dans la profondeur du sujet souffrant nous contraint d'autant à la disperser, au

moyen d'artifices, sur des surfaces visibles et lisibles tels que les tableaux de maladies, les plaques histologiques des prélèvements biopsiques, l'imagerie médicale interventionnelle, les mesures quantitatives faites sur les fluides biologiques ou plus directement sur la peau. Le regard clinique a cette double et paradoxale capacité d'éloigner et de rapprocher ; ce que souligne François Dagognet: "le mesurant se rapproche du mesuré jusqu'à sembler l'absorber, mais, plus il le rejoint, plus il découvre aussi en lui de nouvelles couches, pour lesquelles il faut prévoir des instruments ou des ruses physiques plus subtiles. Et ainsi de suite."¹³

L'anamnèse autorisée ouvre la voie d'une vérité. Les mémoires individuelles ne peuvent être envisagées hors du contexte des mémoires collectives. Les travaux d'anamnèse nécessitent plusieurs niveaux de reconnaissance avec les autorisations *ad hoc*.

L'enchevêtrement des mémoires individuelles avec les mémoires collectives nécessite la médiation d'un entre-deux localisé et actif dans la relation de soin. Entre la phénoménologie de la mémoire individuelle et la sociologie de la mémoire collective la relation aux proches est bien l'une des formes de médiation. Cette zone tampon rend possible l'expérimentation des interprétations entre l'ensemble des mémoires, un plan intermédiaire que Ricœur envisage:

Ce plan est celui de la relation aux proches, à qui nous sommes en droit d'attribuer une mémoire d'un genre distinct. Les proches, ces gens qui comptent pour nous et pour qui nous comptons sont situés sur une gamme de variation des distances dans le rapport entre soi et les autres. Variation de distance, mais aussi variation dans les modalités actives et passives des jeux de distanciation et de rapprochement qui font de la proximité un rapport dynamique sans cesse en mouvement: se rendre proche, se sentir proche.¹⁴

Cet entre-deux s'inscrit dans la relation de soin dans la mesure où les proches du sujet souffrant y ont à dire et à faire. Le soignant est également l'un des proches en interaction puisqu'il est un observateur participant à l'affaire et à son histoire. Sa présence et ses interventions modifient l'évolution de l'histoire. Ceci suggère qu'il ne peut y avoir transformation et influence entre les niveaux d'interprétation du monde sans l'articulation d'un espace modulable et transformable autorisant l'expérimentation. Le personnage du soignant est trouble, un passeur de mots/maux entre le normal et le pathologique¹⁵, un médiateur entre deux mondes, entre le singulier et le communautaire. Ce médiateur autorise (dans le sens où il peut rendre possible) un espace et un moment dans lesquels le sujet souffrant peut prendre le risque d'expérimenter le fait d'énoncer, de dire, de raconter une histoire, de la construire pour lui-même et pour les autres en un même temps. Autorisation que Ricœur confirme:

La levée des obstacles à la remémoration qui font de la mémoire un travail peut être aidée par l'intervention d'un tiers, le psychanalyste entre autres. On peut dire de celui-ci qu'il autorise le patient à se souvenir... Cette autorisation,...s'articule sur le travail de mémoire du patient... s'employant à porter au langage symptômes, fantasmes, rêves, etc., en vue de reconstruire une chaîne mnémotique compréhensible et acceptable à ses propres yeux. Ainsi mise sur la voie de l'oralité, la remémoration l'est aussi sur celle du récit dont la structure publique est patente.¹⁶

Antichambre de la sphère publique, la relation de soin doit être explorée comme un atelier autorisant une construction signifiante, une "...chaîne mnémotique compréhensible et acceptable."¹⁷ C'est dire que cette construction herméneutique n'a pas pour vocation de relater

l'exhaustivité d'une réalité passée et seulement elle mais bien celle d'élaborer un *présent du passé* au moyen d'un assemblage un peu hétéroclite selon une sorte de topologie élaborée autour d'intervalles, de brèches dans le temps et dans l'espace, pourvu que cela soit intelligible. Synecdoques, métonymies, métaphores sont opérationnelles et tissent une compréhension du présent sur les scories du passé au moyen de glissements et de transpositions de sens.

Nos souvenirs reconfigurés sous une forme narrative lors du travail anamnétique, sont enchevêtrés avec ceux des autres et leurs conditions d'expression. La relation de soin fait et défait des liens, certains temporaires, activant ainsi une circularité herméneutique. La mise en commun des souvenirs dynamise les histoires racontées et partagées et permet aux sujets de poursuivre, ultérieurement, une anamnèse seconde et communautaire. L'échange reste vivant et constructif. Ainsi, mon souvenir ne peut plus être exclusivement le mien, il est aussi celui d'un autre.

Dans la relation de soin, la chaîne mnémotecnique compréhensible et acceptable de Ricœur peut prendre l'allure d'une construction s'éloignant notablement des chemins sémiologiques. Un certain nombre d'entités du raisonnement médical sont des élaborations virtuelles, voire chimériques, uniquement utiles à la démarche diagnostique et thérapeutique. C'est ici que la notion de *l'idéaltype* de Max Weber peut nous éclairer. Il peut s'agir d'un tableau, d'une grille de lecture empirique du monde ne revendiquant ni l'exhaustivité ni la vérité concernant le monde. *L'idéaltype* est un jugement d'imputation. Pour Weber, le monde est indéfini, infini, chaotique et pour le rendre intelligible à l'échelle humaine, il faut construire des schémas en réduction, des utopies, comme autant d'outils pour pouvoir s'imputer ses actions responsables. *L'idéaltype* est un moyen et non la finalité d'une description du monde et du soi-autre. Nous retrouvons cette notion dans le passage du premier essai de Weber des *Essais sur la théorie de la science* de 1904.¹⁸

Dans le regard médical, le tableau de la maladie est analogue au tableau idéal typique. Ceci évoque la fabrication de la maladie selon Foucault ainsi que la chaîne mnémotecnique compréhensible et acceptable de Ricœur. Le tableau de la maladie ne prétend pas *être* la maladie mais est plutôt une *utopie* compréhensible et acceptable, un moyen de prendre des décisions partagées. L'action imputée à quelqu'un est la visée que l'on tente d'atteindre au moyen d'une représentation utopique. L'accentuation de certains traits aux dépens de la minoration d'autres traits du phénomène est un travail anamnétique sur le terrain chaotique d'éléments diffus, discrets. Il s'agit bien d'homogénéiser un système de pensée sans pourtant oublier les scories non utilisées ou non identifiées restées en attente. C'est rendre possible l'approche en termes de compréhension d'un phénomène.

Les mémoires tant individuelles que collectives peuvent être envisagées comme des utopies, au sens bien particulier de *l'idéaltype*. Ces autres lieux initiés par les symptômes ou les syndromes ne sont pas des non lieux, ce qu'évoque Foucault lors d'une conférence radiophonique:

Mon corps, c'est le lieu sans recours auquel je suis condamné. Je pense, après tout, que c'est contre lui et comme pour l'effacer qu'on fait naître toutes ces utopies...L'utopie, c'est, un lieu hors de tous les lieux, mais c'est un lieu où j'aurais un corps sans corps, un corps qui sera beau, limpide, transparent, lumineux, vélocité, colossal dans sa puissance, infini dans sa durée, délié, invisible, protégé, toujours transfiguré ; et il se peut bien que l'utopie première, celle qui est la plus indéracinable dans le cœur des hommes, ce soit précisément l'utopie d'un corps incorporel.¹⁹

Cette sorte d'exil de soi nécessite le décentrage d'une anamnèse qui travaille le symptôme avec l'image du corps au gré des émergences d'oublis de réserve. La pratique de la relation de soin s'inscrit au cœur de toutes ces tensions et flux. Tous les niveaux sont en interaction permanente. Ce travail vise un soi attestant de ses actes en permanence (*ipse*). C'est dans cette éthique de responsabilité qu'une guérison devient possible.

Une herméneutique clinique active tout le travail de l'anamnèse dans les trois champs des mémoires individuelles, proches et collectives. La construction d'*utopies* permettant de rendre la pensée homogène et fluide comme un assemblage de flux circulant entre ces trois pôles semble bien être pertinente comme moyen langagier.

L'anamnèse et l'oubli de réserve activent ensemble une construction de soi. Une symétrie peut être envisagée entre le couple *mémoire passive/mémoire active anamnétique* et le couple *oubli passif d'un défaut de structure/oubli actif de mise en réserve de mémoire*. Cet *oubli de réserve* ne se réduit pas au refoulement d'un souvenir insupportable, il est aussi un oubli nécessaire à la gestion de la mémoire active qui doit intervenir dans la simulation d'une décision avant l'action proprement dite. C'est ainsi que pour Nietzsche l'oubli est envisagé comme une mise en sommeil:

De l'utilité et des inconvénients de l'histoire pour la vie: (...) un homme qui ne posséderait pas la force d'oublier et serait condamné à voir en toute chose un devenir: un tel homme ne croirait plus à sa propre existence, ne croirait plus en soi...Un homme qui voudrait sentir les choses de façon absolument et exclusivement historique ressemblerait à quelqu'un qu'on aurait contraint à se priver de sommeil (...) ²⁰

L'exemple de la mémoire procédurale comme une automatisation d'un savoir-faire montre l'économie des procédures décisionnelles procurée par une mise en réserve partielle du souvenir. Le geste de l'artisan, tout en étant non réfléchi, reste pour autant précis et adapté à une situation concrète. L'encodage global d'un savoir-faire est analogue au syntagme de la linguistique en tant que phrase signifiante. Ce dont nous nous souvenons, c'est d'un assemblage de phrases afin de réduire la polysémie des mots contenus dans ces phrases. Il s'agit bien alors d'une économie de mémoire. Les raccourcis facilitent le travail anamnétique.

L'association de l'oubli de réserve avec l'anamnèse permet d'envisager les flux opposés de ces deux notions définitivement liées dans la gestion des processus mnémoniques. Le travail anamnétique entraînant avec lui les éléments stockés en réserve afin de recomposer des énoncés, des récits de vie au présent. L'identité narrative est vue ici comme une recombinaison d'encodages anciens. La notion d'aveu à soi-même devient donc une occasion d'écriture de soi et ouvre les possibilités d'un archivage documentaire.

La médecine disperse la véridiction de soi. La relation de soin, en précisant les moments et les lieux des rencontres, active trois niveaux de témoignages. Tout d'abord ceux de l'entourage proche du sujet souffrant, ensuite ceux des soignants qui reçoivent la plainte et enfin l'auto-témoignage adressé aux autres et à soi-même sous la forme d'aveu. Ceci permet la transition du quelque chose à un quelqu'un attestant de sa capacité à être, à dire le sujet capable. Ricœur précise:

C'est sur cette transition entre le quelque chose et le quelqu'un, dramatisé par l'expérience du méconnaissable, que se construit la transition du quelqu'un au soi-même, se reconnaissant dans ses capacités. Cette transition est renforcée par la synonymie entre

attestation et reconnaissance dans l'ordre épistémique. J'ai confiance que je peux, je l'atteste, je le reconnais. L'identité narrative est ainsi placée au point stratégique du parcours des modalités de capacité.²¹

Afin de compléter ces trois niveaux des témoignages et de singulariser l'aveu, nous envisagerons une trilogie des modalités techniques liant trois pôles interdépendants: l'ensemble des témoignages des proches pour lesquels la fiabilité est discutable, l'aveu en tant que forme d'un auto-témoignage plus proche d'une vérité de la personne et enfin l'archivage des preuves documentaires comme témoignages objectivés permettant une mise à distance de l'événement-maladie ainsi que du sujet malade. Trois formes de localisation sont ainsi en action: les lieux anatomiques d'expression du ou des symptômes, ceux des rencontres entre soignants et soigné associés avec les proches (le domicile ou les cabinets de consultation) et enfin le lieu d'un archivage documentaire sous la forme d'un dossier du malade. Ce dernier contient quasi exclusivement les données dites objectives sous la forme de preuves. Ce dossier médical partagé (DMP) se trouve hébergé soit sur un document papier, soit plutôt sous une forme dématérialisée dans la mémoire informatique de l'ordinateur du soignant mais également dans celle d'un site web délocalisé. Envisager tous ces lieux nouveaux, tant matériels que virtuels, créés au prétexte de la maladie est une nécessité afin de pouvoir faire leur inventaire. Ces localisations diverses du sujet ainsi éclaté, dispersé risque de poser un problème au sein de la relation primitive soignant-soigné afin de pouvoir réunifier toutes les localisations sous une forme sensée, signifiante pour l'ensemble des protagonistes. Le travail anamnétique de mise en intrigue est périlleux et il faut un certain courage pour y arriver. Tant le malade que le médecin, dit traitant, investi par lui, doivent recoller un grand nombre de morceaux éparpillés et ce à leurs risques et périls.

Trois pôles de manifestation de la vérité

La démarche de la médecine est celle d'une recherche de vérités. Trois registres sont en permanence activés, à des degrés divers, celui des témoignages, celui des aveux et celui des preuves documentaires. Les témoignages des proches doivent être considérés, *a priori*, comme fiables et en capacité d'être réitérés. Leur mise en doute parasite l'évolution de la relation de soin: le crédit accordé à la parole d'autrui fait du monde social un monde inter-subjectivement partagé. Ce partage est la composante majeure de ce qu'on peut appeler sens commun.²²

Le sens commun est une vérité subjectivement partagée, autorisée. Mais qui peut témoigner de la sorte sans éveiller le soupçon? S'il est question de véridiction et de reconnaissance du sujet souffrant la question se justifie. Le soupçon se déploie sur trois niveaux²³. Premièrement, celui de savoir ce qui a été effectivement perçu de l'événement par les témoins et s'ils ont tout perçu? Le doute s'installe déjà. Deuxièmement, de quoi se souviennent les témoins? Sont-ils capables de mémoriser l'intégralité de leurs perceptions? Que faire des oublis des témoins? Le doute s'aggrave. Troisièmement, les témoins arrivent-ils à restituer leurs souvenirs sur un mode déclaratif et narratif et peuvent-ils ou ont-ils le droit de tout dire de ce dont ils se souviennent? Le doute est à son comble. En face de l'importance des doutes, comment recevoir les témoignages et comment faire pour conserver malgré tout leur crédibilité? Il ne reste qu'à les croire pour ce qu'ils sont, à les accepter non comme des certitudes mais comme autant de propositions d'attestations:

L'attestation, en effet, se présente d'abord comme une sorte de croyance. Mais ce n'est pas une croyance doxique, au sens où la doxa – la croyance – a moins de titre que l'*épistèmè* – la science, ou mieux le savoir. Alors que la croyance doxique s'inscrit dans la grammaire du ' je crois-que', l'attestation relève de celle du ' je crois-en'. Par là elle se rapproche du témoignage, comme l'étymologie le rappelle, dans la mesure où c'est en la parole du témoin que l'on croit. De la croyance ou, si l'on préfère, de la créance qui s'attache à la triple dialectique de la réflexion et de l'analyse, de l'ipséité et de la mêmeté, du soi-même et de l'autre que soi-même, on ne peut en appeler à aucune instance épistémique plus élevée.²⁴

Toute attestation est fragile et sous la menace permanente du soupçon. Tout témoignage focalise sur l'un des aspects de l'événement perçu renvoyant les autres aspects dans le champ des oublis de réserve. Les manques dans les témoignages déclarés sont les traces des oublis de réserve et le résultat de la focalisation.

Dans le registre du soin, en France, la loi du 22 avril 2005²⁵ développe la notion de *directives anticipées* énoncées par la personne afin que cette dernière puisse rester un sujet en capacité d'agir lorsque l'effondrement de sa conscience des événements subis sera notable. La *personne de confiance* pourra témoigner et alors demander aux soignants de prendre en compte ces directives dans leurs décisions. La validation ou l'autorisation du témoignage de la personne de confiance donnée, par avance, par le patient lève ainsi un peu le doute sur le témoignage.

Mais qui témoigne? L'ensemble des co-auteurs de toute cette histoire de la relation de soin, les très proches, les moins proches et les nouveaux proches, de circonstance, que sont les soignants. Ces derniers ne sont pas devenus proches par hasard, dans l'immense majorité des cas (hormis les situations d'urgence dans lesquelles le sujet n'est pas en capacité d'exprimer ses volontés), c'est le sujet qui investit un ou plusieurs soignants et qui les reconnaît comme "mon" médecin ou "mon" infirmière. Tout en agissant sur les modes diagnostiques et thérapeutiques, ces derniers sont également les témoins de la maladie de leur malade. Ils vont inévitablement témoigner auprès d'autres professionnels de santé de la situation de leur malade. Ils vont également témoigner auprès des institutions afin de justifier les demandes de prises en charge communautaires de la situation. Tout ce qui vient d'être évoqué sur le soupçon inhérent au témoignage s'applique à eux bien évidemment. Et c'est ce doute, ce soupçon qui peut alimenter une biopolitique institutionnelle s'exerçant parfois de façon autoritaire sous la forme d'une Haute Autorité de Santé (institution, créée par la loi du 13 août 2004, qui veille, entre autres, à promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins). Qui témoigne? Originellement, principalement, le sujet souffrant lui-même en tentant d'énoncer les événements qui lui arrivent. Ce témoignage peut s'ouvrir sur l'aveu à soi-même.

L'aveu à l'autre devient l'aveu à soi-même. Encore un partage ici, celui de l'énoncé d'une vérité attestée par l'auteur même. Cette modalité reste encore subjective et ne va pouvoir s'exprimer que dans certaines conditions. Son articulation avec l'examen clinique objectivant la rend tangible, presque palpable. La vérité d'un *touchant-touché* n'est exprimable que dans un corps à corps et s'ouvre sur une reconnaissance mutuelle localisée. Frédéric Boyer, proposant une nouvelle traduction des confessions d'Augustin, remplace le mot *confessions* par *aveux*.²⁶ Il renforce ainsi la notion suivante:

... d'une invention de soi-même à travers les figures littéraire et religieuse de l'aveu. Cela laisse entendre que l'aveu est non seulement une reconnaissance de soi mais une révélation, une conversion à soi, une véridiction: chez Augustin, il faut l'entendre comme le projet de remettre en question un régime de vérité. De changer de régime de vérité. Il écrit sa vie comme une révolution, une rupture. Il ne s'agit pas de rétablir simplement un équilibre perdu. L'aveu est un formidable opérateur d'humanité. Par l'aveu, je décide de moi.²⁷

Cette transformation de l'identité narrative en tant que création de soi et non en tant que reproduction de soi nous impose d'élargir la signification de l'aveu et surtout de sortir d'une réduction à un sens exclusivement juridico-religieux. Comprendre que l'anamnèse ne soit possible que sur la base d'aveux à soi-même ouvre une réflexion sur une action à intention de guérison. Si l'aveu est une opération de vérité sur soi, il s'adresse à l'autre tout en s'adressant à soi. L'aveu présuppose la présence d'un tiers, au moins symbolique. Il présuppose également un espace et un moment déterminé. La relation de soins offre cela: le tiers écoutant et l'unité de lieu et de temps. Mais elle offre plus que cela puisqu'elle transpose cette opération véridictive dans la discursivité scientifique. Il ne s'agit donc plus d'avouer une faute ou un crime mais plutôt une souffrance qui peut être interprétée par une autre norme que la norme juridique et/ou religieuse. C'est l'introduction de cette norme scientifique au 19^e siècle qui va permettre ce nouveau champ d'expression de l'aveu. Trois passages de la *Volonté de savoir*, au cours desquels Foucault analyse la notion d'aveu, nous semblent essentiels à la compréhension des processus de véridiction dans la relation de soins:

S'il faut avouer, ce n'est pas seulement parce que celui auquel on avoue aurait le pouvoir de pardonner, de consoler et de diriger. C'est que le travail de la vérité à produire, si on veut scientifiquement le valider, doit passer par cette relation. Elle ne réside pas dans le seul sujet qui, en avouant, la porterait toute faite à la lumière. Elle se constitue en partie double: présente, mais incomplète, aveugle à elle-même chez celui qui parle, elle ne peut s'achever que chez celui qui la recueille. A lui de dire la vérité de cette vérité obscure: il faut doubler la révélation de l'aveu par le déchiffrement de ce qu'il dit. Celui qui écoute ne sera pas simplement le maître du pardon, le juge qui condamne ou tient quitte; il sera le maître de la vérité. Sa fonction est herméneutique.²⁸

L'aveu devient donc une matrice sur laquelle on peut construire des *idéaux-types*. La caractéristique de la relation de soins, c'est le contexte clinique de cette élaboration combinant: "la confession avec l'examen, le récit de soi-même avec le déploiement d'un ensemble de signes et de symptômes et de symptômes déchiffrables, (...) autant de moyens pour réinscrire la procédure d'aveu dans un champ d'observations scientifiquement observables."²⁹ C'est donc parce que le récit de l'aveu se produit, s'écrit, sur la trame de la clinique qu'il devient une opération de soins: "Cela veut dire aussi que l'aveu prendra son sens et sa nécessité parmi les interventions médicales: exigé par le médecin, nécessaire pour le diagnostic et efficace, par lui-même, dans la cure. Le vrai, s'il est dit à temps, à qui il faut, et par celui qui en est à la fois le détenteur et le responsable, guérit."³⁰

Pour suivre le raisonnement, il apparaît que ce sont les modalités de l'énonciation de l'aveu qui lui donnent son efficacité thérapeutique du fait, d'une part, des conditions historiques en raison du déplacement dans le champ scientifique et non plus seulement religieux ou

juridique, d'autre part, des modes d'expression dans la trame d'une clinique lisible par le tiers recevant l'aveu, et enfin des conditions de la présence de ce tiers en tant que représentant de l'espace public, l'entre-deux de la relation. L'aveu est donc devenu une occasion de décentrement sur soi-même, une occasion de construire sa vérité au moment même de son énonciation et pour reprendre l'expression de Foucault: "on croyait s'éloigner et on se trouve à la verticale de soi-même."³¹

Les modalités subjectives des témoignages se mêlent à la discursivité scientifique pour aboutir aux procédures thérapeutiques. Elles devraient tenter de tout dire afin de compenser le trouble de leur fiabilité et les rendre valides dans le champ des taxinomies médicales. Mais peut-on tout dire en dehors de l'aveu? C'est ici que les preuves documentaires tentent de dire la vérité sans être obligées de tout dire ni d'obliger le sujet souffrant à l'aveu à soi-même.

La preuve documentaire est la modalité objective par excellence afin de justifier les procédures de soin en Occident. Cette condition de véridiction se distancie du sujet afin d'éviter tout risque de subjectivation discréditée par le discours scientifique médical. Elle inscrit la souffrance dans le champ des sciences de la nature et, de fait, son exhaustivité n'est plus recommandée comme pour le témoignage et l'aveu. Il lui suffit de réunir quelques indices convergents, même partiels pour inférer une vérité. Tout dire n'est plus alors nécessaire. L'objectivation de la médecine factuelle contemporaine résumée dans l'acronyme EBM (*Evidence Based Medicine*) déplace bien, de façon réductrice, la problématique du témoignage et de l'aveu sur le culte de la preuve scientifique justifiant les décisions communautaires. Ici, le discours objectivé de la science prend le pas sur la mémoire singulière du sujet. Ce refoulement du sujet dans le champ de l'EBM procède d'une mise à distance afin de réduire les procédures de l'aveu dans le champ scientifique observable et évaluable: un panoptisme réglé.

Le tiers soignant se trouve dans l'obligation de déchiffrer, de classer à l'intérieur de tableaux de maladies prédéterminés offrant ainsi un spectacle visible. Sa fonction est celle d'un herboriste clinique. Il rend des comptes à la communauté en tant que passeur de maux/mots, intercesseur éventuellement démiurge évoluant dans cet espace entre-deux de la médiation. Il justifie, au regard de la communauté, les mises en intrigue dont il est le coauteur avec le sujet en souffrance, qui doivent être compatibles avec l'ordre anthropologique. L'iconographie médicale constitue à elle seule une démarche de vérité et se pense comme telle.

Le triptyque de véridiction peut-il tout dire? Les trois approches de la vérité, le témoignage, l'aveu et la preuve documentaire s'avèrent souvent être une épreuve de violence, une conversion en thérapeutique de l'expression de la souffrance. Le remède est ici, au moins, dans la réécriture anamnétique de soi pour une transformation irréversible.

Ces trois pôles impliquent des importances variables selon les circonstances. Le poids majoritaire de l'un des pôles sur les autres, à un moment précis, ne caractérise pas la typologie de la relation de soin dans sa continuité et dans la globalité de l'histoire partagée. Il caractérise seulement le flux dans la circularité à l'instant même où un événement nouveau vient changer l'orientation du parcours de la relation. C'est dire l'incertitude constante du devenir de cette relation qui n'est pas objectivement déterminée.

Malgré cette tri-fonctionnalité, peut-on tout dire de la vérité sur soi à l'autre, à soi? Est-il possible d'être exhaustif concernant nos capacités à raconter notre histoire de souffrances? Pouvoir tout dire renverrait alors au fait de ne rien oublier à dire de soi. Mais l'oubli de réserve est bien là, incontournable, empêchant de tout dire. L'aveu, le témoignage ne peuvent être que

partiels, ne faisant que suggérer la vérité sous la forme de tropes. La preuve, elle, se contente de son aspect partiel tant elle s'auto-justifie et se réfère à une ontologie extérieure au sujet, distanciée et donc objective dominant la subjectivité de la version poétique du sujet en souffrance.

Cette dynamique est bien celle d'un cercle herméneutique et celle d'une mise en intrigue. Avant de construire l'histoire de sa souffrance avec le soignant, le soigné a bien une précompréhension de soi et c'est d'ailleurs l'un des résultats de cette précompréhension qui rend possible la décision de consulter un soignant et de plus, pas n'importe lequel. La circularité entre l'histoire racontée et la compréhension de soi est déjà bien en route avant la rencontre effective soigné-soignant. Le soignant est d'abord un personnage imaginaire avant de se réaliser dans l'échange et ceci est valable pour l'ensemble des intervenants. Ce soignant ne pourra exprimer sa performance à soigner que parce qu'il est élu comme tel par le soigné et ceci indépendamment de sa compétence liée à son savoir objectif légitimé par la communauté. Se pose alors la question de la gestion des espaces de la relation de soin s'immiscant entre la trame du savoir scientifique. Ici, nous pouvons interpeller Maurice Merleau-Ponty:

Notre champ perceptif est fait de choses et de vides entre les choses... Si nous nous mettions à voir comme choses les intervalles entre les choses, l'aspect du monde serait aussi sensiblement changé... Ce ne seraient pas les mêmes éléments autrement liés, les mêmes sensations autrement associées, le même texte investi d'un autre sens, la même matière dans une autre forme, mais vraiment un autre monde.³²

L'identification des moments en creux, des vides, des silences dans le cours historique de la relation de soin mérite une attention particulière. Ces intervalles entre les choses localisent les choses alléguées comme le fait la portée pour les notes de musique. Leurs valeurs sémiologiques sont tout aussi majeures que les symptômes allégués de la souffrance identifiée comme maladie par celui qui interprète l'événement: "Elles s'achèvent (...) chez celui qui les recueille."³³

La mise en intrigue dans ce contexte est une construction particulièrement instable, révisable, récursive. Elle n'en n'est pas moins efficace à l'élaboration de sens dans la circularité herméneutique:

La mise en intrigue attribue une configuration intelligible à un ensemble hétérogène composé d'intentions, de cause et de hasards ; l'unité de sens qui en résulte repose sur un équilibre dynamique entre une exigence de concordance et l'admission de discordances qui, jusqu'à la clôture du récit, mettent en péril cette identité d'un genre unique ; la puissance d'unification ainsi appliquée à la dispersion épisodique de récit n'est autre que la poésie même.³⁴

Il faut bien alors accepter les risques, voire les dangers, à construire du sens sur cet équilibre entre concordances et discordances. Au fond la référence aux données des sciences objectives de la nature ne suffit pas, ne concorde pas avec l'allotérisation de l'intersubjectivité.

L'horizon de sens de la souffrance active le souci de soi. Ceci invite à se pencher sur le *courage de la vérité*,³⁵ ce courage qui consiste à dire et construire une vérité sur soi au prix, assez important, d'une transformation, d'une conversion, d'une révélation, d'une acceptation d'être cet autre agissant pour sortir d'un soi souffrant, subissant. Cette *parrésia* ou véridiction entraîne également un autre risque, celui d'entrer en conflit avec son destinataire: "pour qu'il y ait parrésia...il faut que le sujet (en disant) cette vérité qu'il marque comme étant son opinion, sa

pensée, sa croyance, prenne un certain risque, risque qui concerne la relation même qu'il a avec celui auquel il s'adresse."³⁶ Une situation agonistique qui risque à tout moment de délier, voire de briser l'échange:

En somme, écrit Michel Foucault, pour qu'il y ait parrèsia, il faut que, dans l'acte de vérité, il y ait: premièrement, manifestation d'un lien fondamental entre la vérité dite et la pensée de celui qui l'a dite; [deuxièmement], mise en question du lien entre les deux interlocuteurs (celui qui dit la vérité et celui auquel cette vérité est adressée). D'où ce nouveau trait de la parrèsia: elle implique une certaine forme de courage, courage dont la forme minimale consiste en ceci que le parrésiate risque de défaire, de dénouer cette relation à l'autre qui a rendu possible précisément son discours.³⁷

Voilà bien un paradoxe de la relation de soin dans laquelle une véridiction est expérimentée. Cette véridiction reste de toute façon partielle du fait de l'incontournable oubli de réserve et exprime, bien plus, la dangerosité de la parole énoncée: "Car c'est une parole (et seulement une parole) qui noue et dénoue le sort, et quiconque se met en position de la dire est redoutable."³⁸ Le tout dire, à soi et à l'autre, même s'il peut être requis pour prétendre à prendre soin du soi-autre et à donner des soins efficaces est impossible pour les deux raisons évoquées: l'oubli et la mise en danger de la relation. Peut-être est-ce dans cette faille que se positionne la preuve scientifique objective de l'*Evidence Based Medicine* (EBM)? Son économie est liée à sa distanciation par rapport à l'intersubjectivité des sujets ainsi qu'à sa référence extraterritoriale à la relation. La langue communautaire s'impose au même titre que les discours et modèles scientifiques. La preuve tente donc d'éviter le conflit par la médiation d'un objet externe communautaire. Elle n'est pas non plus la toute vérité, elle n'en est qu'un élément partiel indiciaire, iconique ou symbolique. Sur le plan sémiologique, elle est partie pour le tout et s'inscrit dans le registre des tropes. Son économie politique est de raisonner sur des bribes de vérité à distance de l'événement. Elle est nettement moins en situation agonistique que le témoignage et l'aveu trop proches et trop impliqués dans l'intersubjectivité. L'acte de soin est-il possible? Faut-il choisir la distance ou le conflit? Sans doute la solution réside dans l'entre-deux, celle d'une médiation textuelle et symbolique, d'une technologie de la mémoire, un travail autour des réminiscences en tentant d'éviter les répétitions compulsives. Le changement devient permanent et irréversible, sans possibilité d'un retour à une innocence biologique.

Une telle révolution de soi impose de passer par le travail anamnestique. Cette technologie de soi, d'un détournement, oblige à construire une utopie historique afin de réussir la conversion: "Se connaître, c'est connaître le vrai. Connaître le vrai, c'est se libérer. Et c'est dans l'acte de réminiscence, comme forme fondamentale de la connaissance, que ces différents éléments viennent à se nouer."³⁹

Conclusion

Du symptôme à la guérison, les divers chemins se croisent sans fin. Ils parcourent les voies communautaires mais également celles bien singulières du sujet et de ses proches. Dans tous les cas, définir des lieux à partir desquels il faut bien raconter des histoires, non pas seul mais avec les autres, est la condition de la relation de soin. Le travail anamnestique finit dans la conversion à soi-même, dans cet aveu d'une vérité, jamais totale. Au fond, l'anamnèse *vive*, à l'œuvre dans la trilogie *Témoignages-Aveux-Preuves* documentaires est l'action centrale du

retournement sur soi, du décentrage du regard sur soi, la voie majeure pour remédier à sa souffrance. Passer d'un *pathos* à une *praxis* pour réussir cette transformation en un autre soi. *Aucune guérison n'est retour à l'innocence biologique.*⁴⁰ Se raconter à soi et à l'autre une histoire toujours en construction alimente cette identité narrative. Tout cela nécessite du courage et la présence de l'autre pour réussir tout ce tropisme, en un mot une guérison, dans cet espace-temps intermédiaire qu'est la relation de soin. De même que le symptôme, le signe, le syndrome, le tableau de la maladie localisent en un lieu à la fois anatomique et symbolique le *pathos*, la relation de soin localise une *praxis*, celle de l'expérimentation d'être un autre. La seconde est métaphorique de la première.

- ¹ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique* (Paris: PUF, 1943).
- ² Michel Foucault, *Naissance de la biopolitique* (Paris: Seuil/Gallimard, 2004). Les agences de santé - HAS, ARS, etc. - ont pour mission de contrôler la légitimité des procédures de soin. Ceci s'inscrit dans ce "biopouvoir" qui se donne comme mission de protéger la production et la reproduction de la communauté.
- ³ Michel Foucault, *Naissance de la clinique* (Paris: PUF, 1963). Le chapitre VII du livre développe la notion d'un voir, savoir pour laquelle: "Le regard clinique a cette paradoxale propriété d'entendre un langage au moment où il perçoit un spectacle."
- ⁴ Paul Ricœur, *Parcours de la reconnaissance* (Paris: Stock, 2004). Dans la deuxième étude, Paul Ricœur reprend ce qu'il a déjà abordé dans *La mémoire, l'histoire, l'oubli* de 2000. Se reconnaître soi-même, dans la suite d'une phénoménologie de l'homme capable, c'est, sur un axe mémoire-promesse, se poser trois types de questions: De quoi se souvient-on? Comment fait-on pour se souvenir? Qui atteste de cette action?
- ⁵ Foucault, *Naissance de la Clinique*. Une confusion fréquente persiste dans le discours médical entre symptôme et signe. Michel Foucault décrit bien la transformation ou le travail d'inclusion du symptôme comme unité insignifiante dans le signe, comme une phrase précisant non seulement le sens mais aussi la localisation et les causalités. Encore une fois, ce raisonnement est bien une herméneutique.
- ⁶ Foucault, *Naissance de la Clinique*. Dans le chapitre VI du livre, Michel Foucault développe cette notion de conscience qui comprend. Les consciences et leurs entrecroisements, faudrait-il dire, car tout le monde est à l'œuvre dans cette affaire, le soigné, son entourage, les soignants.
- ⁷ Foucault, *Naissance de la Clinique*. Dans le chapitre IX, concernant l'invisible visible, il est question pour le regard médical de pouvoir rendre tout visible que ce soit pour l'œil du médecin mais aussi pour celui de la communauté. Ce panoptisme impose de tout transformer en spectacle et la fabrication du signe, du syndrome et du tableau de maladie devient ainsi justifiée. Il n'est pas rare que l'invention d'une nouvelle maladie soit due à l'utilisation d'un nouvel appareillage médical découvrant ainsi des entités jusque là invisibles. Cela ne débouche pas nécessairement sur des solutions thérapeutiques concernant ces maladies fabriquées.
- ⁸ Foucault, *Naissance de la Clinique*. Puisque le signe est la conséquence d'un raisonnement dans le flux d'une histoire, il revendique naturellement les trois temps de St Augustin: le présent du passé, le présent du présent, et le présent du futur.
- ⁹ Saint Augustin, *Les aveux* (Paris: P.O.L, 2008), 26.
- ¹⁰ Foucault, *Naissance de la Clinique*. Le mot "herboriser" non seulement nous renvoie à Cuvier et aux sciences naturelles du 19e siècle mais il témoigne également d'une forme d'humour de la part de Michel Foucault. Humour qui pointe les comportements éventuellement compulsifs, obsessionnels des médecins. C'est tout le problème de la gestion des taxinomies et des arborescences décisionnelles (les protocoles, termes très utilisés en médecine) dans l'histoire de la relation de soin.

- ¹¹ Foucault, *Naissance de la clinique*. Le rôle de la médecine est bien de neutraliser, de purifier en maintenant à distance le malade et sa maladie. Le médecin est un personnage double, un pied dans le monde normal, ordonné de la santé (publique), l'autre pied dans l'autre monde glauque du désordre. Une fonction d'intercesseur dont la mission est bien de réorganiser afin de pouvoir réintégrer le malade dans l'ordre de la santé publique: "le regard clinique est un regard qui brûle les choses jusqu'à leur extrême vérité" (121).
- ¹² Paul Ricœur, *La mémoire, l'histoire, l'oubli* (Paris: Seuil, 2000).
- ¹³ François Dagognet, *Réflexions sur la mesure*, 92.
- ¹⁴ Ricœur, *La mémoire, l'histoire, l'oubli*.
- ¹⁵ Canguilhem, *Le normal et le pathologique*.
- ¹⁶ Ricœur, *La mémoire, l'histoire, l'oubli*, 158.
- ¹⁷ Ricœur, *La mémoire, l'histoire, l'oubli*, 158.
- ¹⁸ Max Weber, *Essais sur la théorie de la science: 1904-1917* (Paris: Plon, 1965).
- ¹⁹ Michel Foucault, *Le corps utopique* (Paris: Ligne 2009). Conférences radiophoniques des 7 et 21 décembre 1966 sur France Culture.
- ²⁰ Friedrich Nietzsche, *Considérations inactuelle I et II: 1873-1876* (Paris: Folio Essais n° 191).
- ²¹ Ricœur, *Parcours de la reconnaissance*, 360.
- ²² Ricœur, *La mémoire, l'histoire, l'oubli*, 207.
- ²³ Ricœur, *La mémoire, l'histoire, l'oubli*, 202.
- ²⁴ Ricœur, *Soi-même comme un autre* (Paris: Seuil 1990), 33.
- ²⁵ Loi n° 2005 – 370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (Journal Officiel de la République Française: 23 avril 2005).
- ²⁶ Saint Augustin, *Les aveux* (Paris: P.O.L, 2008).
- ²⁷ Saint Augustin, *Les aveux*, 27.
- ²⁸ Michel Foucault, *Histoire de la sexualité, tome 1: la volonté de savoir* (Paris: tel Gallimard, 1976), 89.
- ²⁹ Foucault, *Histoire de la sexualité, tome 1: la volonté de savoir*, 87.
- ³⁰ Foucault, *Histoire de la sexualité, tome 1: la volonté de savoir*, 90.
- ³¹ Michel Foucault, *Histoire de la sexualité, tome 2: l'usage des plaisirs* (Paris: tel Gallimard, 1984), 19.
- ³² Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception* (Paris: tel Gallimard, 1945), 22 et 23.
- ³³ Foucault, *Histoire de la sexualité, tome 1: la volonté de savoir* (Paris: tel Gallimard, 1976).
- ³⁴ Ricœur, *Parcours de la reconnaissance*, 151.

- ³⁵ Michel Foucault, *Le courage de la vérité, le gouvernement de soi et des autres II: Cours au collège de France 1984* (Paris: Gallimard/Seuil, 2009).
- ³⁶ Foucault, *Le courage de la vérité, le gouvernement de soi et des autres II*, 10.
- ³⁷ Foucault, *Le courage de la vérité, le gouvernement de soi et des autres II*, 13.
- ³⁸ Jeanne Favret-Saada, *Les mots, la mort, les sorts* (Paris: Folio Essais Gallimard, 1977), 26.
- ³⁹ Michel Foucault, *L'herméneutique du sujet: Cours au collège de France 1982* (Paris: Gallimard/Seuil, 2001), 201.
- ⁴⁰ Canguilhem, *Le normal et le pathologique*.