

La place de la clinique dans « La souffrance n'est pas la douleur » de Paul Ricœur

Martin Dumont

Université Paris-Est Créteil, laboratoire Lettres Idées Savoirs

Résumé

Cet article s'efforce de relever la place originale, parfois discrète, parfois non reconnue par l'auteur lui-même, qui est dévolue à l'expérience clinique psychiatrique par Paul Ricœur dans sa conférence « La souffrance n'est pas la douleur ». En effet, celle-ci semble de prime abord nettement séparer discours médical et discours philosophique phénoménologique, qui auraient deux objets et méthodes bien distincts. Pour autant, en bien des points, pour certains décisifs, Ricœur est amené à puiser dans l'expérience clinique pour alimenter sa phénoménologie de la souffrance. Il nous semble ainsi esquisser la nécessité d'une authentique philosophie clinique, attentive *in fine* à la place essentielle de la douleur dans toute souffrance.

Mots-clés : souffrance ; douleur ; phénoménologie ; philosophie clinique ; existentialisme.

Abstract

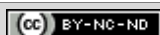
This essay tries to underline the original position, sometimes hidden, sometimes not recognized by the author himself, that Paul Ricoeur attributes to psychiatric clinical experience in his lecture "Suffering is not pain". Ricoeur first seems to separate markedly medical and philosophical phenomenological discourses, each having to separate objects and methods. But in many instances, some quite decisive, Ricoeur is compelled to dive into clinical experience in order to inform his phenomenology of suffering. He then seems to point at the necessity of an authentic clinical philosophy, ultimately attentive to the paramount role of pain in any suffering.

Keywords: suffering; pain; phenomenology; clinical philosophy; existentialism

Études Ricœuriennes / Ricœur Studies, Vol 15, No 2 (2024), pp. 48-61

ISSN 2156-7808 (online) DOI 10.5195/errs.2024.670

<http://ricœur.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](#).

La place de la clinique dans « La souffrance n'est pas la douleur » de Paul Ricoeur

Martin Dumont

Université Paris-Est Créteil, laboratoire Lettres Idées Savoirs

La conférence « La souffrance n'est pas la douleur » a été donnée par Paul Ricoeur devant des médecins, et plus particulièrement des psychiatres, à l'occasion d'une journée intitulée « Le psychiatre devant la souffrance ». Il y défend la thèse, énoncée de manière abrupte, et trop abrupte sans doute, dans le titre, que la douleur et la souffrance sont deux choses différentes. Plus précisément, que « la douleur n'est pas la souffrance » : il s'agit là semble-t-il dans l'esprit de Ricoeur de souligner que la souffrance est autre chose que la douleur, quelque chose de singulier, d'irréductible à la douleur. L'enjeu est alors de réserver la souffrance comme étant un phénomène à part, non totalement récapitulable en tout cas dans la douleur, qui risquerait de la dissimuler, de l'occulter, d'occuper toute la scène. Le but nous semble alors d'alerter les psychiatres que la souffrance est *plus* que la seule douleur : dans la prise en compte de la souffrance, il y aura aux yeux de Ricoeur une dimension existentielle, morale, métaphysique, et possiblement spirituelle voire religieuse, qui ne peut être entièrement assumée par une prise en charge de la seule douleur. Ici Ricoeur fait écho aux inquiétudes du psychiatre organisateur de la rencontre, Jean-Jacques Kress qui, dans son propre rapport à cette même journée – rapport que Ricoeur a pu consulter quelques jours avant la rencontre –, pointe le danger d'une réduction par la médecine de la douleur à ses seules formes objectivables, mesurables et peut-être traitables du même fait (si tant est que l'objectivable et le traitable se recouvrent parfaitement). Kress décrit comment la formation initiale des médecins, tournée vers une anatomie mécaniste, les empêche d'abord de reconnaître pleinement la figure humaine de la souffrance¹ et Ricoeur semble se faire son porte-parole, ou son relais, en soulignant qu'il va donner de la souffrance une description anthropologique détaillée.

I. Une distinction au statut problématique

Ricoeur concède par ailleurs que la distinction entre douleur et souffrance qu'il propose n'est qu'idéale : qu'aucune souffrance ne peut être réellement exempte de douleur, et inversement ; en témoignent à ses yeux les entrelacs constants dans le langage des deux catégories : « La douleur pure, purement physique, reste un cas limite, comme l'est peut-être la souffrance supposée

¹ « Placé devant l'obligation d'assimiler le savoir [...], l'étudiant conforte une représentation massivement mécaniciste du fonctionnement humain, basé sur l'anatomie et la physiologie et qui culmine dans la chimie biologique. De cette représentation, la douleur, parente de la souffrance, n'est pas absente, elle est intégrée au savoir de la pathologie, comme un signe parmi d'autres, que rien ne distingue. Elle est entièrement corporalisée dans un corps mécanisé » (Jean-Jacques Kress, « Le psychiatre devant la souffrance », *Psychiatrie française*, vol. 92, 21). Kress décrit avec finesse les étapes successives, dans sa formation depuis ses études et même avant elles et jusqu'à l'expérience clinique, de la perception évolutive par le médecin de la souffrance et de la douleur.

purement psychique, laquelle va rarement sans quelque degré de somatisation. Ce chevauchement explique les hésitations du langage ordinaire². » Il semble néanmoins que la distinction soit essentielle à ses yeux. Si bien que la conférence consistera d'ailleurs principalement en une exploration de ce qui constitue à ses yeux la souffrance, et qu'il ne sera au fond pas question de la douleur elle-même, de ce qu'elle-même ou son traitement pourraient nous apprendre, ou nous donner à méditer. Il semble que, pour Ricoeur, la distinction entre douleur et souffrance recouvre presque une distinction entre un savoir médical ou physiologique de la douleur, qui n'est pas de son ressort, et une connaissance anthropologique de la souffrance, domaine d'expertise du philosophe, plus particulièrement du phénoménologue. C'est ainsi qu'au début de sa conférence, Ricoeur propose de « réserver le terme douleur à des affects ressentis comme localisés dans des organes particuliers du corps ou dans le corps tout entier, et le terme souffrance à des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement³. » Il semble y avoir là l'annonce d'une distinction entre une douleur qui serait une réalité purement corporelle et la souffrance qui, ouverte à la réflexivité, est déjà réalité spirituelle : faut-il y voir le décalque d'une distinction entre le corps et l'esprit ? Si la souffrance est le propre d'un être doué d'esprit, qu'en est-il de la place de la psychiatrie dans cette structure conceptuelle ? Doit-on en conclure que la douleur est l'objet de la médecine somatique et la souffrance celle de la psychiatrie ? Mais la « réflexivité » peut évidemment être présente comme écho à une douleur tout à fait corporelle, objet de soins essentiellement somatiques (une opération chirurgicale par exemple). De plus, si la souffrance correspond au domaine de la psychiatrie, on ne comprend plus bien pourquoi elle aurait besoin de l'aide de la philosophie ou de la phénoménologie pour lui décrire les phénomènes qui lui sont propres. Ici semble être décrit un partage entre une douleur somatique réservée à la médecine non psychiatrique et une souffrance psychique domaine d'expertise de la phénoménologie : la psychiatrie n'a alors plus de lieu propre, elle a presque disparu. De même on ne sait pas bien si les « affects » qui constituent d'un côté la douleur et de l'autre la souffrance sont les mêmes, avec quelque chose qui vient s'ajouter du côté de la souffrance, ou radicalement hétérogènes.

Dans cet essai, nous voudrions donc relever la place singulière, en partie reconnue et en partie voilée à ses propres yeux nous semble-t-il, dévolue à la clinique par Ricoeur dans sa conférence. On entendra par clinique l'expérience des soignants, en particulier ici des psychiatres, au lit du malade, tissée de connaissances, savoir-faire, notations existentielles, parfois en concurrence les unes avec les autres et en conflit en leur sein également. Cette place, en partie reconnue, en partie occultée, en partie encore inconsciente, nous semble responsable des difficultés que le texte soulève – mais nous offre par là l'occasion d'affronter.

Certes, Ricoeur affirme d'emblée que « la clinique et la phénoménologie se recroisent dans la sémiologie, dans l'intelligence des signes du souffrir. La première instruit la seconde par sa compétence, la seconde instruit la première par la compréhension du souffrir qui paraît sous-

² Paul Ricoeur, « La souffrance n'est pas la douleur », *Psychiatrie française*, vol. 23 (1992), 9-18.

Une version numérique, accompagnée d'une notice introductive par Samuel Lelièvre, est publiée ici : <https://bibnum.explore.psl.eu/s/psl/ark:/18469/3tcmb>. Le lecteur pourra consulter également la réédition de ce texte avec des commentaires par Claire Marin et Nathalie Zaccai-Reyners éd., *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricoeur* (Paris, PUF, 2013).

³ Ricoeur, « La souffrance... », 9.

jacente à la relation thérapeutique elle-même⁴. » Mais on ne sait pas bien s'il s'agit ici de la clinique psychiatrique ou de toute la médecine. De plus, pour Ricœur, la phénoménologie semble avoir pour tâche seulement de dégager une « compréhension du souffrir » déjà présente dans la clinique, puisqu'elle serait sous-jacente « à la relation thérapeutique elle-même » : la philosophie aurait alors pour rôle d'explicitier à la clinique ses propres présupposés, Sauf à comprendre que la clinique désigne uniquement la technicité médicale et que la relation thérapeutique désigne à ses yeux le soin complet, englobant par ailleurs une dimension anthropologique absente de la clinique au sens étroit. Dans le déroulé du texte de Ricœur, les liens des descriptions anthropologiquement les plus significatives avec la clinique sont très peu soulignés. Il semble plutôt que ce dernier considère psychiatrie et phénoménologie, au moins à première vue, comme deux discours irréductibles l'un à l'autre, sur une même réalité (la souffrance). Ici, le contenu de l'article semble démentir la lettre de ces toutes premières déclarations où psychiatrie et phénoménologie, ou médecine et phénoménologie, sont réputées s'instruire l'une l'autre.

On ne saurait tenir excessivement rigueur à Ricœur de ces flottements : il n'a pas ici comme objet de développer une ontologie de la psychiatrie et peut se contenter d'esquisses conceptuelles dans le cadre de son projet limité.

Ce projet consiste principalement à restituer de manière ordonnée la prodigieuse richesse du vécu humain de la souffrance – richesse dangereuse également, car excessivement proliférante à ses yeux, susceptible de déborder de toute part.

II. Une phénoménologie de la souffrance

C'est en cela que réside, à nos yeux, l'apport essentiel de la conférence de Ricœur : dans cette description extrêmement pénétrante en si peu de mots, si complète et systématique, d'une réalité pourtant rebelle de prime abord à toute conceptualisation, celle de la souffrance. Tirer la souffrance, réalité indicible et souvent cachée, de son invisibilité, voilà le tour de force de la conférence de Ricœur. Pour cela, le passage par la phénoménologie, et non par une sèche récapitulation seulement conceptuelle et rationnelle, est essentielle à la réalisation du projet. La description impressionne par son caractère éclairant : par des tours successifs de pénétration, on semble plonger au cœur de la réalité d'une noire incandescence de la souffrance humaine, dans ses plis et replis sans cesse renouvelés à notre propre étonnement – là où l'on pensait avoir atteint le point le plus profond de la souffrance, Ricœur en dévoile encore un autre, puis un autre...

Dans ce mouvement, Ricœur propose de suivre deux axes de description de la souffrance : celui qui relie soi et autrui et celui qui va du pâtre à l'agir ; ces deux axes se retrouveront jusque dans le troisième et dernier moment du texte, plus bref, consacré à la possibilité d'un enseignement tiré de la souffrance, axe existentiel et métaphysique « transversal⁵ » aux deux autres et lui-même structuré par ce double axe : d'un côté « l'axe de la réflexion sur soi » de la souffrance qui « interroge », prenant un tour métaphysique (pourquoi un monde où la souffrance est possible ?), de l'autre celui de la « relation à autrui » de la souffrance qui « appelle ». Dans les deux cas, l'agir

⁴ *Id.*

⁵ *Ibid.*, 10.

et le pâtir sont bien présents comme coordonnées pour déchiffrer l'expérience : la souffrance interroge le mal que je subis, dont je pâtis, qui est sans rapport concevable au mal que j'ai pu faire moi-même dont il serait la punition ; la souffrance appelle l'autre parce que je suis incapable d'agir pour me soulager, mais en appelant l'autre je rencontre aussi les limites de son agir (il ne pourra répondre à ma souffrance qu'avec une insurmontable « parcimonie⁶ »). À travers ces deux axes, Ricœur reprend, comme il le signale lui-même, les coordonnées philosophiques qu'il a élaborées dans d'autres ouvrages, aux deux extrêmes de sa carrière philosophique : son tout dernier ouvrage, *Soi-même comme un autre*, et un de ses tout premiers, *Le volontaire et l'involontaire*, qui était aussi traversé par la question du rapport entre agir et pâtir et la question du mal.

Ce qui est peut-être le plus frappant, au-delà de la précision des analyses que répartit Ricœur au long de ces deux axes, de ces deux fois deux polarités du soi et de l'autre, de l'agir et du pâtir, et selon les modalités transversales de l'interrogation et de l'appel, c'est la systématisme qu'il cherche à donner à sa description. Il y a là comme une combinatoire – Ricœur parle lui-même d'une « typologie du souffrir⁷ » – qui semble avoir pour but d'épuiser la matière de la souffrance, de rendre compte de toute sa réalité selon deux axes simples permettant de classer toute forme de souffrance selon ces coordonnées fondamentales. Ricœur semble ici se donner un outil intellectuel comparable à la classification périodique des éléments de Dmitri Mendeleïev en son domaine, qui permettra de ressaisir toute forme de la souffrance déjà identifiée selon des coordonnées rationnelles elles-mêmes déjà mises au jour, mais qui permettra également de pousser l'exploration plus loin qu'on ne l'aurait cru et peut-être de révéler des formes de la souffrance inconnues ou qu'on aurait pu passer sous silence. C'est d'une manière comparable que la classification de Mendeleïev a prouvé sa puissance conceptuelle en permettant non seulement de rendre compte de toute forme de corps déjà connue mais aussi de prévoir l'existence de certains corps chimiques inconnus et de les mettre au jour. La puissance rationnelle semble pouvoir déduire, à partir de principes simples, les réalités déjà connues et aussi produire, par la même déduction, les parties encore méconnues du réel. Ici aussi les axes qui permettent à Ricœur de rendre compte des différentes facettes, toujours plurielles, plus nombreuses qu'on ne le croirait, de la souffrance, lui permettent de pousser la description toujours plus loin, de la faire entrer comme en sursystème. Ainsi, dans le rapport à autrui, par exemple, on peut aller de degré en degré (« au degré suivant... », « à un degré de stridence plus intense... »⁸) et même jusqu' « au plus haut degré de virulence », celui où « se déchaîne le sentiment fantasmé d'être élu pour la souffrance », comme une « élection à l'envers⁹ » : peut-être ce degré-ci de la souffrance ne peut-il être pointé que parce qu'on s'est donné cet axe et qu'on le parcourt jusque dans ses zones ultimes, où l'esprit est comme forcé, par la nécessité de la démonstration mise en place et l'exploration conséquente d'un axe des abscisses qu'il a posé, de reconnaître des formes prises par la souffrance qu'il n'aurait sans cela pas osé prendre en compte. Ricœur invente ici un procédé conceptuel l'obligeant à pousser la description phénoménologique jusqu'à son maximum – et peut-être même au-delà, comme on le verra par la suite. Il y explore aussi, sous la figure de la souffrance, les pouvoirs de la phénoménologie et ses limites : cette conférence n'a ainsi pas seulement pour objet son thème

⁶ *Ibid.*, 18.

⁷ *Ibid.*, 12.

⁸ *Ibid.*, 11.

⁹ *Id.*

immédiat, la souffrance, mais est également et indirectement une méditation d'une importance encore plus grande, par l'intermédiaire du phénomène essentiel, pivot peut-être, de la souffrance, sur les pouvoirs de l'esprit humain, de la phénoménologie, et de leur dépassement. Seule la souffrance semble-t-il à ce pouvoir de pousser l'esprit jusque dans ses derniers retranchements et l'obliger à aller au-delà de ce qu'il pensait pouvoir. Elle est ce qui semble lui échapper – à la limite d'être un non-objet, un objet non objectivable – et ce qui va l'obliger à se surmonter elle-même.

Le deuxième rôle que joue cette combinatoire – en plus d'être un procédé méthodologique de classement et de découverte à la fois des facettes disparates de la souffrance, une combinatoire et une heuristique donc – est plus sourd dans le texte même de Ricœur. Elle sert de garde-fou contre le risque d'une certaine folie que la souffrance et sa méditation pourraient provoquer (comme on parle d'une douleur ou souffrance qui « nous rend fou » tellement elle s'avère intense). Le motif de la folie, de l'irrationalité, court de manière souterraine tout au long du texte, qui évoque par exemple la question des passions comme motif philosophique de l'âme emportée au-delà de toute maîtrise de soi. Cette inquiétude affleure dès le début de la conférence par ces mots, où la possibilité d'être débordé par son propre objet est évoquée : « La seconde difficulté est plus sérieuse : si l'on n'a pas pour guide les repères nosographiques de la clinique, comment ne pas se perdre dans la litanie interminable des maux, dans le mauvais infini de la déploration ?¹⁰ » C'est en réponse à cette difficulté que Ricœur propose « de répartir les phénomènes du souffrir, les signes du souffrir, sur deux axes¹¹ ». Inquiétude qui nous semble avoir deux composantes. D'une part, la peur de se perdre dans une description sans aucun fil directeur, qui deviendrait par-là infinie – sans possibilité d'être jamais close. Comme si la peur était ici que la matière, rebelle à toute systématisation, n'envahisse le champ de conscience de sa proliférante réalité... Excès de l'intuition sur le concept dirait-on dans un cadre kantien, ce qui mettrait par avance en échec toute phénoménologie du phénomène en question. Il s'agirait de se prémunir contre la crainte de ne plus jamais parvenir à dompter son propre sujet, d'être soi-même débordé par la matière inflammable qu'on s'est imprudemment donné comme objet et qui nous gouvernerait nous-même comme un autre... Vertige peut-être face au chaos immaîtrisable que la souffrance pourrait comporter, faisant sortir la rationalité de ses gonds. Peur peut-être d'autre part d'être soi-même entraîné par sa propre matière à un *pathos* exagéré (« le mauvais infini de la déploration »), la description qui deviendrait elle-même plaintive : peur de la contamination par son objet et d'un devenir mélancolique du penseur qui devrait se prémunir de cette dangereuse tentation – celle peut-être de l'« acédie » évoquée par Kress dans son propre rapport et à laquelle Ricœur fait lui-même allusion¹². Comment pourrait-on, d'ailleurs, parler de la souffrance sans en souffrir ? Il y a une souffrance à méditer la souffrance ; et cette souffrance doit alors être contenue : à cette évocation aussi une certaine « parcimonie » convient.

Contre cette difficulté, et ces tentations peut-être, Ricœur se dote des critères de description qu'il dégage en reconnaissant ici une première fois une primauté à la clinique : car s'il y a un risque pour le philosophe de se perdre dans la description de la souffrance, c'est que lui « n'a pas pour

¹⁰ *Ibid.*, 10.

¹¹ *Id.*

¹² *Ibid.*, 16.

guide les repères nosographiques de la clinique¹³ », à la différence donc du psychiatre qui possède ces règles de repérage et de paramétrage de la souffrance psychique. Notons que Ricœur relève par là, dans la nosographie psychiatrique, son rôle de pare-excitation, de protection pour le psychiatre : classer les souffrances de l'âme, c'est à la fois se donner les moyens de les connaître, de les traiter, mais aussi de se protéger d'une contamination possible par le chaos qu'on côtoie. La nosographie classe et protège le classificateur : on rejoint ici les intuitions du psychiatre Georges Devereux sur le rôle d'une nosographie comme protection nécessaire contre l'angoisse¹⁴. On ne saurait dire si la clinique est enviée par Ricœur : ces « repères nosographiques de la clinique » sont-ils des points solides par lesquels la clinique dépasse la description phénoménologique en efficacité ? Ou sont-ils, au contraire, à ses yeux des grilles trop simples dont il revient à la phénoménologie de se défaire, en abandonnant cette mise en forme peut-être appauvrissante de l'expérience humaine, pour se risquer au grand large de l'expérience envisagée selon « les choses mêmes », dans la nudité de l'expérience phénoménologique sans *a priori*, mais pas totalement démunie de boussole car capable de se doter de ces deux axes de classification ? On ne saurait trancher ici si Ricœur considère les repères nosographiques comme pleinement valables ou seulement partiellement. Peut-être les tient-il tout simplement comme autres que les outils de la phénoménologie ; ce qui rejoindrait sa position plus générale de tenir psychiatrie et phénoménologie, au moins de premier abord, comme deux discours hétérogènes, parallèles, étanches l'un à l'autre, sur une même réalité. Ricœur soulignerait alors que, si la psychiatrie s'est dotée depuis longtemps de « repères nosographiques » pour explorer la souffrance, la philosophie, et particulièrement la phénoménologie, en manque de son côté et qu'il y a là un champ entier à défricher, qu'il ne peut dans le cadre de sa conférence que désigner à l'attention des phénoménologues en en proposant un premier arpentage, un premier repérage.

III. La clinique congédiée par la phénoménologie ?

Ainsi, ce qui frappe dans le texte de Ricœur, est qu'il semble avant tout ne pas reconnaître de place primordiale, voire aucune, à l'expérience clinique psychiatrique dans l'exploration phénoménologique de la souffrance. Cette dernière semble même initialement congédiée, le dialogue étant reporté à la fin du développement : « Ma contribution [dit en effet Ricœur] diffère de [celle de Jean-Jacques Kress] en ce qu'elle ne prend pas appui sur l'expérience clinique et donc sur la nosographie des troubles mentaux, mais n'a recours qu'à l'expérience humaine la plus commune et la plus universelle du souffrir¹⁵. » Ricoeur semble simplement prévenir son auditoire que les attentes qu'il peut avoir à l'égard de ses propos doivent être limitées, ou en tout cas définies : il s'en tiendra au savoir commun de la souffrance et à son élaboration naïve, brute ; il n'est pas médecin. Il proteste également avec modestie que son but n'est pas de proposer des lignes directrices à la clinique sur un ton de supériorité qui serait possible chez le philosophe : « Ma contribution n'a pas non plus pour finalité d'orienter l'acte thérapeutique, mais seulement d'éclairer la *compréhension* que nous avons de l'humain, en tant qu'être capable de subir, d'endurer

¹³ *Ibid.*, 10.

¹⁴ Georges Devereux, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (Paris, Flammarion, 2012 [1967]).

¹⁵ Ricœur, « La souffrance... », 9.

la souffrance¹⁶. » Pas d'inclusion d'un savoir clinique donc, ni de prétention à le guider. Par là, Ricœur semble présenter phénoménologie et psychiatrie comme deux discours distincts, dans un dualisme complet, à partir de signes qui leur seraient communs, ceux du souffrir. Comme si le clinicien n'avait rien à dire de « l'humain en qu'être capable de subir la souffrance » et comme si le philosophe pouvait partir d'une expérience de la souffrance qui ne soit pas elle-même informée par les savoirs que la psychiatrie et la médecine plus largement ont pu dégager à son propos ! C'est pourquoi, aux yeux de Ricœur, philosophie et psychiatrie semblent ne partager que leur démarche : « Ma présupposition [dit-il ainsi] est que la clinique et la phénoménologie se recroisent dans la sémiologie, dans l'intelligence des signes du souffrir¹⁷ ». « Se recroisent », c'est bien peu dire ; et cela peut consister à s'ignorer superbement. Il concède un apport réciproque dans ce croisement, mais cet apport restera absent, à première vue du moins, de ses développements : « La première instruit la seconde par sa compétence, la seconde instruit la première par sa compréhension du souffrir qui paraît sous-jacente à la relation thérapeutique elle-même¹⁸ ». Dans le corps même du développement, il partira bien peu des notations de la clinique censée « instruire » la phénoménologie par sa « compétence ». La tâche de la phénoménologie semble, en retour, être limitée à l'élucidation de contenus intellectuels qui seraient déjà présents, de manière sous-jacente, dans la relation thérapeutique – quelque chose comme un savoir latent, actif sans être pleinement conscient de lui-même ; mais là encore le lien des analyses de Ricœur avec des éléments de la relation thérapeutique restent énigmatiques.

Certes, il convient de faire la part de la dimension possiblement rhétorique de telles déclarations préalables dans le cadre d'une conférence devant des psychiatres ; il nous paraît néanmoins que Ricœur entend proposer une phénoménologie de la souffrance qui ne se veut pas avant tout informée par l'expérience clinique. À travers cette phénoménologie préalable, il est possible qu'il cherche à dégager les lieux où une discussion entre phénoménologie et psychiatrie pourrait, par la suite, se dérouler : on peut ainsi attribuer une dimension préparatoire à son texte.

IV. La clinique malgré tout

Ce que nous voudrions surtout souligner ici, c'est que, malgré ses propres affirmations, Ricœur se trouve, dans le mouvement même de sa description, obligé, d'une manière tout à fait intéressante à relever, de transgresser ses propres interdits. Il fait en réalité allusion à la clinique, et ceci même en des lieux décisifs de son argumentation. C'est ainsi un certain virage de la phénoménologie que Ricœur opère en partie malgré lui, et en partie sans le reconnaître pleinement. Cela renvoie par ailleurs à des troubles qu'il a pu exprimer dans certaines de ses œuvres. Là où la phénoménologie est censée se détacher de tout discours d'objet, de tout savoir constitué, pour élaborer ses descriptions des « choses mêmes » dans une suspension (*epochè*) des croyances extérieures, Ricœur déclare sa gêne à l'encontre des savoirs objectifs dont il pressent qu'ils ne peuvent pas être exclus de manière aussi radicale de l'élaboration philosophique – mais sans toujours parvenir à leur trouver la place adéquate pour autant. Peut-être est-ce dans cette

¹⁶ *Id.*

¹⁷ *Id.*

¹⁸ *Id.*

conférence, et il n'est pas indifférent à nos yeux que ce soit à l'occasion de la confrontation à des savoirs *cliniques*, qu'il trouve, bon gré mal gré, des manières d'intégrer les savoirs positifs à son élaboration philosophique – en transgressant un dualisme des discours, entre discours scientifique et discours phénoménologique, qu'il se sent pourtant obligé de poser en préalable.

On trouve ce même dualisme formulé avec une grande netteté dans le dialogue avec Jean-Pierre Changeux sur les neurosciences, comme un dualisme qui n'a certes plus une dimension ontologique, entre l'âme et le corps comme « substances », mais tout de même rigoureux. Voici la manière dont Ricœur formule son dualisme dans cette série d'entretiens :

« Ce n'est pas sur le plan de cette ontologie [de l'âme et du corps comme substances] [...] que je me situerai. Je me tiendrai, modestement mais fermement, au plan d'une sémantique des discours tenus d'une part sur le corps et le cerveau, d'autre part sur ce que, pour faire bref, j'appellerai le mental, avec les réserves que me fournissent les philosophies réflexive, phénoménologique, herméneutique. Ma thèse initiale est que les discours tenus d'un côté et de l'autre relèvent de deux perspectives hétérogènes, c'est-à-dire non réductibles l'une à l'autre et non dérivable l'une de l'autre¹⁹. »

Ainsi Ricœur ne peut-il se déclarer, dans la discussion avec le neuroscientifique, qu'en quête d'un « troisième discours » capable de coordonner ces deux discours, mais encore inconnu. Il y pose également une question importante qui trouve son analogie dans la conférence devant les psychiatres : « D'où ma question : est-ce que par la connaissance que j'ai du cerveau j'augmente la connaissance que j'ai de moi-même sans connaître quoi que ce soit de mon cerveau et simplement par la pratique de mon corps ?²⁰ » Il nous semble que la situation est comparable dans notre conférence : Ricœur part d'un dualisme des discours clinique et phénoménologique en présentant comme un horizon seulement à chercher la possibilité d'un discours commun ; de la même manière, il semble concevoir que la connaissance clinique n'a pas forcément à apporter à la connaissance anthropologique de la souffrance ; et pourtant, ici, il trouve de nombreux ponts entre ces deux types de discours, qui n'étaient pas présents dans la discussion avec les neurosciences.

Cette perplexité de Ricœur à l'égard de la possibilité d'intégrer à l'anthropologie philosophique les apports des sciences vient également d'une nécessité qu'il pressent de parvenir à leur faire tout de même une place : il serait en effet exorbitant que les sciences n'aient réellement rien à nous dire de l'expérience humaine ! C'est pourquoi cet obstacle doit, si cela est possible, être surmonté, parfois au prix de ce que Ricœur nomme un « long détour ». Il pointe cette question dès *Le volontaire et l'involontaire*, un de ses tout premiers ouvrages qui dirige également les analyses présentes dans notre conférence. Et là encore, cela n'est pas à une place indifférente dans l'argumentation mais bien à une place cruciale, car il s'agit du passage où Ricœur analyse le phénomène essentiel en lui-même de la naissance, et qui surtout est au cœur de la dernière partie de l'ouvrage qui porte sur le thème du consentement comme manière de faire communiquer en l'être humain les domaines du volontaire et de l'involontaire : car la naissance, que je n'ai aucunement voulue, peut faire l'objet d'une reprise elle-même volontaire dans le fait de consentir

¹⁹ Jean-Pierre Changeux et Paul Ricœur, *Ce qui nous fait penser. La nature et la règle* (Paris, Odile Jacob, 1998), 25.

²⁰ *Ibid.*, 31.

à l'existence – elle exige même cette reprise par tout existant et nous introduit ainsi à la nécessité du consentement. On est donc ici au cœur même du projet d'articuler volontaire et involontaire longuement décrits dans l'ouvrage. Or, Ricœur commence son analyse de la naissance en donnant congé à un discours seulement biologique sur celle-ci, qui la réduit à une hérédité²¹. Mais c'est pour, dans un deuxième temps, utiliser la biologie comme fil directeur permettant d'élaborer une « réflexion philosophique sur ma naissance » (c'est le titre du deuxième moment de ce passage, après celui intitulé « Objectivation de ma naissance »); réflexion philosophique elle-même ordonnée là aussi selon les significations possibles de la notion d'hérédité pour une conscience. C'est ainsi que Ricœur entrevoit la possibilité d'articuler les deux discours, au-delà d'une biologie sans réflexivité :

« La biologie non compensée par l'aperception du Cogito m'aliène. Et pourtant l'étude de la génétique doit devenir un guide de la réflexion sur moi-même [...] Il se peut dès lors que ce discours objectif sur la naissance vienne éclairer des aspects jusqu'ici trop obscurs du Cogito. Il me faut à la fois briser le dogmatisme naissant qui procède de la génétique et convertir philosophiquement celle-ci en un index de ma naissance²². »

Ne pas s'en tenir donc à la seule science que la philosophie se contenterait d'épeler, mais ne pas manquer d'utiliser les données de la science pour enrichir une phénoménologie qui ne parviendrait pas suffisamment par elle-même à se renouveler et expliciter.

De même, et là encore à un moment décisif de l'argumentation, Ricœur défend, dans la dernière période de son œuvre dans *La mémoire, l'histoire, l'oubli*, l'importance de la notion biologique de la mort contre les analyses heideggériennes qui congédient tout discours scientifique sur la mort comme vulgaire savoir d'objet et ont par ailleurs tendance à exalter la mort comme authenticité de l'existant.

« Un thème me paraît manquer à l'analyse heideggérienne du souci, celle du rapport au corps propre, à la chair [...]. J'apprends la mort comme le destin inéluctable du corps-objet ; je l'apprends par la biologie confirmée par l'expérience quotidienne ; la biologie me dit que la mortalité constitue l'autre moitié d'une paire, dont la reproduction sexuée constitue une moitié. Tiendra-t-on ce savoir pour indigne de l'ontologie en raison de sa factualité, de son caractère empirique ? Le reléguera-t-on dans l'empire de la *Vorhandenheit* ou de la *Zuhandenheit*, parmi les choses sous la main ou à portée de la main ? La chair met en déroute cette séparation des modes d'être. Celle-ci ne prévaudrait que si ce savoir objectif et objectivant de la mort n'était pas intériorisé, approprié, imprimé dans la chair de ce vivant, de cet être de désir que nous sommes²³. »

Ainsi, Ricoeur refuse-t-il à la fois de s'en tenir au seul discours objectif de la science et de ne lui donner aucune place dans la réflexion philosophique ; il refuse cette « séparation des modes

²¹ Paul Ricœur, *Le volontaire et l'involontaire. Philosophie de la volonté*, vol. 1 (Paris, Aubier, 1950), 408-410.

²² *Ibid.*, 411.

²³ Paul Ricœur, *La mémoire, l'histoire, l'oubli* (Paris, Seuil, 2000), 466.

d'être » en reconnaissant que les savoirs objectifs viennent bien ressaisir quelque chose des corps et des esprits qui vient en retour s'y inscrire.

Il nous semble qu'on retrouve ces difficultés et des tentatives d'y trouver des solutions, peut-être originales, dans la conférence « La souffrance n'est pas la douleur ».

V. Les places de la clinique

Ricoeur y propose effectivement une description détaillée de la souffrance qui, malgré ses dénégations explicites, peut bien servir de guide au clinicien. En effet, montrer toute la complexité du phénomène de la souffrance, c'est faire deux choses à la fois à l'égard de la clinique, notamment psychiatrique. C'est en un sens la critiquer, au sens étymologique du terme, en en montrant les limites : il s'agit de montrer ce que la clinique ne peut pas assumer de la souffrance, ce qu'elle exclut (de fait ou de droit, là est toute la question que Ricoeur n'aborde pas dans son texte) de ses visées et de ses ambitions. Il y a là une première manière de tout de même « orienter l'acte thérapeutique²⁴ » par une phénoménologie de la souffrance : le clinicien peut y apprendre qu'il y a tout un pan de l'expérience existentielle du patient souffrant qui, tout en étant ô combien réelle, constitue un territoire inconnu de sa pratique. Leçon d'humilité pour le clinicien qui discerne l'étendue de ce qui échappe à ses prises. Ainsi, un discours est tout de même possible sur ce que l'on ne peut prétendre traiter : le clinicien n'est pas laissé entièrement démuni face à cette réalité qui lui échappe. On aura là une première « place » de la clinique tout de même dans le texte de Ricoeur, en creux, avec la clinique critiquée pour son insuffisante prise en compte de la complexité de la souffrance : incomplétude de la clinique.

Pour autant, en un second sens, on peut imaginer que cela revient également à désigner à la clinique des territoires encore non investis par elle et sur lesquels elle pourrait gagner du terrain – bien que peut-être jamais au point de tout assumer de l'expérience de la souffrance humaine. Les descriptions de Ricoeur désignent aussi des réalités vécues par les patients souffrants auxquelles les cliniciens peuvent se rendre attentifs. Peut-être pas pour en proposer un traitement qui serait uniquement médical – ou alors à condition d'élargir le sens de médical au-delà du seul traitement technique pour l'orienter vers un soin complet incluant de manière singulière un soutien, une présence aux interrogations les plus existentielles des patients. Ainsi, le clinicien est-il averti contre un risque de la pratique médicale, celui de « transformer l'expérience vécue de la douleur en un enjeu technique. L'épaisseur existentielle inhérente à toute douleur est ainsi masquée²⁵. » Injustice suprême à l'égard de l'être souffrant en laquelle consiste l'attitude qui, non contente de ne pas traiter une partie du problème, participe même à la cacher et prétend qu'elle n'existe pas. Deuxième souffrance infligée à la souffrance dans sa dénégation, et par celui-là même, le soignant, qui devrait la soulager. Il y a là un enjeu crucial de reconnaissance de la réalité de la souffrance. Et cette part reconnue de la souffrance peut également désigner, de manière plus exaltante pour les cliniciens, une nouvelle frontière possible de leurs soins : comment serait-il possible de prendre en charge ces aspects plus existentiels, philosophiques, de la souffrance ? Est-ce possible dans les limites du soin

²⁴ Ricoeur, « La souffrance... », 9.

²⁵ Lazare Benaroyo, « Le sens de la souffrance », in Claire Marin et Nathalie Zaccai-Reyners éd., *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricoeur*, 67.

médical ? Voilà qui peut pousser à l'inventivité et à la réflexion, et décrit une deuxième place faite à la clinique par Ricœur. Ouverture de la clinique à d'autres horizons.

Au-delà de ces leçons indirectes par lesquelles Ricœur semble entretenir une discussion souterraine avec la clinique, il convient également, et peut-être surtout, de tenir compte des notations, parfois discrètes mais toujours décisives nous semble-t-il, par lesquelles Ricœur renvoie à la clinique dans la lettre même de son texte.

Dès le moment où il parcourt le premier axe de sa description, ce dernier souligne, qu'une fois arrivé au degré le plus haut de la souffrance comme rapport à l'autre, à savoir le fantasme d'avoir été élu pour souffrir, il note l'exception encore plus grande à ses yeux « du phénomène de la souffrance qu'on s'inflige à soi-même²⁶ ». Sur ce point « seule la clinique, dit-il, peut s'avancer plus loin que la phénoménologie lorsqu'elle porte au jour (je cite Jean-Jacques Kress) "cette capacité des forces de la psychè de s'exercer contre elle-même et de travailler à produire sa propre souffrance"²⁷ ». Ici, aux dires mêmes de Ricœur, la clinique pourrait aller plus loin que la philosophie même, qui a pourtant été portée à son comble, à son régime le plus haut, par le fait de poursuivre jusqu'à son maximum un axe de description qu'on s'est donné. Ici, la clinique vient faire exploser toute philosophie sûre de ses moyens rationnels pour récapituler le monde et ses possibles, en lui présentant ce qui lui paraissait inimaginable mais est pourtant bien réel. La phénoménologie doit s'avouer excédée par ce qui peut également la nourrir et l'alimenter. C'est là une troisième place pour la clinique, son caractère indispensable pour la philosophie. Factualité irremplaçable de la clinique.

Dans le deuxième axe, il est également très vite noté une proximité avec les théories de Freud – d'ailleurs déjà évoquées dans le premier axe à propos de la souffrance comme pensée sans objet, ce qui vient là aussi transgresser le dogme phénoménologique de la conscience comme « conscience de » quelque chose. Ricœur s'y interdisait de sortir de la phénoménologie : « Nous pourrions développer ce point en prenant appui sur la distinction freudienne entre la représentation et l'affect. Restant au plan phénoménologique, on peut dire ceci : ...²⁸. » Dans l'analyse de la souffrance comme impossible à mettre en récit, Ricœur note que « cette analyse phénoménologique côtoie certaines découvertes de Freud²⁹ », notamment sur la réminiscence névrotique comme souffrance faisant encore souffrir car elle échappe à la remémoration consciente et à la mise en récit. Il est ici seulement noté une parenté (« côtoie ») entre l'analyse phénoménologique et l'expérience clinique, expérience clinique qui paraît moins indispensable si la phénoménologie peut accéder à ce thème par ses propres moyens.

Il en va tout autrement des notations suivantes, dans lesquelles la clinique se voit reconnaître un rôle essentiel dans la reconnaissance du thème de la souffrance auto-infligée comme partie prenante de l'expérience de la souffrance par la culpabilisation, la honte, ressenties lors de souffrances pourtant extrêmes. « Ici le psychiatre nous met en garde contre l'incitation à entrer

²⁶ Ricœur, « La souffrance... », 11.

²⁷ *Id.*

²⁸ *Ibid.*, 11.

²⁹ *Ibid.*, 14.

dans ce labyrinthe infernal³⁰ » ; et plus loin : « Les médecins qui ont eu affaire à des victimes de la torture nous le disent » ; et encore : « ces mêmes médecins nous parlent de la honte qui colle, si l'on peut dire, à l'âme de ces humiliés³¹ ». Ici, le savoir clinique est radicalement indispensable ; il apporte des connaissances auxquelles la phénoménologie ne saurait avoir accès par elle-même. Et jusqu'à des expériences informulables par une phénoménologie qui suppose un sujet, un *cogito*, même brisé comme chez Ricœur, quand la psychiatrie décrit des formes de la souffrance sans plus aucun sujet pour les expérimenter : « C'est cet extrême que Jean-Jacques Kress évoque à propos du trouble psychique de *dissociation* ; et je partage son embarras devant "l'horreur que suscite cette pensée : puisqu'il existe des humains qui ne sont plus des personnes pour souffrir leur souffrance, sont-ils encore des humains ?" »³² Ici toute anthropologie philosophique se voit relativisée par le passage à la limite qui semble se faire en direction de l'inhumain. C'est pourquoi Ricœur va jusqu'à évoquer ensuite « la nosographie du délire proposée par Jean-Jacques Kress³³ », lui qui promettait au début de son intervention de s'engager dans l'analyse de la souffrance sans les « repères nosographiques » du psychiatre. C'est ainsi que Ricœur reconnaît pour finir que « le psychiatre a sans doute ici beaucoup plus à dire que le phénoménologue³⁴ ». Au contraire, si philosophes et psychiatres peuvent avoir un terrain commun dans l'analyse de ce que la philosophie ancienne et classique appelait les « passions » de l'âme, ici la philosophie ne peut servir que de propédeutique à ce savoir de l'être humain bien plus déconcertant et profond qui est celui de la clinique : « On voit là comment la phénoménologie [...] peut s'avancer jusqu'au seuil de la nosographie des psychiatres³⁵ » ; la première, dans les traités des passions, traite des souffrances de l'homme normal, là où la psychiatrie nous dévoile celles, si singulières, des psychismes souffrant de pathologies. C'est donc la psychiatrie qui va servir d'éclaireur à la phénoménologie en l'incitant à renouveler en profondeur le thème ancien des « passions de l'âme », en montrant toute la complexité du phénomène de la souffrance et ses rapports ambigus avec la responsabilité morale. C'est une forme de pâtir nouvelle qui est ici mise au jour, où les ressources de l'être humain agissant sont éprouvées de manière encore plus aiguë, en ce que, dans le *pathos*, les frontières entre la souffrance qu'il subit et celle qu'il s'inflige lui-même (acédie, envie, tristesse) deviennent indistinctes et peut-être non pertinentes.

Ainsi, ce que donne la clinique c'est une manière de circonscrire aussi la plainte³⁶, qui risquerait de déborder, de se faire *pathos* excessif : elle permet de discerner, dans un certain *pathos* de la description de la souffrance, quelque chose de pathologique. La clinique pousse donc la phénoménologie plus loin qu'elle ne saurait aller seule, mais permet également d'en critiquer les débordements ! La clinique peut servir de pierre de touche à une description de la souffrance qui voudrait rester également sobre. C'est ainsi que la clinique peut pointer « cette manière qu'a la

³⁰ *Id.*

³¹ *Id.*

³² *Id.*

³³ *Ibid.*, 15.

³⁴ *Id.*

³⁵ *Ibid.*, 16.

³⁶ Voir pour cela Jean-Jacques Kress, « L'efficacité de la plainte », *Psychologie médicale*, vol. 21, n° 3 (1989), 305-307.

plainte de friser le délire³⁷ ». Ce qui n'est pas seulement à critiquer, mais aussi à prendre en compte : cela fait partie, aux yeux de Ricoeur, de l'expérience de la souffrance que d'être excessive, injuste, presque immorale, dans son expression. Ainsi des psaumes bibliques « peut-être parfois délirants, mais qui donnent la parole à l'expérience trop souvent refoulée de la victimisation³⁸ ». Il s'agit ici, sur un modèle clinique peut-être, d'apprendre à écouter sans la juger la plainte, même dans ce qu'elle a d'excessif, et non pour la valider dans son contenu objectif qui tient de l'imaginaire mais la recevoir comme composante réelle de la souffrance vécue. La clinique a alors une place primordiale : non seulement elle permet de pousser plus loin la description de la souffrance, mais elle en esquisse aussi une critique, faisant preuve de la « parcimonie » qui gouverne également l'empathie du clinicien. Par là, elle va jusqu'à critiquer de manière salutaire l'interprétation religieuse de la souffrance comme question existentielle. Elle n'invalide pas nécessairement aux yeux de Ricoeur toute interprétation religieuse de l'« appel » de la souffrance, mais permet de purifier l'élan religieux de ses excès, autant pathologiques que certainement pathogènes : celui qui souffre de cette manière excessive ne manquera pas de faire souffrir autour de lui. C'est un sentiment religieux purifié de ses excès, de ses troubles archaïques, qui trouve ici à se dessiner. De manière subtile et discrète, le pathologique devient un critère qui départage, au cœur même des souffrances, leur légitimité, même dans l'insondable, et leur possible excès. C'est là une quatrième fonction de la clinique dans le texte : valeur critique de la clinique.

Ainsi, Ricoeur reconnaît certes à la souffrance de s'ouvrir de manière constitutive sur une dimension réflexive, métaphysique ; et le clinicien est, par là, invité à élargir sa conception de la souffrance pour en percevoir la dimension herméneutique, la nécessité de la déchiffrer à travers nos mythes et symboles qui s'efforcent de nous orienter vers un *pathei mathos* qui reste à élucider, un enseignement de la souffrance. Mais le clinicien peut aussi aider le philosophe à déchiffrer les dimensions complexes de l'expérience de la souffrance. Il y aurait sans doute encore plus à apprendre et à méditer de ce que le clinicien a à nous dire de la douleur seule, en tant qu'elle est relativement distincte de la souffrance. Ricoeur lui-même ne peut s'empêcher de conclure son texte en faisant à nouveau appel à la distinction, rapidement esquissée au début de la conférence et vite abandonnée, entre souffrance et douleur. La souffrance se voit *in fine* reconnaître la qualité de correspondre au désir d'endurer, de continuer à vivre *malgré* la douleur, dans une notation finale aussi brève qu'énigmatique : la douleur, et peut-être son évaluation clinique, devient elle-même un critère central constitutif de la souffrance ! Souffrir, c'est toujours éprouver ce que c'est que d'essayer de vivre malgré la douleur – ce qui suppose bien que la douleur existe, y compris dans sa compréhension clinique. Si la souffrance a pour « sens premier » de savoir « persévérer dans le désir d'être en dépit de » la douleur, alors l'une ne peut exister et être définie entièrement sans l'autre. Elles ont ici une « dernière frontière³⁹ », qui est leur partage à la fois au sens de ce qui les distingue et de ce qu'elles ont en partage, qui leur est commun. La clinique sert également de garde-fou contre les emportements possibles de cet enseignement métaphysique, religieux, symbolique, de la souffrance. La souffrance elle-même n'est donc pas sans pathologies propres qu'il convient d'apprendre à déceler, et la clinique peut ici nous l'apprendre si l'on veut bien y être attentif. Ainsi, en partie de manière volontaire et consciente, en partie en s'y laissant entraîner contre son gré,

³⁷ « La souffrance... », 15.

³⁸ *Id.*

³⁹ *Ibid.*, 33.

Ricoeur nous invite à compléter la phénoménologie par ce que nous appellerions pour notre part une authentique philosophie clinique. Une philosophie clinique s'efforcera de repartir constamment de l'expérience clinique, en tant que celle-ci soulève des problèmes originaux qui ne pourraient être seulement déduits par la conscience souveraine du philosophe ou retrouvés sans aucun dialogue avec les sciences, techniques et relations mises en œuvre dans le soin. Une telle philosophie clinique pourra partir du soin, ses problèmes et ses conflits, pour renouveler les questions que soulève traditionnellement la philosophie. La clinique n'aura pas à être pris comme un champ unanime, proposant une vérité unique, mais plutôt un champ conflictuel où différentes voix (celle des patients, des cliniciens, de la société) et différents discours relèvent et constituent des problèmes originaux, comme sur la douleur et la souffrance⁴⁰. Il y a donc à se laisser enseigner par la clinique et nos descriptions ne peuvent pas se prétendre auto-fondées dans une conscience isolée, sans origine ni dialogue avec les savoirs. On pourra se permettre de parodier Eschyle et son *pathei mathos* (« la souffrance enseigne ») évoqué par Ricoeur ; ici, l'on peut en effet dire : *klinikè mathos*.

Remerciements

L'auteur remercie les deux coordinatrices du numéro, Luz Ascarate et Astrid Chevance, pour leurs commentaires sur une première version de ce texte, ainsi que les deux examinateurs anonymes pour leurs remarques éclairantes.

Bibliographie

- Jean-Pierre Changeux et Paul Ricoeur, *Ce qui nous fait penser. La nature et la règle* (Paris : Odile Jacob, 1998).
- Georges Devereux, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (Paris, Flammarion, 2012 [1967]).
- Jean-Jacques Kress, « L'efficacité de la plainte », *Psychologie médicale*, vol. 21, n° 3 (1989), 305-307.
- , « Le psychiatre devant la souffrance », *Psychiatrie française*, vol. 92 (1992), 19-32.
- Claire Marin et Nathalie Zaccā-Reyners, *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricoeur* (Paris, PUF, 2013).
- Paul Ricoeur, *Le volontaire et l'involontaire. Philosophie de la volonté*, vol. I (Paris : Aubier, 1950).
- , « La souffrance n'est pas la douleur », *Psychiatrie française*, Numéro spécial 23 *Le psychiatre devant la souffrance* (1992), 9-18. <https://bibnum.explore.psl.eu/s/psl/ark:/18469/3tcmb>
- , *La mémoire, l'histoire, l'oubli* (Paris, Seuil, 2000).

⁴⁰ Nous avons essayé d'élaborer cette notion de « philosophie clinique » à plusieurs reprises depuis notre thèse de doctorat, *Pour une philosophie clinique des greffes de mains et de visage. Histoire, épistémologie, éthique* (thèse de doctorat de l'université PSL, 2017).