

La médecine narrative permet-elle d'introduire plus d'empathie dans le soin ?¹

Can narrative medicine be a path towards empathy in healthcare?

Dans *Comprendre le soin*, dir Brice Poreau, Christophe Gault, Editions Matériologiques, 2023.

Juliette Ferry-Danini
Chargée de recherche FNRS
Université Catholique de Louvain

Résumé

L'empathie est au cœur du projet de la médecine narrative : la médecine narrative permettrait un soin plus empathique. Cet article propose de clarifier les différents sens de ce mot polysémique – l'empathie – au sein de la médecine narrative, en particulier dans l'œuvre de Rita Charon. A l'issu de cette analyse, cet article interroge le lien supposé entre l'empathie et la narration à partir de la recherche en narratologie sur le sujet. La conclusion est que, paradoxalement, les études narratologiques ne permettent pas de venir conforter la place de l'empathie au cœur de la médecine narrative, ce qui pose un problème de fondation théorique pour l'approche.

Abstract

Empathy is at the heart of narrative medicine: narrative medicine would lead to better empathic care. This paper clarifies the different meanings that this polysemous concept – empathy – holds in narrative medicine writings, specifically in Rita Charon's work. After this analysis, this paper questions the presupposed link between empathy and narrative by building on narratology research on the topic. The conclusion is that, paradoxically, narrative research does not support the central place given to empathy in narrative medicine, which is a theoretical foundational problem for the approach.

Mots clés

Empathie – compassion – médecine narrative

Key words

Empathy – compassion – narrative medicine

¹ Avec l'accord de l'ouvrage, cet article reprend des passages de ma thèse (Ferry-Danini 2019, 51), notamment le sous-chapitre 2.5 intitulé « Quel est le rôle de l'empathie dans la médecine narrative ? ».

1. Introduction : L'empathie est au cœur du projet de la médecine narrative

Ce qui fut un temps considéré comme le vernis civilisé du médecin-gentleman — s'occuper de littérature, étudier les humanités, écrire de façon poétique sur sa pratique médicale — est maintenant reconnu comme une part centrale de l'éducation des médecins, pour l'empathie et la réflexion². (Charon 2004, 863)

La médecine narrative défend l'idée que la narration et les récits sont cruciaux pour la pratique clinique de la médecine. Par narration, il faut comprendre le récit fait par le patient de son expérience ou bien le récit co-construit lors de la rencontre clinique par le patient et le professionnel de santé. Le slogan de la « médecine narrative » ne vise pas simplement à inciter les professionnels de santé à porter attention à ce que racontent les malades, mais vise également à ce qu'ils se forment à la théorie littéraire et narratologique, afin de porter attention à la forme même de ces récits et ainsi accéder à une compréhension plus approfondie de l'expérience de leurs patients. En somme, la médecine narrative se présente comme une nouvelle expertise — narratologique — que les médecins et professionnels de santé devraient acquérir et pratiquer.

L'un des arguments portés par les promoteurs de cette approche, où l'on retrouve Rita Charon en tête de file, est que la médecine narrative permet de développer l'empathie chez les étudiants en médecine et les professionnels de santé. Dzierzynski, Goupy, et Perrot écrivent ainsi que « l'empathie est une capacité attendue par les patients. Elle permet une relation de confiance et le respect des choix et des priorités du patient. Or, il a été constaté une érosion de l'empathie chez les étudiants au cours des études de médecine » (Dzierzynski, Goupy, and Perrot 2018, 170)³. Ils préconisent la pratique de l'écriture réflexive dans les facultés de médecine pour « relancer (...) l'empathie pour les patients (...) par un apprentissage par simulation » (Dzierzynski, Goupy, and Perrot 2018, 169).

Chez Rita Charon notamment, la question de l'empathie est quasi fondatrice pour la médecine narrative. L'empathie serait selon Charon rendue possible par l'attention au récit singulier d'un patient ou d'une patiente. L'empathie chez Charon n'est donc pas simplement le fait de ressentir de la sympathie ou bien le fait d'essayer de se mettre à la place de son patient, c'est la compréhension même de l'expérience subjective du patient, la compréhension de son malheur propre. Dans un précédent article, je soulignais le paradoxe et même l'incompatibilité entre l'importance pour la médecine narrative des expériences absolument singulières et l'utilisation d'outils narratologiques et de critique littéraire, qui visent à analyser des types de récits et des ressemblances entre les récits (Ferry-Danini 2020a). Dans le présent article, je

² Toutes les traductions sont personnelles. Je précise systématiquement le texte original en note de bas de page : « *What was once considered a civilizing veneer for the gentleman physician — reading literature, studying humanities, writing in literary ways about practice — is now being recognized as central to medical training for empathy and reflection.* »

³ A propos de cette supposée érosion, voir l'un de mes précédents articles, où je montre que les études empiriques sur le sujet ne permettent pas de conclure de cette façon (Ferry-Danini 2020b, 105).

souhaite continuer d'illustrer les paradoxes et les tensions entre d'une part les thèses philosophiques de la « médecine narrative » et les outils et cadres théoriques sur lesquels l'approche repose. Je propose d'abord d'analyser la place et le rôle de l'empathie au sein de la médecine narrative. Comme le sujet est complexe, je me concentrerai en particulier sur l'approche de Rita Charon, l'une des figures de proue du mouvement. Dans ce qui suit, je démêle d'abord les différents sens que prennent les vocables d'empathie et de compassion sous la plume de Rita Charon. Ensuite, je montre que le lien entre narratologie et empathie est loin d'être évident et qu'il n'est pas certain qu'une approche narrative soit un « chemin pour l'empathie », comme le déclare Rita Charon⁴. La situation est en réalité beaucoup plus ambiguë qu'il n'y paraît. Pour cela, je m'appuie sur les travaux de Suzanne Keen (2006; 2007; 2013) portant sur le concept d'empathie narrative. Le concept d'empathie narrative permet-il à la médecine narrative de promouvoir l'empathie en médecine et dans le soin ? Nous allons voir que rien n'est moins sûr.

2. Quels sont la place et le rôle des différents concepts d'empathie dans les travaux de Rita Charon ?

Avant de rentrer dans les détails, il est utile de distinguer plusieurs définitions du concept d'empathie et des concepts qui gravitent autour de lui, comme le concept de compassion ou de souci⁵. En effet, la multiplicité des définitions de l'empathie n'est pas propre à la médecine narrative, mais à toute la littérature sur le sujet. Paul Bloom (2016, 16) cite par exemple Decety et Cowell, qui notent que le concept « boueux d'empathie » a été utilisé pour décrire des phénomènes aussi différents que « la contagion du bâillement chez les chiens, le signalement de la détresse chez les poules, et les attitudes centrées sur le patient dans la médecine humaniste⁶ » (Decety and Cowell 2014, 525).

Définissons d'abord l'empathie proprement dite⁷ comme le fait de se mettre à la place de l'autre, ou autrement dit, le fait de faire l'expérience du monde comme l'autre en fait l'expérience, de ressentir de la douleur s'il ressent de la douleur ou bien de ressentir de la joie s'il ressent de la joie. Dans ce sens-là, l'empathie est proche de ce que les philosophes écossais ont appelé « sympathie » (parfois traduit en français par pitié ou compassion). Pour éviter toute ambiguïté, appelons ce type d'empathie, l'« empathie émotionnelle », au sens où elle implique de ressentir ce que l'autre ressent, que ce soit un sentiment positif ou négatif. Ce sens est à distinguer de la simple contagion émotionnelle qui correspond au fait d'éprouver des émotions

⁴ Voir son article « Le chemin narratif vers l'empathie » (Charon 1993).

⁵ Pour la taxinomie qui suit, je me base principalement sur celle proposée par Bloom au fil de son ouvrage de 2016. Elle a le mérite d'être claire et simple et elle est reprise par un certain nombre d'auteurs et d'autrices.

⁶ « One book on the topic lists nine different meanings of the word. One team of researchers notes that empathy is used for everything “from yawning contagion in dogs, to distress signaling in chickens, to patient-centered attitudes in human medicine.” Another team notes that “there are probably nearly as many definitions of empathy as people working on this topic. »

⁷ Je choisis la définition qui suit comme celle de l'empathie proprement dite, car elle me semble être la plus courante dans les discussions académiques. Cette décision reste arbitraire, notamment si l'on considère l'usage plus souple et polysémique du terme dans le langage courant, mais elle ne vise qu'à rendre la conversation plus aisée en évitant des désaccords sémantiques. Ces désaccords brouillent souvent les discussions sur l'empathie.

similaires à celles que l'on perçoit chez autrui, sans qu'il y ait la volonté de se mettre à la place de l'autre.

Ce premier sens du mot empathie est à distinguer d'un autre usage, assez courant dans la littérature philosophique : l'empathie comme la capacité de comprendre les mouvements, le comportement et plus généralement l'état d'esprit de l'autre. Dans ce contexte, l'empathie n'implique pas de ressentir ce que ressent l'autre, et ne nécessite aucune émotion, ce pour quoi on l'appelle souvent « empathie cognitive », ou « cognition sociale », « intelligence sociale », mais aussi « théorie de l'esprit » ou capacité à « lire l'esprit d'autrui » (« *mind reading* ») (Bloom 2016, 17).

Enfin, la compassion ou le souci (« *concern* ») sont à distinguer de l'empathie émotionnelle. Il ne s'agit pas de ressentir l'émotion ou l'expérience d'autrui, mais de s'en inquiéter, de la prendre en compte et de souhaiter le bien d'autrui (Bloom écrit « [...] simplement se soucier des autres, vouloir qu'ils s'épanouissent » [Bloom 2016, 50-51]). Par exemple, on peut ressentir de la compassion pour un enfant effrayé, sans pour autant ressentir pour soi cet effroi. Par ailleurs, la compassion est moins spécifique que l'empathie émotionnelle, car elle peut ne pas viser une personne en particulier, mais une multitude de personnes. Comme l'écrit Bloom, « il est étrange de dire que l'on a de l'empathie⁸ pour les millions de victimes de la malaria, mais il semble parfaitement normal de dire que l'on se soucie d'elles ou bien qu'on éprouve de la compassion pour elles » (Bloom 2016, 41).

Dans ce qui suit, j'étudie le rôle du concept d'empathie tel qu'il est utilisé par Rita Charon dans sa défense de la médecine narrative. Je me concentre sur ses écrits par souci de concision et de simplicité, puisque plusieurs concepts différents d'empathie sont invoqués ne serait-ce que dans sa seule version de l'approche.

Chez Charon, parler d'empathie semble avant tout être une façon de mettre en avant l'importance des émotions dans la pratique de la médecine. L'empathie est aussi l'un des mots clefs qu'elle choisit comme étandard de son approche. Elle publie ainsi en 2001 un article intitulé « La médecine narrative : un modèle pour l'empathie, la réflexion, la profession et la confiance ». En 1993, elle mettait déjà en avant la médecine narrative comme un chemin pour l'empathie dans « Le chemin narratif vers l'empathie » (Charon 1993). Pour les défenseurs de la médecine narrative, il semble évident que l'empathie est une vertu ou une disposition émotionnelle qu'il est préférable de posséder dans l'exercice de la médecine. La notion est importante pour Charon qui la cite systématiquement dans les phrases qui proposent de résumer simplement son approche. Par exemple, lorsque Charon énumère les différentes tâches narratives qui incombent au médecin, elle écrit qu'il s'agit

(...) d'établir une alliance thérapeutique, de générer et de procéder à un diagnostic différentiel, d'interpréter des résultats physiologiques et des rapports d'analyse de façon correcte, de faire l'expérience et

⁸ Au sens de l'empathie émotionnelle : se mettre à la place de si nombreuses victimes et ressentir leur expérience semble impossible.

d'exprimer de l'empathie pour l'expérience du patient⁹ (Charon 2001, 1899).

Si la notion d'empathie est centrale pour Charon, cette dernière reste néanmoins peu explicite à son propos. Dans ce qui suit, j'identifie les différents sens donnés à ce concept d'empathie ainsi que la place et le rôle qui leur sont attribués dans la version de la médecine narrative défendue par Charon, à partir de ses articles de 2001 et 2004 et de son ouvrage de 2006.

Dès les premiers articles de Charon, la place de l'empathie est centrale. On y lit également des termes apparentés comme celui de « compassion » ou de « souci » (« *concern* »). Autre caractéristique, les verbes faisant référence à des émotions se multiplient. Charon note ainsi que la médecin est « envahie par la tristesse tandis qu'elle écoute son patient »¹⁰ (Charon 2001, 1897) et qu'elle « pleure avec le patient » (« *grieves along with* ») (2001, 1897). Cet axe émotionnel est la première façon de saisir ce que l'empathie signifie pour Charon. Il s'agit pour elle de mettre en avant une pratique médicale qui encourage le professionnel de santé à ressentir des émotions pendant son travail.

Les multiples références à des réactions émotionnelles (reproduites ci-dessous) laissent penser que l'empathie dans la médecine narrative est d'abord une question d'émotions : parler d'empathie dans la médecine, c'est faire référence aux réactions émotionnelles du professionnel de santé face à la souffrance de ses patients. En ce sens ici l'empathie se rapproche de ce qu'on pourrait appeler de la contagion émotionnelle (je me sens triste, car l'autre se sent triste) ou éventuellement de l'empathie émotionnelle (je cherche à ressentir ce que l'autre ressent). Cette réaction émotionnelle est tantôt comprise par Charon comme 1) un impératif moral et professionnel auquel le médecin doit répondre, comme 2) une conséquence nécessaire de la pratique médicale, et comme 3) un outil de réflexion pour le médecin. Charon indique que les médecins ont besoin d'« être touchés pour agir » (« *move to act* ») (2001, 1897, 2004, 862), qu'ils doivent cultiver la « familiarité avec la souffrance » (2001, 1899) ; d'un autre côté, elle écrit aussi qu'ils « absorbent et témoignent du fait inévitable d'être submergé par la douleur¹¹ » (2001, 1899) ; et enfin, que les médecins peuvent ensuite travailler et « interpréter » avec profit « leurs propres réactions émotionnelles » (2001, 1899). Ainsi les émotions dans la pratique clinique sont à la fois conçues comme des outils utiles à la pratique médicale et une preuve de vertu morale pour le médecin.

Le lien entre cette définition de l'empathie comme contagion et empathie émotionnelle et la médecine narrative prend quant à lui plusieurs formes. Il est parfois ambigu de comprendre s'il s'agit de rendre la médecine narrative ou si elle est *de facto* déjà narrative. Le lien entre l'empathie et la médecine narrative n'est pas plus clair. Il est parfois suggéré par Charon que la médecine narrative et ses compétences narratives permettent de développer ou même d'enseigner l'empathie chez les médecins :

⁹ « (...) to establish a therapeutic alliance, to generate and proceed through a differential diagnosis, to interpret physical findings and laboratory reports correctly, to experience and convey empathy for the patient's experience ».

¹⁰ « (...) engulfed by sadness as she listens to her patient ».

¹¹ « [physicians] absorb and display the inevitable results of being submerged in pain. »

(...) — lire de la littérature, étudier les humanités, écrire de façon littéraire sur sa pratique — tout cela est maintenant reconnu comme étant central dans l'enseignement médical de l'empathie et de la réflexion¹² (Charon 2004, 863).

Mais il est parfois aussi suggéré que l'empathie (définie comme réaction émotionnelle) fait partie intégrante de la médecine narrative en tant que compétence narrative à part entière :

(...) l'aptitude narrative se définit comme un ensemble de compétences qui nécessitent de reconnaître, absorber, interpréter et d'être touché par les histoires que l'on écoute ou lit¹³ (2004, 862).

L'empathie chez Charon prend ensuite un second sens tout aussi important : l'empathie comme faisant référence à une attitude de compassion et souci vis-à-vis de l'autre. Ainsi, le terme d'empathie est parfois tout simplement remplacé par celui de compassion (2001, 1899) ou de souci (« *concern* ») (2001, 1899). Il s'agit de « témoigner de son empathie » (« *to extend empathy toward* ») vis-à-vis de ceux qui souffrent (2001, 1897). Ce n'est donc plus simplement la réaction émotionnelle chez le professionnel de santé qui est en jeu, mais bien une attitude, un comportement, des croyances et des intentions par rapport aux patients. Charon regrette ainsi que les médecins

(...) manquent souvent de la capacité de reconnaître la détresse de leurs patients, de témoigner de leur empathie vis-à-vis de ceux qui souffrent, et de se joindre, avec honnêteté et courage, aux patients et leur maladie¹⁴ (2001, 1897).

Charon désigne ces états d'âme sous le terme d'« actes de bienfaisance privés » (« *private benevolence* »), que l'on pourrait aussi traduire par « bienveillance ». L'empathie ici a un sens plus ordinaire, et fait tantôt référence à de la tendresse, à du courage ou à du réconfort (2001, 1900).

Il semble raisonnable de considérer que ces deux sens donnés à l'empathie chez Charon — l'empathie comme la réaction émotionnelle face à une souffrance et l'empathie comme le témoignage d'un souci pour l'autre, — ne s'opposent pas dans son approche et qu'ils sont intimement liés. Charon rejette en effet la notion de « souci détaché » (« *detached concern* ») (2001, 1899) qui serait, selon elle, l'attitude dominante dans le modèle biomédical. Elle défend à la place l'idée d'un « souci engagé » (« *engaged concern* »), souci qu'elle définit comme une attitude de compassion doublée de la réaction émotionnelle qui lui est associée. Pour Charon, la compassion n'est possible que par le truchement des émotions, et il n'y a donc pas de « souci détaché » qui puisse aboutir à une attitude de compassion¹⁵. Ainsi, pour définir l'idée de « souci engagé », elle décrit le travail réflexif du médecin sur ses réactions émotionnelles

¹² « (...) — reading literature, studying humanities, writing in literary ways about practice — is now being recognized as central to medical training for empathy and reflection ».

¹³ « (...) narrative competence, defined as the set of skills required to recognize, absorb, interpret, and be moved by the stories one hears or reads ».

¹⁴ « (...) physicians sometimes lack capacities to recognize the plights of their patients, to extend empathy toward those who suffer, and to join honestly and courageously with patients in their illnesses ».

¹⁵ La définition de la compassion par Charon est donc différente de celle de ma typologie.

(2001, 1899). Ce travail réflexif est de nature narrative — il s'agit de narrer son expérience puis de se relire avec attention¹⁶. Selon Charon, ce travail de narration où l'on fait retour sur ses propres émotions permet au médecin de se comprendre lui-même et de comprendre ses patients, pour atteindre ce qu'elle appelle la compassion.

Dans son ouvrage de 2006, Charon mentionne de nouveau l'empathie dans les phrases faisant office de slogan pour la médecine narrative. Par exemple, elle écrit que son

(...) hypothèse dans ce travail est que ce qui manque à la médecine aujourd'hui — la singularité, l'humilité, la responsabilité, l'empathie — peut être apporté par un entraînement narratif intensif¹⁷ (Charon 2006, viii).

Dans les passages qui suivent, on retrouve un sens supplémentaire donné au concept d'empathie. Charon utilise à nouveau le terme de « compassion » (Charon semble utiliser les mots d'empathie et de compassion de façon synonyme). Elle note qu'on ne peut forcer un médecin à faire preuve de compassion vis-à-vis de son patient (2006, 8) et souligne que les techniques narratives sont là pour permettre les conditions de possibilité de l'expression de la compassion. Pour le dire autrement, les compétences narratives permettent de rendre ses pratiquants plus compassionnels ou empathiques. Selon Charon, la compassion est possible grâce à :

(...) la capacité de percevoir la souffrance, d'apporter une interprétation rigoureuse de ce qui est perçu, de gérer l'oscillation entre identification et détachement, de voir les évènements de la maladie selon de multiples points de vue, de voir les ramifications de la maladie, et d'être poussé à agir¹⁸ (2006, 8).

C'est là que Charon introduit un concept d'empathie supplémentaire, qui cette fois-ci ne fait plus simplement référence à une réaction émotionnelle (contagion émotionnelle) ou à l'attitude exprimant un souci pour l'autre (compassion), mais à ce que j'ai défini précédemment comme empathie émotionnelle, c'est-à-dire le fait de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ce qu'il ressent. Ainsi, ce qui semble important n'est plus (du moins, plus simplement) l'expression des émotions ou d'un souci pour l'autre, mais le fait de ressentir ce que l'autre ressent en se mettant à sa place. Charon écrit ainsi que les professionnels de santé sont souvent incapables « de reconnaître la perspective de l'autre et par là de développer de l'empathie¹⁹ » (2006, 8). Le lien entre, d'une part, le fait de comprendre par la narration l'expérience des patients, et d'autre part, le fait de faire preuve d'empathie, est par ailleurs précisé par Charon. Selon elle :

¹⁶ C'est ce travail que (Dzierzynski, Goupy, and Perrot 2018, 169–70) ont nommé « écriture réflexive ».

¹⁷ « *My hypothesis in this work is that what medicine lacks today — in singularity, humility, accountability, empathy — can, in part, be provided through intensive narrative training.* »

¹⁸ « *The ability to perceive the suffering, to bring interpretive rigor to what they perceive, to handle the inevitable oscillations between identification and detachment, to see events of illness from multiple points of view, to envision the ramifications of illness, and to be moved by it to action.* »

¹⁹ « (...) unused to recognizing others' perspectives and thereby unable to develop empathy ».

Savoir ce que les patients endurent dans les mains de la maladie, et donc pouvoir être d'une aide clinique, demande que les médecins entrent dans les mondes de leurs patients, ne serait-ce que par l'imagination, et voient ces mondes du point de vue de leurs patients²⁰.
(2006, 9)

On peut supposer que ce troisième sens donné au concept d'empathie dans les travaux de Charon se surajoute aux deux autres sens précédemment cités. L'empathie, que ce soit la contagion émotionnelle, la compassion ou l'empathie émotionnelle sont considérées comme des vertus que l'on cultive grâce à un travail narratif. Néanmoins, il manque deux éléments à la réflexion de Charon et plus largement aux promoteurs de la médecine narrative : l'explication ou la justification du lien entre la narration et ces trois sortes d'empathie, et la justification de la nécessité ou de l'utilité de ces sortes d'empathie pour la pratique clinique. L'empathie est seulement présupposée comme étant une vertu et non défendue en tant que telle par les partisans de la médecine narrative. Par exemple, Goupy et al. ouvrent leur article sur l'enseignement de la médecine narrative avec comme simple constat que « [l']humanisme et l'empathie ont toujours été reconnus comme nécessaires pour établir une relation médecin-malade de qualité » (Goupy et al. 2013, 2). Ce constat n'est pas justifié ou argumenté. J'ai proposé ailleurs plusieurs arguments pour remettre en question l'idée selon laquelle l'empathie émotionnelle serait nécessairement une bonne chose en médecine (Ferry-Danini 2020b). Dans cet article, j'ai proposé une approche humaniste en médecine qui ne se fonde pas sur l'empathie, au sens de l'empathie émotionnelle. Le problème principal est que l'empathie, par sa nature, est biaisée. Par exemple, elle focalise notre attention sur une situation ou une personne, ce qui peut très bien se faire au détriment d'autres. Comme l'empathie émotionnelle demande que l'on ressente des émotions, notamment négatives dans le cadre de la médecine, c'est une exigence qui fait également peser un poids considérable sur la santé mentale des soignants. Enfin, la question des conditions de possibilité – les conditions de travail – de cette empathie est un autre point aveugle des discussions autour de l'empathie dans la médecine narrative et les autres approches humanistes (Ferry-Danini 2020b).

Le lien entre l'empathie et la narration n'est pas explicité par Charon. Celle-ci mentionne seulement l'idée que l'imagination — et donc le fait de réfléchir à des histoires — permette de se représenter le monde d'autrui. Ce lien entre la narration et l'empathie a été étudié en dehors du contexte de la médecine narrative par la théorie littéraire et cela mérite que l'on s'y attarde. Il est notamment important de se demander si les travaux de théorie littéraire qui portent sur l'empathie narrative permettent de soutenir et de clarifier la place centrale donnée à l'empathie et la compassion dans la médecine narrative.

20 « *To know what patients endure at the hands of illness and therefore to be of clinical help requires that doctors enter the worlds of their patients, if only imaginatively, and to see and interpret these worlds from the patients' point of view.* »

3. Le concept d'empathie narrative dans la narratologie permet-il de venir soutenir la place de l'empathie dans la médecine narrative de Rita Charon ?

Suzanne Keen est probablement la chercheuse en narratologie contemporaine qui a le plus travaillé sur le concept d'empathie (Keen, 2006, 2007, 2013). À la lecture des travaux en narratologie portant sur ce que ce champ nomme « empathie narrative », plusieurs éléments sautent aux yeux et creusent le fossé entre la médecine narrative et son ambition à intégrer le concept d'empathie à son propos narratif.

D'abord, la question de l'empathie narrative est surtout étudiée du point de vue de la narration fictionnelle (Keen 2006, 212). C'est déjà un problème puisque la médecine narrative s'intéresse aux récits réels de malades et non aux récits fictionnels. La question est aussi différente : la narratologie se demande comment il est possible de ressentir de l'empathie pour des personnages fictionnels et quels sont les procédés narratifs rhétoriques et techniques les plus susceptibles de déclencher l'empathie chez les lecteurs. Pour le dire autrement, la narratologie cherche à comprendre quels procédés narratifs sont les plus efficaces pour qu'un auteur ou une autrice provoque de l'empathie chez ses lecteurs. Cela signifie aussi que c'est l'auteur qui est au centre de la réflexion de la narratologie sur la question de l'empathie : comment l'auteur de la narration parvient-il à provoquer de l'empathie ? Quels sont les outils dont ils disposent ? Comme le souligne Keen,

[l]es choix génériques et formels des auteurs lorsqu'ils créent des mondes fictionnels a un impact sur les réponses d'empathie des lecteurs, en les provoquant ou en les retardant (...). Plusieurs techniques narratives ont été associées avec l'empathie par les théoriciens de la narration et les experts du traitement des discours²¹ (...) (Keen 2006, 215–16).

Or Charon et la médecine narrative, par contraste, mettent l'accent sur la réception du récit du patient par le médecin, c'est-à-dire sur le « lecteur » (si l'on suit l'analogie du médecin-lecteur et du patient-texte, souvent reprise dans les textes présentant la médecine narrative, voir par exemple (Hunter 1991, 10)). Selon Charon, c'est la compétence narrative du médecin (du lecteur) qui lui permet de ressentir ou d'avoir une réaction d'empathie. Pour les chercheurs et chercheuses en narratologie, la problématique se place de l'autre côté : ce qui leur importe est de comprendre les procédés que peut utiliser les auteurs pour provoquer une réaction d'empathie chez les lecteurs. Or dans l'analogie du médecin-lecteur et du patient-texte, qui est l'auteur du récit ? Si c'est le patient, il semble peu raisonnable d'imaginer qu'on attende de lui de mettre en place des stratégies narratives pour créer une réaction d'empathie (ce n'est d'ailleurs pas forcément un but recherché par les patients). Si c'est le médecin, en quoi son intention pourrait-elle influencer le récit du patient et la façon dont il se déroule d'un point de vue narratif ?

²¹ « *The generic and formal choices made by authors in crafting fictional worlds play a role in inviting (or retarding) readers' empathic responses (...). A variety of narrative techniques have been associated with empathy by narrative theorists and discourse processing experts (...) »*

Charon pourrait répondre que peu importe les procédés utilisés par le patient pour narrer son récit, c'est au médecin-lecteur de saisir le récit avec empathie (on comprend que le médecin doit s'efforcer d'atteindre cette empathie) grâce notamment à ses connaissances narratologiques. Là encore, la narratologie n'est pas sur la même longueur d'onde. Pour Keen comme pour d'autres, d'un point de vue narratologique, il est évident que la narration *complique* plus qu'elle ne facilite la réaction empathique. C'est pour cela que la narratologie étudie les procédés narratifs les plus à même de faciliter ou de provoquer cette réaction : car celle-ci n'a rien de systématique ; et c'est là même un lieu commun de la réflexion sur le sujet. Comme le rappelle Keen,

(...) les expériences des lecteurs varient les unes des autres, et la lecture d'une fiction émotionnellement évocatrice ne donne pas toujours lieu à de l'empathie pour un personnage (...). Les romanciers n'ont pas les pleins pouvoirs sur les réactions que l'on peut avoir par rapport à leurs fictions. L'empathie pour un personnage fictionnel ne correspond pas toujours avec ce que l'auteur semble avoir voulu inspirer et inviter²².

(Keen 2006, 214–15)

La réaction du lecteur peut même aller à l'encontre des intentions de l'auteur. Ainsi, on peut penser à l'empathie que souhaiterait faire éprouver un auteur, mais qui serait liée à des intérêts sociaux problématiques : un lecteur pourrait très bien la rejeter par conviction (Keen 2006, 215).

On est ainsi très loin des propos de Charon, selon laquelle le simple fait d'être en présence d'un récit provoque de l'empathie (peu importe le sens donné au mot). Le fait d'être une spécialiste de narratologie (tel que le demande Charon) n'aide en rien finalement en cela, car si elle peut détecter les procédés en question, elle se retrouve dans la même position que les autres lecteurs : elle deviendra sensible au contexte, elle sera biaisée et réagira ou non face à un personnage. Comme l'écrit Keen, « (...) l'empathie des lecteurs pour telle ou telle situation de fiction peut être augmentée de façon fortuite selon le rapport à des circonstances particulières historiques, économiques, culturelles ou sociales²³ (...) » (Keen 2006, 214)²⁴. Les compétences narratologiques défendues par Charon seraient d'ailleurs inutiles dans le cas d'un rendez-vous médical, puisqu'il n'est pas clair qu'il y ait de véritables procédés narratifs mis en œuvre par le patient pour provoquer de l'empathie, du moins du genre de ceux qui intéressent les chercheurs en narratologie. En fait, si l'on peut imaginer un patient mettre en œuvre de telles stratégies (grimaces, gestes, explication de tous ses états d'âmes, etc.), le fait pour la spécialiste de les reconnaître en tant que procédés narratifs ou rhétoriques ne dit rien sur la réussite de ces procédés et ne signifie pas que la réaction empathique aura lieu chez la professionnelle de santé. Pour Keen, il semble d'ailleurs évident qu'une conversation entre deux personnes est plus

²² « (...) readers' experiences differ from one another, and empathy with characters doesn't always occur as a result of reading an emotionally evocative fiction. (...) Novelists do not exert complete control over the responses to their fiction. Empathy for a fictional character does not invariably correspond with what the author appears to set up or invite ».

²³ « (...) readers' empathy for situations depicted in fiction may be enhanced by chance relevance to particular historical, economic, cultural, or social circumstances (...) »

²⁴ C'est également l'un des reproches que l'on peut faire plus généralement à l'empathie : elle est biaisée par nos propres circonstances personnelles, convictions et croyances (voir Ferry-Danini 2020, 9).

simplement à même de provoquer une réaction d'empathie, car il est alors possible de vérifier auprès de l'autre si l'on comprend bien son ressenti ou son expérience. Comme le note Keen,

lorsque l'on éprouve de l'empathie en lisant un roman, on n'a pas le luxe d'interroger le personnage : on ne peut pas lui demander "est-ce vraiment cela que vous avez ressenti ?" (...). Contrairement au monde réel et ses circonstances de face à face, la nature même de la lecture d'un roman fait qu'il est possible qu'une empathie inexacte persiste, car ni l'auteur ni le personnage fictionnel ne peuvent la réfuter directement²⁵ (Keen 2006, 222).

Dans le face-à-face réel, le risque d'erreur ou d'incompréhension est selon Keen réduit par rapport au support narratif. Ironiquement, c'est parce que le contexte de la médecine s'éloigne drastiquement du contexte narratif et narratologique que s'interroger sur une relation d'empathie a du sens. Encore une fois, le lien entre la narration et l'empathie dans la narratologie, bien qu'il soit étudié, est un point d'interrogation ou un problème à résoudre, et non une solution. C'est pourquoi il semble délicat, du point de vue de la narratologie et de son concept d'empathie narrative, de défendre la narration dans la médecine narrative comme étant ce qui porte, provoque ou favorise une relation d'empathie – elle pourrait en fait même être un obstacle à cette relation.

Sur la question de savoir si l'empathie narrative est une bonne chose, ou pour le dire autrement, sur la question de savoir si l'empathie narrative pousse les gens vers des actes de bienfaisances (comme le soutient Charon), la narratologie est divisée. Ainsi certains auteurs défendent la thèse de l'empathie-altruisme (la thèse selon laquelle l'empathie provoquée chez le lecteur le pousse à des actions moralement bonnes ou altruistes), tandis que d'autres insistent au contraire sur la nocivité possible de procédés narratifs visant à provoquer de l'empathie²⁶. Un chemin médian, qui est celui de Keen, consiste notamment à souligner l'importance de données empiriques pouvant attester de certaines thèses concernant l'efficacité des procédés narratifs. Néanmoins, dans le cas de la médecine narrative, il est plus urgent de clarifier de quel type d'empathie, de compassion ou souci on parle ainsi que de s'interroger sur la pertinence d'importer de l'empathie en médecine ou dans les études de médecine²⁷.

4. Conclusion

La médecine narrative n'est pas qu'un mouvement théorique : des projets pédagogiques d'enseignement se construisent avec l'objectif explicite de développer l'empathie chez les étudiants en médecine et les professionnels de santé et plus largement dans le soin. Bien que l'empathie soit au cœur de l'approche narrative, elle n'en demeure pas moins peu définie et gravite avec d'autres notions, comme celles de compassion, de souci ou simplement

²⁵ « *When we respond empathetically to a novel, we do not have the luxury of questioning the character: we cannot ask, Is that how you really felt? (...) Unlike in real world, face-to-face circumstances, the novel-reading situation allows empathic inaccuracy to persist because neither author nor fictional character directly confutes it.* »

²⁶ Je pense notamment à certains chercheurs ou chercheuses travaillant dans un champ féministe et postcoloniale pour qui l'empathie dans la narration peut avoir un impact négatif sur le monde (par exemple en limitant les initiatives dans le monde réel), voir Keen (2006, 223) qui mentionne ces approches.

²⁷ Sur cette question, je renvoie à nouveau à l'un de mes travaux antérieurs (Ferry-Danini 2020b).

d'émotions. Cet article a donc tenté de démêler, dans un premier temps, les différents sens que prend la notion d'empathie, dans les écrits de la principale figure de la médecine narrative, Rita Charon. Comme nous avons pu le voir, la contagion émotionnelle, l'empathie émotionnelle et la compassion sont toutes plébiscitées dans ses écrits, sans que le lien entre chacune de ces notions soit cependant précisé. Dans tous les cas, ce qui m'a intéressée ensuite est le lien entre d'une part l'expertise narrative – que promeut la médecine narrative pour la pratique médicale – et l'empathie sous toutes ses acceptions. Ce lien demeure nébuleux, voire même un point aveugle des discussions. Comment la narration mène-t-elle à l'empathie ? Cette question est loin d'être résolue. La littérature narratologique sur le sujet traite l'empathie narrative comme un problème et non pas comme une solution (comme la présentent pourtant les promoteurs de la médecine narrative). La narration est même présentée comme un quasi-obstacle au déclenchement de l'empathie, car les réactions des lecteurs et lectrices sont imprévisibles et ancrées dans leurs propres expériences situées. Par opposition, une simple conversation avec autrui permet de clarifier et d'expliciter ce que l'on ressent. Ainsi, alors même que l'empathie est au cœur du projet de la médecine narrative, les études narratologiques ne permettent pas de venir soutenir l'idée que la narration soit le « chemin » le plus propice vers l'empathie, bien au contraire. C'est là un problème de fondation pour la médecine narrative : contrairement à ce que l'on pourrait songer à la lecture du slogan de « médecine narrative », certaines de ses thèses centrales ne sont pas bien ancrées dans les théories narratologiques, voire se présentent même en porte-à-faux avec celles-ci. Enfin, la question normative de savoir si l'empathie est une bonne chose en médecine n'est pas posée par la médecine narrative, ce qui est regrettable si l'on considère notamment le développement d'initiatives pédagogiques prenant cet objectif en vue.

Bibliography

- Bloom, Paul. 2016. *Against Empathy*. New York: HarperCollins.
- Charon, Rita. 1993. “The Narrative Road to Empathy.” In *Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel*, edited by Howard Spiro et al, 147–59. New Haven: Yale University Press.
- . 2001. “Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust.” *Jama* 286 (15): 1897–1902.
- . 2004. “Narrative and Medicine.” *The New England Journal of Medicine* 350 (9): 862–64. <https://doi.org/10.1056/NEJMp038249>.
- . 2006. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Decety, Jean, and Jason M. Cowell. 2014. “Friends or Foes: Is Empathy Necessary for Moral Behavior?” *Perspectives on Psychological Science : A Journal of the Association for Psychological Science* 9 (4): 525–37. <https://doi.org/10.1177/1745691614545130>.

- Dzierzynski, Nathalie, François Goupy, and Serge Perrot. 2018. “Avancées En Médecine Narrative.” In *Les Nouveaux Modèles de Soin : Une Clinique Au Service de La Personne*, by Arnaud Plagnol, Bernard Pachoud, and Bernard Granger, Doin Editeurs. La Personne En Médecine. Montrouge.
- Ferry-Danini, Juliette. 2019. “Une Critique de l’humanisme En Médecine. La « médecine Narrative » et La « phénoménologie de La Médecine » En Question.” Thèse de Doctorat, Paris: Sorbonne Université.
- . 2020a. “La Médecine Narrative Face à l’impossible Singularité Des Récits.” *Lato Sensu: Revue De La Société De Philosophie Des Sciences* 7 (2): 1–6.
- . 2020b. “L’humanisme Médical Au-Delà de l’empathie.” *Archives de Philosophie* 4 (84): 103–20.
- Goupy, François, Gaëlle Abgrall-Barbry, Elisabeth Aslangul, Anne Chahwakilian, Didier Delaitre, Thomas Girard, Jean-Michel Lassaunière, et al. 2013. “L’enseignement de La Médecine Narrative Peut-Il Être Une Réponse à l’attente de Formation Des Étudiants à La Relation Médecin–Malade ?” *Infections et Parasites Intestinales Aiguës* 42 (1): e1–8. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2012.09.012>.
- Hunter, Kathryn Montgomery. 1991. *Doctors’ Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton. Princeton University Press. <http://litmed.med.nyu.edu/Annotation?action=view&annid=907>.
- Keen, Suzanne. 2006. “A Theory of Narrative Empathy.” *Narrative* 14: 209–36.
- . 2007. *Empathy and the Novel*. Oxford OUP. Oxford.
- . 2013. “Narrative Empathy.” In *The Living Handbook of Narratology*, edited by Peter Hühn and et all. Hambourg: Hambourg University. <http://www.lhn.uni-hamburg.de/article/narrative-empathy>.