

Le secret en littérature et médecine : pour une éthique du partage

O segredo em literatura e medicina: por uma ética da partilha

The secret in literature and medicine: for an ethics of sharing

MARIA DE JESUS REIS CABRAL*

MARIE-FRANCE MAMZER**

Résumé: Littérature et médecine sont deux disciplines *entre* l'art et la science et les potentialités de leur croisement n'est plus à mettre en doute, trois décennies après l'émergence et l'essor de la Médecine Narrative dans la recherche, la pratique et la formation médicales, replaçant la question du *sujet*, cruciale en éthique, au cœur de la relation thérapeutique. Face à l'hypertechnicité montante de la médecine, il importe de poursuivre la réflexion en interrogeant une notion d'enjeu et complexité, comme celle du secret, intimement lié aux catégories de la subjectivité et de l'intimité. L'article accompagne son évolution et ses configurations modernes en médecine et littérature pour faire dialoguer une éthique médicale, concernée par la perte du colloque singulier et de la réalité humaine, et la démarche littéraire activant des processus langagiers et discursifs par lesquels le secret peut se constituer en maillon d'une démarche intersubjective de qualité.

Mots-clés: littérature, éthique médicale, secret, subjectivité, discours

Resumo: Literatura e medicina são duas disciplinas *entre* a arte e a ciência, e a fecundidade do seu diálogo está bem patente no florescimento da Medicina Narrativa, cerca de três décadas depois do seu aparecimento. Bem presente hoje na investigação, na prática e na formação médica, a MN recolocou a questão do sujeito, central em ética médica, no cerne da relação terapêutica. Face à atual evolução hiper-científica da medicina e dos cuidados de saúde importa prosseguir a reflexão e interrogar noções como a de segredo, intimamente correlacionado com as categorias da subjetividade e da intimidade. O artigo acompanha essa evolução e as suas configurações modernas em medicina e literatura para estabelecer novas pontes entre uma ética médica preocupada

* Projecto "Narrative & Medicine", FCT/ ULICES, Universidade de Lisboa.

** Laboratoire d'Ethique Médicale, Faculté de Médecine Paris/Descartes.

com a perda do colóquio singular e da realidade humana e um discurso literário capaz de ativar recursos operativos através dos quais o segredo se pode converter em elemento fundamental para um encontro intersubjetivo de qualidade.

Palavras-chave: literatura, ética médica, segredo, subjetividade, discurso

Abstract: Literature and medicine are two disciplines *in-between* Arts and Sciences, and the fertility of their dialogue is evident in the flowering of Narrative Medicine, about three decades after its onset. Very present today in medical research, practice and training, NM re-proposed the question of the subject, which is central in medical ethics, to the core of the therapeutic relationship. Given the current hyper-scientific evolution of medicine and healthcare, it is important to continue on reasoning and questioning notions as the “secret”, closely related to categories as subjectivity and intimacy. This article follows this evolution and the modern settings in medicine and literature in order to establish new bridges between a medical ethics concerned with the loss of the singular conversation and human reality and a literary discourse capable of activating operative resources through which the secret can be converted into a central element for a qualitative intersubjective encounter.

Keywords: literature, medical ethics, secret, subjectivity, discourse

« Toute pensée vient des paroles et y retourne, toute parole est née dans les pensées et finit en elles »
(Maurice Merleau-Ponty, « Préface », *Signes*)

Littérature et Médecine : le rapprochement ne va pas de soi, reliant des domaines assez distincts dans leurs fondements, dans leurs visées et dans leurs méthodes. Il l'est davantage, envisagé à l'horizon transdisciplinaire de la recherche et de la formation en ce début de vingt et unième siècle, amenant à reconsidérer certaines conceptions et catégories établies, voire certaines pratiques issues de modèles positivistes de pensée. Il invite, de ce fait, à la construction de nouvelles dynamiques de travail, à la croisée de savoirs et de compétences issues de disciplines différentes mais susceptibles d'apporter, ensemble, des éclairages particuliers sur ce qui, d'emblée, distingue et unit littérature et médecine: l'homme.

De toutes les branches des savoirs scientifiques la médecine est en effet celui qui se rapproche le plus des sciences humaines et sociales (GUSDORF, 1974). Il suffit de se rappeler qu'à sa base hippocratique la médecine était conçue comme un art, et qu'à travers les temps, la maladie se relate sous la forme d'une histoire, transmuée en récit clinique.

En littérature, l'humain prend depuis les mythes les plus antiques une pluralité de figures et de configurations – historiques, symboliques, axiologiques –, reflétant un ensemble de relations dialectiques entre l'individu et le collectif, entre discours et significations, entre physique et psychique, entre humain et non-humain... Mais surtout, de tous temps, la littérature s'est façonnée, réinventée et transmise à travers le langage, lieu et lien naturel de l'homme, de sa relation au monde et à l'autre. « Le langage sert à vivre », comme le pose justement Emile Benveniste.

En guise de préliminaire toujours et comme le résumant, ajoutons que littérature et médecine sont deux pratiques *entre* l'art et la science et cet *entre* est encore précieux et plus que jamais d'actualité car il situe leur enjeu dans le *relationnel*.

C'est tout le sens de cette étude, que d'apporter des éléments des deux discours, susceptibles d'éclairer plus précisément le problème du secret rattaché à la catégorie du relationnel ou encore de la médiation. Nous nous plaçons donc au cœur d'un questionnement contemporain, à une époque où le relationnel cède au fonctionnel et au *dispositif*, au sens donné par Giorgio Agamben à la

suite de Foucault, soit « tout ce qui a, d'une manière ou d'une autre, la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des autres vivants » (AGAMBEN, 2014, p. 31) et où le traditionnel colloque singulier médecin/patient cède à la tentation d'actualité de se couper de l'autre. Plus que ce « supplément d'âme » qui pouvait caractériser l'approche éthique aux yeux d'aucuns à la fin du siècle précédent (BOURETZ, 1993, p. 82), les enjeux et les écueils qui la concernent sont aujourd'hui d'un ordre nouveau. Il s'agit toujours du respect et de la dignité de la personne humaine – deux pierres angulaires de la démarche éthico-médicale – mais il s'agit aussi d'interroger et de donner un nouveau sens (dans la double dimension du mot : direction et signification) au « registre de la subjectivité qui est par excellence celui de l'éthique » (BOURETZ, 1993, p. 82) et se rattache de près aux catégories de l'intimité et du secret.

L'objet de cet article consiste à poser les premiers fondements d'un discours faisant converger les soucis de l'éthique médicale et les préoccupations littéraires, dans la continuité des synergies entre deux disciplines des Humanités Médicales. On ne saurait justifier une telle entreprise sans commencer par retracer à grands traits le tournant *narratif* en médecine, comme étape décisive dans ce sens.

Quand médecine et littérature s'allient. Bref état des lieux

Par un étrange paradoxe, la médecine technoscientifique, qui évolue depuis la mécanique cartésienne selon un rationalisme montant – du modèle anatomo-clinique du XIX^e siècle aux technologies et imageries de pointe du siècle dernier, prolongées à notre époque par des systèmes numériques complexes –, est de nos jours contrecarrée par une ouverture de plus en plus affirmée à des facteurs psychosociologiques et à des approches plus intégrées de la personne, favorisant de nouveaux croisements avec d'autres champs disciplinaires des sciences humaines et sociales, dont la littérature. Ainsi en témoigne le mouvement de la médecine narrative né en Amérique du Nord au début des années 1990 sous l'impulsion de Rita Charon et conçue d'abord comme une « *medicine practiced with the narrative competency to recognize, interpret, and be moved to action by the predicament of others* » (CHARON, 2001). A la base des programmes

pionniers de *Literature and Medicine* à l'Université de Columbia (N.York), et évoluant dans l'affinement de principes et pratiques propres à développer une « Close Reading and Creative Writing in Clinical Education » (CHARON, 2015), cette orientation se trouve actuellement bien implantée de l'Amérique (EUA, Canada, Brésil) à l'Europe (Royaume-Uni, Suisse, France, Portugal) où un nombre croissant d'universités développent des recherches et proposent des cursus à son enseigne, démontrant l'importance des « acts of narration and performances, listening and interpretation [...] to good clinical practice » (HURWITZ & SPINOZZI, 2011).

Fondée sur la pensée de Paul Ricœur dont les travaux interrogeant la narrativité et la temporalité avaient montré les sources narratives de l'identité personnelle (RICŒUR, 1983, 1990), la Médecine Narrative ne désavoue pas l'*Evidence-Based Medicine* (SACKETT *et al*, 1996), mais considère ce paradigme insuffisant à cerner le *sujet*, considérant la maladie comme une perturbation dans la vie de la personne, au-delà d'un processus pathologique mesurable par de tests de laboratoire et l'observation clinique. Complémentairement à une médecine objectivante, la médecine narrative prône de replacer la relation thérapeutique « in an individual context, instead of merely in a context of a systematic description of the disease and its etiology » (KALITZKUS *et al*, 2009, p. 84).

En 2001 déjà, dans un retentissant « Plaidoyer pour des "Humanités médicales" » (2001) Jean Starobinski observait que « l'approche humaniste n'est ni la concurrente ni le substitut de la médecine scientifique » mais qu'elle promeut une « réflexion élargie qui pense les finalités : le droit et le devoir, le lien social, la condition humaine et ce qui n'en peut être éludé », tout en prônant une formation littéraire pour les médecins :

Les jeunes médecins ne gagneraient-ils pas quelques longueurs d'avance, si on leur mettait sous les yeux, au cours de leurs études, quelques pages de Balzac et Flaubert, de Manzoni et de Tolstoï, de Proust et de Virginia Woolf, ou encore de Tchekhov, Valéry, Kafka, Thomas Mann ? (STAROBINSKI, 2001, p. 7-8)¹.

Parce qu'elle réfléchit (au double sens de refléter et discuter) l'homme et sa présence dans le monde, son rapport aux questions complexes de la vie, de la

¹ Voir sur ce point également Gérard Danou, 2007.

mort, de la maladie dans ses dimensions personnelle, collective ou symbolique, la littérature constitue en effet un réservoir de références « vivantes », propices à l'objectivation sensible des aspects physiques et psychiques, sociaux et langagiers liés aux maladies (CABRAL, DANOU, 2015), et offre ainsi un corpus précieux pour les programmes d'enseignement en humanités médicales. Parce qu'elle opère à travers le processus de la lecture, elle permet de déplier dans ses moindres détails des questions fines comme le rapport au corps, à l'existence, à autrui, en une démarche toujours singulière, nonobstant son caractère *différé* (réalisé à distance), *indéterminé* (sujet à l'interprétation d'un lecteur toujours hypothétique) et *multipliant* (un texte convoquant toujours la mémoire d'autres textes).

Face à la montée des maladies chroniques et au vieillissement, la médecine a ouvert son champ de vision, le *fait* s'est progressivement doublé de la question du *sujet*, réorientant son discours dans le sens d'une *éthique de la relation* (KÜBLER-ROSS, 1997 ; HERVÉ, 1999) et d'une « amélioration de l'homme » (JONAS, 1998). L'avènement du Sida dans les années 1980 et le développement des maladies de mémoire comme Alzheimer sont à leur tour venus entériner le sentiment de déficit face aux modèles biotechniques et la valeur du récit comme élément structurant, le sens se jouant toujours de l'avant, même quand tout semble bouleversé. Dans *Cytomégalo virus, Journal d'hospitalisation* (1992) ouvrage posthume d'Hervé Guibert (atteint par le virus du Sida) le texte fragmentaire traduit l'épreuve intime de la souffrance physique et psychique ; or le rempart tissé par l'écriture offre malgré tout un processus de sens, une forme d'éternité. Lutter contre la perte des mots, contre la perte de la mémoire des langues en maintenant du lien affectif par le truchement du récit, telle est l'entreprise de l'écrivain Pierre Pachet, près de sa mère atteinte d'une maladie d'Alzheimer, qui résonne dans *Devant ma mère* (2007), dans toute sa tension.

À l'heure où les maladies graves deviennent de plus en plus « chroniques », à l'heure où l'avancée scientifique prône une prédictivité incompatible avec la complexité des maladies, à l'heure où le vécu de la santé dépasse le sentiment de « non maladie » pour croiser celui d'un 'bien-être' conscient des facteurs de risque médicaux, sociaux et environnementaux, une réflexion consciente des nouveaux enjeux humanitaires ne peut se concevoir que dans la multidisciplinarité. Or la question du secret qui se pose avec acuité en médecine est foncière

en littérature et s'avère à nos yeux une contribution pertinente à la réflexion éthique.

Mais que se joue-t-il lorsqu'on emploie, en littérature et en médecine, le terme « secret » ?

Des aléas d'une définition à son historique en médecine

Issu du mot latin *secretum* « lieu écarté, retraite, solitude », le terme secret est communément défini comme « ce qui est inconnaisable » et par extension « impénétrable, insaisissable »² ; le terme est toutefois bien polysémique et varie selon les contextes d'utilisation et des domaines concernés : administration, défense, économie, politique.... En son acception usuelle en médecine le secret est compris comme un devoir déontologique de confidentialité par rapport à toutes les informations liées au patient, dans l'esprit du respect de la vie privée, y compris après la mort du patient. Il est aujourd'hui l'un des fondements de l'éthique médicale, tout comme le droit à la protection des données est un droit fondamental de la personne en droit européen.

Pendant de longs siècles, les secrets de la médecine étaient protégés par leur formulation en latin, la « langue de savoir », accessible aux seuls *litterati*. A partir de 1530, l'émergence de traductions en langue vernaculaire à visée de formation professionnelle (*grosso modo* des sages-femmes et des barbiers) entraîne la vulgarisation et une plus ample divulgation des savoirs médicaux. L'on associe généralement la systématisation de la publication des ouvrages médicaux en langue vulgaire à Ambroise Paré. Cette évolution met alors à jour la question de la pudeur liée au dévoilement du corps. « L'intime se heurte au public » sans démarcation sémantique stable pour départir le physiologique de l'éthique ou de l'érotique et le livre médical est soumis aux diktats de la censure (BRANCHER, 2003). L'avènement des lumières avec le statut de valeur accordé à la transparence (par opposition au principe du mystère des siècles précédents) est à la base de démarches rationnelles. A présent, il s'agit de démontrer l'exactitude des hypothèses nées de l'observation par des expérimentations. C'est la nais-

² CNRTL Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales - <http://www.cnrtl.fr/definition/secret>. Consulté le 2 septembre 2015.

sance de l'approche expérimentale, qui se précisera avec les travaux de Claude Bernard et la naissance de la biologie. Etroitement liée au courant positiviste, elle trouve sa consécration dans la création de la société de Biologie en 1848. Dorénavant scientifique, le savoir médical se construit de manière parcellaire, tout livré à l'empirisme. Le référentiel médical pour l'interprétation des signes cliniques change, amenant un nouveau lexique, une nouvelle grammaire et une nouvelle sémiologie à l'ordre du jour. L'exercice clinique, se couple à la réalisation d'examens complémentaires biologiques et radiologiques. Les raisonnements médicaux s'enrichissent, se fondent sur des faisceaux d'arguments et des corrélations, à partir de la constatation d'un nombre croissant de signes de natures différentes, devenant des « données » à interpréter en référence aux données de la science. Le périmètre du secret médical s'élargit. Se configurant comme un devoir déontologique hippocratique par un engagement verbal exclusif jusqu'au XVI^e siècle, le secret médical maintient son principe de non révélation des secrets des malades au fil des temps, comme le montre son apparition dans les statuts de la faculté de médecine en 1598 et l'inscription systématique sur toutes les thèses de docteur en médecine à partir de 1761 de la mention : « *Personne ne divulgue le secrets des malades, ni ce qu'il a vu, ni ce qu'il a entendu ou compris* ». En 1810, le code pénal dit « code Napoléon » apporte la première expression juridique du droit au secret valable en France jusqu'en 1994 :

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cent francs à cinq cents francs. (Article 378)

Il est clair que le devoir de protection des secrets s'étend à toutes les pratiques liées à la médecine mettant en valeur des aspects qui présidaient au texte fondateur de l'éthique médicale : le serment d'Hippocrate, dont la rédaction initiale remonte au V^e siècle avant Jésus Christ, et dont la traduction française faite au XIX^e siècle par Emile Littré abordait la question du secret médical en ces termes :

Tout ce que je verrai ou entendrai au cours du traitement, ou même en dehors du traitement, concernant la vie des gens, si cela ne doit jamais être répété au-dehors, je le tairai, considérant que de telles choses sont secrètes³.

De nos jours encore, dans les pays occidentaux, les jeunes médecins prêtent un serment dont le texte a été actualisé pour tenir compte de l'évolution de l'exercice médical (prise en compte des préoccupations de santé publique, retrait de l'interdiction de procéder à un avortement par exemple). L'engagement formel à respecter le secret y reste central, comme en témoigne le texte du serment médical actualisé en France par l'ancien président du Conseil National de l'Ordre des Médecins Bernard Hoerni en 1996. A propos du secret, le nouveau texte dit : « Admis(e) dans l'intimité des personne, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers »⁴. Bien que ne les citant pas explicitement, cet engagement couvre aujourd'hui nécessairement le devoir de non divulgation des données personnelles de santé. Ce n'est sans doute pas pour autant que le secret médical se résume à l'obligation légale et déontologique de garantie de la confidentialité des données.

Le secret professionnel en médecine aujourd'hui

L'évolution des pratiques cliniques et les progrès scientifiques, associés à l'explosion de l'usage des biotechnologies et à la segmentation de la médecine en différentes disciplines, exercées par des praticiens se partageant la responsabilité des soins et de la prise en charge des malades, impose désormais la nécessité de la communication et du partage des données de santé. En parallèle, à la faveur du mouvement bioéthique qui érige l'autonomie des patients au rang de valeur suprême s'imposant aux médecins (BEAUCHAMP, 2008), le partage du secret médical avec les malades, longtemps interdit, devient une évidence. Le récent concept de « *e-santé* », donne naissance à une « *e-médecine* » dont

³ *Serment* in Émile Littré (éd.). *Œuvres complètes d'Hippocrate*, Paris, J.-B. Baillière 1839-1861. Tome IV (réimpression : Amsterdam, A.M. Hakkert, 1961-1962).

⁴ *Bulletin de l'Ordre des médecins*, nr. 4, avril 1996.

les enjeux sont pluriels. Il s'agit à la fois d'adapter les pratiques aux nouvelles exigences de la société et du système de soins et d'augmenter l'efficacité des pratiques de recherche, en vue du déploiement d'une médecine dont les ambitions dépassent les intérêts individuels des patients et le colloque singulier, et donnent la première place aux enjeux de santé publique et à l'efficacité. La société contemporaine est en attente d'une médecine scientifique, « exacte », et attend des prises en charge rationnelles et transparentes au sein desquelles la part d'inconnu, de mystère ou d'incertitude doit tendre à disparaître. Inscrite dans une « histoire de la connaissance qui se confond avec le projet de percer les mystères de la nature » (BOURETZ, 1995, p. 47), la médecine a pris l'apparence d'une science. Son évolution est étroitement liée aux rapprochements des savoirs empiriques issus de l'observation clinique avec ceux de la science biomédicale générés par un nombre croissant de disciplines, devenue étroitement dépendantes les unes des autres dans une véritable quête de progrès visant à améliorer la santé du plus grand nombre des individus. La diffusion des savoirs et l'accès au soin deviennent des préoccupations centrales, dans une société qui revendique la santé comme un droit fondamental de chaque être humain⁵. Les missions de la médecine sont triples : le soin, l'enseignement et la recherche. Après les grands essais cliniques à la base de *Evidence-Based Medicine*, l'essor de la génétique et de la bioinformatique est désormais mis au service d'une nouvelle médecine, la « médecine de précision »⁶. La médecine, conçue depuis des siècles comme une médecine du soulagement, intervenant sur des sujets souffrants, se conçoit désormais comme tournée vers la prévention des maladies. Il s'agit de déterminer des prédispositions individuelles, d'en informer les personnes, de leur proposer des interventions précoces, et d'attendre en retour un engagement de leur part à les prendre en compte. Il s'agit donc de percer les mystères de l'individu à travers le séquençage de son génome, et de décoder les effets des interactions entre ce dernier et le milieu environnant, dans une vision systémique qui justifie une nouvelle forme de recherche : la fouille de données. Le rapprochement inédit de milliers, voire de milliards de données,

⁵ Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948. Article 25. <http://www.un.org/fr/documents/udhr/> consultée le 2 décembre 2015.

⁶ Cette médecine, répondant aux termes génériques de « médecine de précision » ou de « médecine personnalisée » serait une médecine prédictive, personnalisée, pré-emptive et participative.

incluant des données de santé, d'autres données personnelles non médicales, et des données environnementales, permet le développement d'une recherche qualifiée de non interventionnelle, qui impose l'usage des données générées par les soins et les « prises en charge ». Les médecins doivent à la fois percer les secrets des malades tout en continuant de garantir le respect d'un autre droit fondamental de chaque personne : le respect de sa vie privée⁷. La société attend d'eux la préservation de la confidentialité des éléments qui leur sont confiés (ou qu'ils déduisent de la confrontation de leurs savoirs à leurs observations), et qu'ils se doivent de transformer en données personnelles de santé désormais destinées à être très largement partagées. L'évolution structurale des pratiques médicales fait en effet apparaître la circulation des savoirs et le partage des données comme une évidence qui semble mettre à mal la notion de secret médical, réduite à celle de confidentialité des données, dont la traduction en langage informatique et la garantie de la protection confidentielle impose le recours à de nouvelles compétences et donc l'intervention de nouveaux professionnels (les (bio)-informaticiens).

Tandis que l'échange et le partage deviennent des concepts centraux, la séculaire dimension relationnelle tend à être occultée dans les discours politiques. Le « colloque singulier » apparaît comme dilué dans les procédures, le temps qui lui reste dédié étant progressivement « calculé » sur la base d'une évaluation du temps nécessaire au recueil par le praticien des données pertinentes. La quantité et la complexité des données ainsi générées, la quête des résultats, et le désir d'exactitude réduisent ainsi l'exercice médical dans les représentations collectives des personnes en bonne santé, à un « avis d'expert » et à une technicité de plus en plus poussée, au détriment de la dimension du sujet qui se trouve « objectivé » à l'image de tout le processus. Comme en conséquence, la place de la *phronesis* dans la décision médicale tend à disparaître. Le patient autonome, se voit confronté au devoir de choisir « en son âme et conscience » parmi des solutions qui lui sont présentées « en toute transparence », sous la forme d'un arbre décisionnel rationalisé découlant d'une analyse automatisée des nouveaux savoirs issus de domaines aussi diversifiés que la chimie, la physique, la biologie, et plus récemment, l'informatique et les mathématiques (HERVÉ *et al.*, 2013),

⁷ Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948. Article 12. <http://www.un.org/fr/documents/udhr/> consultée le 2 décembre 2015.

et qui tous viennent enrichir le savoir médical issu de la casuistique. En parallèle, ces nouvelles pratiques, qui incitent des personnes, qui pourtant se sentent bien portantes à se prêter à des dépistages, en vue de l'identification de facteurs de risques de maladies futures, tendent à transformer les médecins en promoteurs d'un discours d'anticipation et en prescripteurs de mesures « préventives ». Le mythe d'un patient autonome en quête d'informations pertinentes destinées à éclairer sa décision qui ne saurait qu'être rationnelle est né. Le secret médical ne serait plus qu'un secret professionnel comme un autre, destiné à garantir le droit au respect de la vie privée, à travers des constructions technologiques et des artifices techniques de codage, pseudo-anonymisation et confinement de données dépersonnalisées, qui relèvent de la responsabilité d'autres professionnels, soumis aux mêmes règles.

Secret et mal de parole

Pendant très longtemps, le secret médical s'est imposé comme absolu, permettant au malade d'exprimer sa souffrance, comme expérience individuelle à son médecin, sous le sceau du secret. L'accueil et le partage de cette souffrance par le médecin, constituaient alors une sortie possible de l'impasse de la solitude, offraient un soulagement, sans exposer la personne souffrante au risque d'une déchéance publique du fait de l'aveu de sa vulnérabilité. Le secret n'était d'ailleurs pas nécessairement divulgué au malade, pour en renforcer l'imperméabilité. La consultation, assimilable à un sanctuaire, était un lieu de rencontre et de confidences pour les malades, l'engagement au respect du secret absolu par le médecin étant le garant de la confiance accordée. Il n'était point besoin de recourir à des stratagèmes pour protéger le secret de la consultation, enveloppée de ses mystères, ce qui s'y jouait n'étant par définition pas réductible à un partage de données. Alors faut-il aujourd'hui résumer la notion de secret médical à celle d'un secret professionnel se bornant à un devoir déontologique de respect de la vie privée des patients, ou encore de protection des données de santé, jusqu'à réduire à néant toute subjectivité, toute communication ? Une telle réduction serait sans doute inacceptable, notamment pour les malades, qui attendent bien plus de leurs médecins que qu'une information technique et impersonnelle sur leur maladie et les traitements disponibles, com-

me semble en témoigner l'engouement croissant pour la médecine narrative et l'éthique narrative. Ainsi ni la technicisation de la médecine, ni la complexification de l'exercice médical, ni la diversification des missions confiées aux « professionnels de santé » ne sont incompatibles avec la préservation d'un secret médical. Les pratiques actuelles, au contraire, qui imposent par ailleurs au médecin de partager avec son patient (qu'il soit malade ou non), les informations médicales le concernant, constituent une occasion d'en préciser les contours. Bien plus qu'un engagement déontologique à taire des secrets qui seraient confiés au médecin, délibérément ou non par les malades, le secret médical peut désormais apparaître dans sa toute nouvelle complexité. Ainsi, le paradigme technoscientifique au sein duquel se construisent aujourd'hui tant la production de connaissances biomédicales que l'exercice médical, repose-t-il sur l'objectivation des corps conçus comme étant en interaction avec des milieux. Cette objectivation du corps a facilité son morcellement en éléments issus du corps humains, tout en permettant la création de nouvelles entités signifiantes : les biomarqueurs et les données, qui permettent désormais une double approche « qualitative » et « quantitative » de l'Organisme Humain. Ce processus a progressivement permis de mieux comprendre le mécanisme biologique des maladies, de construire des outils de diagnostic et de surveillance bien plus sensibles et spécifiques que les signes cliniques traditionnels (qu'ils soient fonctionnels et exprimés par le malade, ou physiques et constatables par l'observation simple), et de concevoir des interventions thérapeutiques évaluables. Le modèle ancien de la relation médecin-malade comme colloque singulier au cours duquel le malade, protégé par le secret absolu, n'attendait souvent pour seul soulagement que celui de l'accueil de sa souffrance, n'est plus réaliste. Les ambitions de la société vis-à-vis de la médecine sont bien plus grandes et fondent les nouvelles politiques de santé publique. La médecine, plutôt que d'être curative ou symptomatique, se doit de devenir préventive, épargnant ainsi à chaque individu l'expérience douloureuse de la maladie, incompatible avec l'état de « complet bien-être » qui définit la santé. Cette nouvelle priorité de santé publique, qui multiplie la liste des comportements contre lesquels il convient de lutter vient raviver l'actualité de la réflexion sur le secret médical, comme engagement au silence sur les confidences faites par les patients aux médecins. Ces derniers doivent à présent gérer leurs consultations selon des orientations multiples, pour répondre à des impératifs parfois contradictoires. Leur devoir de contribuer aux progrès de la recher-

che est une exhortation à produire des données issues de leurs consultations. Leur devoir d'assistance aux patients et d'organisation de la continuité des prises en charges au sein de parcours de soins segmentés leur impose le partage des données de santé produites à l'occasion des consultations via l'alimentation d'un dossier médical partagé, lui-même exploitable pour les besoins de la recherche. L'impératif du respect de la confidentialité est cogéré par des bio-informaticiens et les autorités de tutelles qui définissent les politiques d'accès à ces données.

Le secret comme moteur de la littérature

En littérature, le secret trouve également une source religieuse convoquant la tradition des « mystères » et de cérémonies mettant au défi le langage pour exprimer le lien entre visible et invisible. C'est sous cet aspect d'expression langagière intervenant dans une dynamique de co-création et de partage, par la lecture, que le secret peut être considéré autant moteur que motif de la littérature – pour reprendre le titre d'un collectif dirigé par Chantal Zabus (1999), ouvert par un éclairant article de Jacques Derrida. Longtemps redevable de l'autorité de l'écrit, et des notions corollaires de fidélité, d'interdit, voire de censure, que le philosophe fait remonter à la résignation d'Abraham devant l'appel singulier de Dieu – sacrifier son fils et en garder le secret vis-à-vis des autres hommes (DERRIDA, 1999, p. 2-3) –, le mot secret n'ouvre pas moins à son acception *moderne* soit, toujours selon Derrida, au « droit littéraire à la fiction », à « la décision performative de produire des événements qui, en tant qu'actes de langage, sont autant d'adresses et de réponses » (*Ibid.*, p. 32). À suivre Derrida, ce processus est par nature transgressif, mais fondamental pour la constitution même du sens, toujours issu de l'expérience d'un sujet, toujours *avènement* permis, voire suscité par le langage. Il le retrouve dans la formule abrahamique « Me voici » qui allie la promesse du *juré* à celle du parjure, « l'expérience du secret à celle du météore » (*Ibid.*, p. 19). Cette perspective converge avec celle de Merleau-Ponty et ses réflexions sur l'imaginaire à partir de celles de Malraux sur la peinture dans le très bel essai « Le langage indirect et les voies du silence » (1951), repris dans *Signes* (1960). L'auteur y souligne le passage de la « représentation » classique au « style » moderne, ou, en d'autres mots de la recherche d'« équivalences » nature/sujet à une « déformation cohérente » des données du mon-

de. Ainsi, démentant l'idée d'une nature préétablie, « le peintre moderne veut d'abord être original et son pouvoir d'expression se confond avec sa différence individuelle » (MERLEAU-PONTY, 1987, p. 64).

Appliquée au littéraire, la notion de secret est en effet, surtout à partir du XIX^e siècle, inséparable d'une nouvelle conception d'art qui renie toute vérité qui soit dans l'ordre de la *ressemblance* en faveur de la re/création permise ou suscitée par le langage littéraire, en tant qu'« art consacré aux fictions », selon le mot de Mallarmé⁸, De ce fait, l'art « comme en général la pensée moderne nous oblige à admettre une vérité qui ne ressemble pas aux choses, qui soit sans modèle extérieur » (*Ibid.* p. 72). L'artiste se rapporte, essentiellement à « son monde » (*Ibid.* p. 68). Le secret se relie ainsi non à quelque chose de préexistant, mais il tend à s'identifier avec la subjectivité de l'artiste, constituée en langage.

Ceci n'est possible que parce que le statut même d'auteur s'est modifié, ramenant dorénavant à soi la notion politique et religieuse d'*auctoritas*, phénomène qui va de pair avec l'assomption du rôle social de la littérature et de l'écrivain qui remonte à 1789. L'on assiste ainsi, d'après l'ouvrage de Paul Bénichou, au *Sacre de l'écrivain* et à *L'Avènement d'un pouvoir spirituel laïc*, la figure de Victor Hugo offrant un exemple assez emblématique, en son profil poétique et politique. Son geste même de « mettre un bonnet rouge au vieux dictionnaire » s'inscrit dans ce mouvement de « dignification de la littérature profane » (BÉNICHOU, 1973, p. 13), changeant radicalement le rapport à la réalité et à la création. C'est dire que la littérature rompt généralement avec les préceptes de clarté et de transparence des Lumières formulée par la célèbre maxime de de Boileau dans son *Art poétique* : « Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement et les mots pour le dire viennent aisément ».

Le discours sur le monde s'articule à présent *de l'intérieur vers l'extérieur*, à partir du sujet poétique, selon une dialectique subjective annoncée par Rousseau à la fin du XVIII^e siècle et l'idée d'un contrat natif et en quelque sorte *naïf* de l'homme avec la nature et le social. Un rapport de complémentarité réciproque entre l'individuel et le collectif se précise au cœur du romantisme libéral, ramenant les notions de beau et de vrai à un sens individuel, aspect bien mis en évidence par René Girard dans *Mensonge romantique et vérité romanesque* : «

⁸ Jusqu'à pouvoir justifier le précepte « mentir pour être vrai », de Jean-Paul Sartre et opportunément rappelé par Merleau-Ponty (MERLEAU-PONTY, 1981 : 71).

le péché originel n'est plus la vérité de tous les hommes comme dans l'univers religieux mais le secret de chaque individu, l'unique possession de cette subjectivité qui proclame bien haut sa toute-puissance et sa maîtrise radieuse » (GIRARD, 2006, p. 73).

Désillusionnés de l'Histoire après les événements de février 1848, nombre d'écrivains se coupent progressivement de la vie sociale et l'histoire de la littérature de la seconde moitié du XIX^e siècle reflète, en poésie notamment, des tendances plus littérairement centrées (de l'Art pour l'art aux Décadents et aux Symbolistes), sorte de rempart réservé aux *happy few*, selon l'expression de Stendhal, face à l'utilitarisme bourgeois qui s'empare du roman et du théâtre réaliste et naturaliste. Une telle tension bascule la littérature dans une modernité qui a pour phare deux œuvres majeures, toute deux publiées en l'année charnière de 1857 : *Madame Bovary*, de Flaubert et *Les Fleurs du Mal* de Baudelaire. Entre le projet radical flaubertien d'« un livre sur rien, qui tiendrait par la force interne du style » et celui du poète des *Correspondances* tout tourné vers « le langage des fleurs et des choses muettes » (« Bénédiction », *Les Fleurs du Mal*), le secret devient le principe et l'organisation interne de l'œuvre littéraire.

De cette modernité qui dé- et restructure les pratiques poétiques, les discours et les genres littéraires dans un geste qui est avant tout une conscience du présent⁹, ou selon la définition d'Henri Meschonnic, « le mode historique de la subjectivité » (MESCHONNIC, 1988, p. 37), l'œuvre de Mallarmé (1842-1898) offre une illustration saisissante. Définissant la poésie et plus largement la littérature comme « l'expression, par le langage humain ramené à son *rythme essentiel*, du sens mystérieux des aspects de l'existence » (MALLARMÉ, 2003, p. 657) Mallarmé opère une véritable interversion du rapport littérature-réalité. Il s'agit, dans le sillage d'un Baudelaire, mais poursuivant, au fond, toute la tradition orphique du Romantisme allemand, non plus de décrire la réalité, mais d'accéder par le langage poétique aux *secrets* de la nature – y inclus humaine¹⁰, en la réinventant, par là même. Considérant que « La Nature a eu lieu », ni l'imagination lyrique des romantiques, ni la clarté classique n'étaient désormais

⁹ Les expressions « fait d'actualité » ou « à l'heure actuelle » reviennent symptomatiquement dans les textes critiques de Mallarmé, repris notamment dans *Divagations* (1897)

¹⁰ Rappelons que Baudelaire se proposait dans le sonnet « Correspondances » de cerner les « confuses paroles » cachées dans les vivants piliers du temple de la nature.

aptes à traduire un tel mystère. C'est au langage seul « instrument de la fiction » qu'est vouée la tâche non pas de donner des réponses mais de formuler des hypothèses sur l'existence et l'homme, ce qu'illustre le jeu de dés d'Igitur dans le conte homonyme inachevé, et plus largement le geste systématique de questionner « d'impatience, la possibilité d'autre chose », comme l'énonce « La Musique et les Lettres » (1894). « Céder l'initiative aux mots », selon sa célèbre formule équivalait à cette quête et à cette enquête substantielle de l'homme inscrite dans et par le langage afin de mieux le comprendre : « L'Homme, puis son authentique séjour terrestre, échangent une réciprocité de preuves. Ainsi le Mystère » (MALLARMÉ, 2003, p. 761).

Quelle sorte de réciprocité de preuves l'homme échange-t-il avec le monde, avec son séjour terrestre ? Comment procéder, en tant que poète ? En plein triomphe du positivisme et du réalisme – qui en est l'expression artistique par excellence –, l'écrivain et critique de « Crise de Vers » et du « Livre, instrument spirituel », prône un rapport non pas *direct et immédiat* mais *essentiel* et analogique avec le monde de cet « œil scrutateur et curieux » (MALLARMÉ, 2003, p. 158) seul susceptible de dépasser la lisière du visible. Sa démarche est résumée par Claudel sous la célèbre formule « Qu'est-ce que ça veut dire? ». S'il est bien question d'exploration du monde, c'est plus précisément le secret de l'homme, son mystère que Mallarmé place au cœur de sa démarche dans et par le langage.

S'il est vrai que, comme l'a par ailleurs montré Pierre Brunel, tout un *Imaginaire du secret* (1998) se déploie dans la poésie du XIX^e siècle assumant des configurations *sui speciei* avec Poe, Rimbaud et Baudelaire, c'est avec Mallarmé que le secret prend à son compte des catégories jusque-là attachées au sacré, comme le mystère, l'énigme ou l'invisible, avec une conscience de plus en plus aigüe du langage comme en/jeu. Ainsi le secret n'est plus ce qui doit rester caché et inconnu, impénétrable à l'homme ; sa révélation et son principe d'élucidation devient le principe même du littéraire :

En effet, c'est impossible que dans une religion, encore qu'à l'abandon depuis, la race n'eût pas mis son secret intime d'ignoré. L'heure convient, avec le détachement nécessaire, d'y pratiquer des fouilles, pour exhumer d'anciennes et magnifiques intentions. (MALLARMÉ, 2003, p. 233)

Ce partage entre sens et révélation fonde la dynamique sur laquelle repose la littérature moderne et qui peut prendre différentes formes, y inclus celle, paradoxale, du silence. Elle est exemplaire dans le théâtre symboliste de Maeterlinck, à la fin du XIX^e siècle, qui y déploie nombre de procédés indirects ou allusifs pour mettre en scène le sentiment de détresse humaine face à ce qu'il désigne comme « forces inconnues » qui s'agitent sous la vie de tous les jours, dont la plus subreptice, la mort ce « troisième personnage, énigmatique, invisible, mais partout présent, qu'on pourrait appeler le personnage sublime » comme il le précise dans la « Préface » de 1901 à son *Théâtre* (MAETERLINCK, 1999¹, p. 502). Et c'est ainsi que s'anticipe sur la scène « l'inquiétante étrangeté » que Freud théoriserait dans son célèbre essai de 1919. Mais déjà en 1890, dès les premières lignes de « Confession de Poète » (1890), le jeune poète explique la démarche instinctive qui est à la source de sa création. Son postulat est clair : dès que la raison et la conscience interviennent, l'art devient « prémédité », il cesse d'être authentique (MAETERLINCK, 1999¹, p. 454). Et de préciser son intérêt pour les couches les plus infimes du langage : « je crois que tout ce qui ne sort pas des profondeurs les plus inconnues et les plus *secrètes* de l'homme n'a pas jailli de sa seule source légitime » (*Ibid.*, je souligne). Ce même credo termine l'essai le « Tragique quotidien » (1896) qui sous-tend sa conception dramatique : « il y a en l'homme bien des régions plus fécondes, plus profondes et plus intéressantes que celles de la raison ou de l'intelligence (MAETERLINCK, 1999¹, p. 494). *Sa démarche s'est donc orientée vers les confins du langage, cette* « mer de mystères que nous portons en nous ». Et c'est précisément la méfiance de Maeterlinck envers la pensée conceptuelle et sa préférence pour « tout ce qui est inexprimable dans un être [...] tout ce qui est silencieux dans l'inconnu [...] tout ce qui est informulé dans une existence », et qui se dit à l'écoute de « toutes les voix indistinctes de l'homme » (MAETERLINCK, 1999¹, p. 456). De ce fait, la représentation que Maeterlinck donne des êtres dans son premier théâtre est celle qui se joue en secret, au creux de la vie et du langage, raison aussi pour laquelle son tragique est intérieur. Nous sommes au seuil du drame moderne (SZONDI, 1983) qui renverse la structure du secret. Alors que le théâtre bourgeois fondé sur le fait divers assurait le dénouement du secret (un crime, un adultère, par ex.), le drame moderne déplace le secret du côté de l'intériorité et le but de n'est pas de le rendre visible mais de le suggérer, de le partager. Ce qui est intéressant et difficile, du point de vue de la représentation c'est que le

secret prend des formes discursives propres à traduire l'ambiguïté, la réticence, le non-dit. Latent, essentiel, le langage se dégage de la linéarité et de la positivité propre à l'emploi habituel, installe l'ambiguïté du silence, l'interférence du non-dit, ou la résonance de la répétition. L'écriture elle-même se dégage de l'agencement logique pour gagner cette « déformation cohérente » dont parle Merleau-Ponty. Lisons un court extrait de *Pelléas et Mélisande* :

Mélisande

Qu'y a-t-il, Yniold ? Qu'y a-t-il ?... pourquoi pleures-tu tout à coup ?

YNIOLD, *sanglotant*

Parce que... Oh ! oh ! parce que...

MÉLISANDE

Pourquoi ?... Pourquoi ?... dis-le-moi...

YNIOLD

Petite-mère... petite-mère... vous allez partir...

MÉLISANDE

Mais qu'est-ce qui te prend, Yniold ?... Je n'ai jamais songé à partir.

(MAETERLINCK, 1999², p. 401-402)

Les sous-entendus – matérialisés par les points de suspension – inscrivent l'hésitation, le pressentiment et le non-savoir caractéristique des personnages dans un phrasé lui-même rétif au rationnel pour privilégier, selon les mots de Maeterlinck, ce « je-ne-sais-quoi qui est le secret des poètes » (MAETERLINCK, 1999¹, p. 491). L'ambiguïté sémantique, l'altération syntaxique et le non-dit deviennent des dispositifs de sens et des catégories dramatiques. Et c'est ainsi que s'opère ce mouvement de translation d'un dialogue de surface vers un autre que le poète dramaturge désigne de « second degré » comme le précise « Le Tragique quotidien » :

A côté du dialogue indispensable, il y a presque toujours un autre dialogue qui semble superflu. Examinez attentivement et vous verrez que c'est le seul [...] que c'est en cet endroit seulement qu'on lui parle. (MAETERLINCK, 1999¹, p. 492)

C'est ainsi le « dialogue essentiel » ou « dialogue de second degré » qui se joue à l'insu des personnages, que met en valeur le théâtre de Maeterlinck, c'est ici

que se nichera le secret, *dans l'attente de sa transmission par le corps et la voix de l'acteur, médiateur du rapport avec le spectateur, dans l'ici-maintenant de la scène*. L'enjeu majeur est de l'ordre de la représentation, tant il est vrai, comme l'observe le dramaturge notre contemporain Valère Novarina, « les mots, sur le plateau, sont utilisés – non plus en surface comme sur le papier [...] mais dans le *secret public* de notre corps » (NOVARINA, 2012, p. 62). Le corps convoque la voix qui en constitue le « négatif », toujours selon Novarina, « et c'est pour cette raison qu'on ne la voit pas ». La voix est donc une révélation secrète du langage, établissant un lien particulier entre précepte (pensée) et affect (émotion), encore corps et langage et démentant leur partition nette. La voix « témoigne de l'ardeur du langage, de son brûlement dans le drame de la pensée » (*Ibid.*, p. 120-121).

Ce qui est à faire ressortir dans cette lignée du drame moderne où l'on pourrait situer encore Artaud, Beckett et Michaux, c'est qu'elle se rapproche de « la vie dans les plis », pour reprendre le titre de Michaux. Quelque chose s'y joue comme un rapport au commencement, à une vie préexistante à la parole, et une nouvelle sensibilité au registre de l'intériorité, à la richesse d'une opacité diamétralement opposée au principe de transparence classique. Elle nous défie à *observer du dedans*, à différencier ce langage indirect ou *oblique* dont parle Merleau-Ponty dans l'essai déjà cité, comme outil d'appréhension de la vie personnelle :

La vie personnelle, l'expression, la connaissance et l'histoire avancent obliquement et non pas droit vers des fins et des concepts. Ce qu'on cherche trop délibérément [par un calcul et par un procédé tout technique] on ne l'obtient pas. (MERLEAU-PONTY, 1981, p.104)

Tout ce détournement de la fonction référentielle de la littérature – et de l'art – auquel on assiste surtout à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle, nous montre que le langage transcende le problème de la représentation et du sens et le caractère fallacieux, séculaire, de la correspondance du mot à la chose, que Barthes résume sous le terme de *cratylisme*. Dans la fin de son « Introduction à l'analyse structurale des récits » (1966), il l'explique aussi :

... la fonction du récit n'est pas de « représenter », elle est de constituer un spectacle qui nous reste encore très énigmatique, mais qui ne saurait être d'ordre mimétique [...] « ce qui se passe » dans le récit n'est, du point de vue référentiel (réel), à la lettre : *rien*, « ce qui arrive », c'est le langage tout seul, l'aventure du langage, dont la venue ne cesse jamais d'être fêtée (BARTHES, 1985, p. 206).

Aussi, si le récit constitue, depuis la nuit des temps, la façon la plus élémentaire de connaître et d'expliquer le monde par une « mise en intrigue » qui instaure une relation entre la narrativité et la temporalité (RICCEUR, 1983), aucune forme de « surdétermination » textuelle, ou de linéarisation ne saurait contenir le langage, qui est *primitif* au sens fort du terme, il est écaillé du « rythme essentiel » de l'homme, comme le montre Maeterlinck, même si, par nécessité sociale on en fait un usage souvent utilitaire. Or, un tel emploi peut devenir sérieusement *contraignant*, fixant le langage en formules et dispositifs qui non seulement corsetent toute la créativité qui lui est inhérente, mais *annulent* le sujet, jusqu'à la désobjectivation. L'enjeu est énorme comme l'observe justement Giorgio Agamben pour notre société où règne la technique, l'efficacité et le profit immédiat, où les dispositifs agissent souvent par des « processus que nous pouvons appeler des processus de désobjectivation [...] indifférents et ne donn[ant] plus lieu à la reconstitution d'un nouveau sujet, sinon d'une forme larvée, et pour ainsi dire spectrale » (AGAMBEN, 2014, p. 44). Le constat est là et convoque le problème du secret dans ce qui fonde la médecine d'aujourd'hui : la technique et la science, au détriment de la relation de soin et du colloque singulier entre deux subjectivités. Les conséquences se jouent aussi du côté du médecin et du personnel soignant, dont les tâches sont assujetties à toutes sortes de contraintes extérieures, comme on l'a dit plus haut. Paradoxalement, à l'heure où les maladies chroniques sont devenues une des principales causes de mortalité dans le monde, la médecine, qui est à bien des égards « le point de rencontre de toutes les sciences humaines » (ANONYME, 1823, p. 234), porte les symptômes d'une déshumanisation incompatible avec la mission d'accompagnement et d'écoute qui est attendue d'elle. Le renouement avec la dimension d'art qui constitue son essence même semble une voie à développer.

Avec l'homme, le langage

Dans cette 'modernité' qui fait du discours non seulement ce qui *est dit* mais également tout ce qui touche au non-dit, à l'implicite, et à la dialectique qu'ils composent avec l'expression intercorporelle, ce qui compte et ce qui est déjà en jeu c'est la reconnaissance de la « subjectivité dans le langage » comme dira le linguiste Émile Benveniste, et la légitimité, ou la vitalité somme toute, du secret, de l'épaisseur des signes qui échappe à toute codification.

Il nous faut donc revenir à Barthes, qui dans *Leçon* (texte repris de son cours inaugural dans la chaire de sémiologie littéraire au Collège de France en janvier 1977) prend ses distances vis-à-vis du structuralisme. Dépliant la fonction de connaissance ou *mathesis* attribuée à la littérature, Barthes l'explique par sa posture d'humilité face au langage et au sens, raison de son irréductibilité au langage conceptuel :

La littérature ne dit pas qu'elle sait quelque chose, mais qu'elle sait de quelque chose; ou mieux : qu'elle en sait quelque chose – qu'elle en sait long sur les hommes. (BARTHES, 1978, p. 18-19)

La re/connaissance de la valeur unique du littéraire tient donc à cette capacité, que l'on ne trouve pas dans les autres sciences humaines et sociales, d'exprimer la complexité des questions de la vie *vécue* que le passage par la *subjectivité* – expérience *dans et expérience par le langage* – rend plus intense, plus sensible.

Dans la perspective discursive émergeant dans les années 1990, qui a rendu aux études littéraires une dimension personnelle, contextuelle et sociale négligée par le structuralisme, il s'agit de rappeler la valeur de liaison de l'énonciation (MAINGUENEAU, 1993). Les travaux de Benveniste ont à plusieurs égards joué un rôle pivot, permettant notamment de sortir des dualités contraignantes, d'héritage saussurien (langue/parole, signifiant/signifié, synchronie/diachronie...), pour attirer l'attention sur la nature socio-anthropologique du langage : « le langage est dans la nature de l'homme [...] Nous n'atteignons jamais l'homme séparé du langage et nous ne le voyons jamais l'inventant » écrit-il dès 1966 (BENVENISTE, 1966, I, p. 259). Il va plus loin, affirmant que c'est à travers l'interaction discursive que le sujet se définit, pense, partage sa pensée dans un rapport *intersubjectif*, qui caractérise tout procès de communication humaine :

La conscience de soi n'est possible que si elle s'éprouve par contraste. Je n'emploie je qu'en m'adressant à quelqu'un, qui sera dans mon allocution un tu. C'est cette condition de dialogue qui est constitutive de la personne, car elle implique en réciprocité que je deviens tu dans l'allocution de celui qui à son tour se désigne par je. [...] De ce fait, je pose une autre personne, celle qui, tout extérieure qu'elle est à « moi », devient mon écho auquel je dis tu et qui me dit tu. La polarité des personnes, telle est dans le langage la condition fondamentale, dont le procès de communication [...] n'est qu'une conséquence toute pragmatique.

[...]

C'est dans une réalité dialectique englobant les deux termes et les définissant par relation mutuelle qu'on découvre le fondement linguistique de la subjectivité. (BENVENISTE, 1966, p. 259-260)

On en vient à l'indispensable médiation du langage dans sa valeur relationnelle, dans la relation avec autrui, dans la relation interpersonnelle. Il s'impose pour mettre à l'épreuve les approches *normatives* qui restent au seuil du sens et ne peuvent que congédier ce que Proust désigne comme « le secret de chacun », c'est à-dire sa subjectivité. Penser le secret c'est penser aussi son inséparabilité du sujet. La littérature, qui s'est façonnée au travers des siècles autour de l'homme et du langage convoque ici le concept d'*éthos* (plus que de *pathos* auquel elle est plus communément associée) au sens discursif proposé par Dominique Maingueneau et que l'on retrouve également au cœur de la notion d'*individuation* ou de subjectivation d'Henri Meschonnic. Comme le rappelle son ouvrage central, *Langage, histoire, une même théorie*, récemment réédité, c'est parce le sujet et le social vivent de tout temps « dans le langage et dans l'histoire » (MESCHONNIC, 2012, p. 27), que tout discours engage un mouvement de perpétuelle *subjectivation*, c'est à-dire « l'individuation comme forme de langage » (2012, p.115) conférant, là encore, au *poétique* et à l'*éthique* « un même mode de fonctionnement » (*Ibid.*). En d'autres termes, le dire révèle l'être ou, pour reprendre une formule à Maeterlinck il révèle « l'interne de sa manière externe » (MAETERLINCK, 1999¹, p. 175). Au regard de la théorie de Meschonnic, le secret correspondrait à cette subjectivation, à cette dimension individuelle et unique de soi que le locuteur projette dans son discours, qui devient éminemment personnel, au point de constituer la marque du sujet – « un « rythme sujet » (2012, p.115) pose-t-il.

C'est dire que le secret relève du même régime de singularité de l'énonciation, inséparable du mouvement, de l'intérieur vers l'extérieur, en ce cas [ex + *movēre*]. Le processus est, là aussi, fondamentalement en lien avec le langage. Il en découle l'impossibilité de séparer le sujet (je) de son discours, de sa subjectivation. Toute parole est unique, intersubjective dans la mesure où elle pré-suppose l'interaction verbale et donc le partage social, au sens de Benveniste.

L'énonciation, qui engage la voix sonne au locuteur le rôle actanciel de sujet. Elle est le garant du sentiment de soi, du secret intime, irréductible à l'objectivation des codes et des conventions. Un exemple tiré de *Fragments d'un discours amoureux* de Roland Barthes nous aide à mieux le comprendre. Avec comme référence les *Souffrances du Jeune Werther* de Goethe et le « désordre de langage qui passe dans la tête du sujet amoureux » Barthes s'intéresse à la figure du « Je-t'aime », qui, pose-t-il d'emblée, « ne se réfère pas à la déclaration d'amour, à l'aveu, mais à la profération répétée du cri d'amour ». Il le montre par l'analyse dans un célèbre échange de *Pelléas et Mélisande* pour illustrer combien la « profération » du « Je t'aime » attend en retour du sujet *aimant* plus qu'aimé que ce dernier réponde ; mais pour qu'il corresponde véritablement il faut qu'il assume « de formuler, de proférer le *je-t'aime* que je lui tends : *Je t'aime*, dit Pelléas. – *Je t'aime aussi*, dit Mélisande. » (BARTHES, 1977, p.180). Car le sujet amoureux ne veut pas seulement être aimé en retour. Il veut « *se l'entendre dire*, sous la forme aussi affirmative, aussi complète, aussi articulée que la sienne propre. » (*Ibid.*, p. 181). Ainsi, dire « je t'aime aussi », c'est nécessairement s'inscrire dans un rapport intersubjectif et incluant, qui nous révèle la caractéristique majeure du langage (d)écrit dans la littérature : « Ce n'est pas un symptôme, c'est une action » (*Ibid.*).

L'affinité à creuser entre une éthique médicale, inquiète de la question de l'autre, inquiète des rapports et des liens et la démarche littéraire consiste à mettre au-dessus de la « technique » ou de l'instrument, le *sujet* comme enjeu et la conscience du langage et comme ressort par lequel la subjectivité et le secret en vient à sa manifestation. Une *opération* par laquelle on apprend à se décentrer de soi pour inclure l'autre dans la démarche intersubjective et intégrer son *être sujet* plus que son histoire dans le processus du soin. C'est, au fond nous rapprocher d'une sagesse en action tel que le suppose le concept de *phronesis* proposé par Aristote dans *L'Éthique à Nicomaque* et qui est le fondement de la philosophie de Paul Ricœur, référence partagée par l'éthique médicale et

la Médecine Narrative. *Soi-même comme un autre* déploie, d'une perspective pluridisciplinaire par laquelle poétique, philosophie et éthique s'enrichissent mutuellement, l'idée d'un *vivre ensemble* bâti dans un rapport dialectique qui *implique* l'autre dans le devenir singulier de soi : « Le maintien de soi, c'est pour la personne la manière telle de se comporter qu'autrui peut compter sur elle » (RICCEUR, 1990, p. 195).

Penser avec la souffrance

Une femme est entrée pour une opération. Un kyste à l'ovaire. Le médecin le lui a montré sur l'écran [...] Le mot n'a jamais été prononcé, ni écrit. Mais elle a pensé, elle, à ce cancer dont est morte sa mère, cinq ans auparavant ; elle sait que cette petite chose à l'intérieur d'elle pourrait un jour faire que l'équilibre se rompe, que tout bascule dans la maladie.

Mais personne n'en dit rien. (MALINCONI, 2008, p. 11)

L'évolution des pratiques de la médecine nous renvoie au quotidien la déficience de l'exercice du soin. Certains patients pénètrent le seuil du cabinet de consultation ou d'une chambre d'hôpital en se sentant souffrant, d'autres s'y présentent, spontanément ou après une convocation, en vue d'une prise en charge préventive et gardent les mêmes doutes et les mêmes questions à l'entrée et à la sortie. Toute subjectivité, toute individuation est dissoute.

Pourtant, que le patient ait ou non le désir (ou l'opportunité) d'exposer au médecin le récit d'une souffrance vécue, ce dernier se doit désormais par ses questions orientées, son examen clinique, et ses examens complémentaires, de chercher des signes cliniques ou paracliniques susceptibles de constituer les symptômes d'une maladie. La société attend de lui une obligation de moyens et de transparence des résultats vis-à-vis de l'instance individuelle qu'est le malade et vis-à-vis des instances publiques de santé publique et de recherche, tout en exigeant la garantie de la disjonction entre l'instance individuelle privée et les instances publiques. En d'autres termes, la même donnée doit être partagée par le médecin selon des modalités très différentes. Le partage avec le malade de signes ou données générées à partir d'éléments issus de son corps sous une

forme non identifiable par lui-même en symptôme d'une maladie n'aurait aucun sens, alors que ce partage sous forme brute et dépersonnalisée permet de leur donner des sens variables pour la collectivité selon les cas d'usage (production de savoirs scientifiques notamment épidémiologiques, gestion des risques maladie, gestion économique des ressources). Certaines de ces données, et en particulier les résultats de séquençages individuels des génomes n'ont pas encore pris tous leurs sens individuels. Ceux-ci ne pourront naître que de la confrontation entre les parcours et les histoires des individus et les données collectives, ces dernières s'enrichissant des premiers. La plupart des données même biomédicales n'ont donc pas en elles-mêmes valeur de secret, elles ont même bien au contraire vocation à prendre un (ou des) sens sur le(s)quel(s) la société revendique une transparence totale. Elles sont pourtant, lorsqu'elles sont mises en lien avec un individu, contenu dans le secret. La rupture formelle entre ces données et l'identité des personnes est donc un prérequis à toute possibilité de secret médical, sous peine de permettre leur interprétation par la société pour un individu, avant même qu'il soit en capacité de se les approprier. Le secret médical semble alors devoir plutôt être défini par ce qui se joue à l'occasion de la consultation médicale et permet l'incorporation par le malade des données le concernant. Cette hypothèse s'inscrit dans le prolongement des théories de l'énonciation. C'est en effet par le langage, qui permet la communication intersubjective et l'individuation, que peut se dessiner, à l'occasion de la consultation, le périmètre du secret médical. Ce périmètre est perméable à la circulation des données objectivées coupées de la référence à l'instance de discours, et donc à la personne. Celles-ci ont alors vocation, dans l'espace publique, à rester de l'ordre de la « non personne » sous réserve de leur dé-identification. En ce sens, le secret médical est le lieu de l'appropriation, de la réincorporation des données pertinentes pour la personne, telles qu'elles ont pu être dotées de sens par leur rapprochement collectifs et rapportées à une réalité. La notion de secret médical prend alors un double sens : celui d'un dévoilement, de la traduction de signes (invisibles aux yeux de l'homme) en symptômes et en maladies par le médecin qui doit se donner les moyens d'aller les chercher au plus profond des mystères du corps, et celui de la création d'un savoir partagé entre le médecin le patient qui doit permettre à ce dernier d'éclairer ses choix, de partager ses doutes, et d'exprimer ses souffrances, sous le sceau du secret. Ces nouveaux savoirs

sur lui-même, une fois incorporés par le patient, peuvent alors rejoindre s'il le désire, son espace intime.

Atténuer le poids du langage technique et de la complexité des technologies invite à conduire l'entretien médical selon une dynamique relationnelle, langagière et créative et de concéder une place à la connaissance spontanée de ce patient, qui échappe aux procédés scientifiques seuls. De quoi donner à songer et à œuvrer le langage *indirect*, comme lien et lieu de partage entre Littérature et Éthique médicale.

Références

- AGAMBEN Giorgio. *Qu'est-ce qu'un dispositif ?* Paris : Payot & Rivages, 2014.
- BARTHES, Roland. *Fragments d'un discours amoureux*. Paris : Seuil, coll. Tel Quel, 1977.
- _____. *Leçon*, Paris : Seuil, 1978.
- _____. *Le Bruissement de la langue. Essais critiques IV*. Paris: Seuil, 1984.
- _____. *L'Aventure sémiologique*. Paris : Seuil, 1985.
- BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. *Les Principes de l'éthique biomédicale*. Paris : Les Belles Lettres, 2008.
- BENVENISTE, Émile. *Problèmes de linguistique générale*. Paris : Gallimard, 2 vol., 1974 (1966).
- BÉNICHOU, Paul. *Le Sacre de l'écrivain*. Essai sur l'avènement d'un pouvoir spirituel laïc dans la France moderne 1750-1830. Paris : José Corti, 1973.
- BOURETZ, Pierre. Éthique et médecine. *Esprit*, n. 189, p. 81-92, février 1993.
- BOURETZ, Pierre, Désir de transparence et respect du secret. *Esprit*, n. 211, p. 47-54, mai 1995.
- BRANCHER, Dominique. Les Ambiguïtés de la pudeur dans le discours médical (1570-1620). *Cahiers de l'Association Internationale des études françaises*, v. 55, n. 1, p. 275-297, 2003.
- CABRAL, Maria de Jesus ; DANOU, Gérard. *Maux écrits mots vécus*. Traitements littéraires de la maladie. Paris : Eds. Le Manuscrit, coll. Exotopies, 2015.
- CITTON, Yves. *L'Avenir des Humanités*. Économies de la connaissance ou cultures de l'interprétation. Paris : Éditions de la Découverte, 2010.
- CHARON, Rita. "Narrative Medicine: Form, Function, and Ethics", *Ann Intern Med.*, 134, p. 83-87, 2001.

- CHARON, R; HERMANN, N,; DEVLIN, M.J. *Close Reading and Creative Writing in Clinical Education: Teaching Attention, Representation, and Affiliation*. *Acad. Med.*, 21, Jul 2015.
- DANOÛ, Gérard. *Langue, récit, littérature dans l'éducation médicale*. Limoges : Éditions Lambert-Lucas, 2007.
- DERRIDA, Jacques. La Littérature au secret : une filiation impossible, In ZABUS, Chantal (dir.) *Le Secret: motif et moteur de la littérature*, Louvain-La-Neuve, Recueil de Travaux d'Histoire et de Philosophie, 7^e série, Fascicule 7, p. 1-34, 1999.
- GIRARD, René. *Mensonge romantique et vérité romanesque*. Paris : Hachette littérature, coll. Pluriel, 2006.
- GUSDORF, Georges. *Introduction aux sciences humaines*. Paris : Ophrys, 1974.
- HANS, Jonas. *Pour une éthique du futur*. Paris: Rivages, 1998.
- HERVÉ, Christian; THOMASMA, David; WEISSTUB, David (éds.) *Visions éthiques de la personne*. Paris : L'Harmattan, 2001.
- HERVÉ, Christian ; STANTON, Jean-Michèle, MARTINET, Eric (dir.). *Les Systèmes informatisés complexes en santé*. Banque de données, télémédecine : normes et enjeux éthiques. Paris: Dalloz, 2013.
- HURWITZ, Brian. Narrative (in) Medicine, in: SPINOZZI Paola et al., *Discourses and Narrations in the Biosciences*. Germany: V&R Unipress, 2011.
- KALITZKUS, Vera et al. Narrative-Based Medicine: Potential, Pitfalls, and Practice, *Permanente Journal*, n. 13, 1, p. 80-86, 2009.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On Death and Dying*. New York: Scribner, 1997 (1969).
- MAETERLINCK, Maurice. *Œuvres I, Le Réveil de l'âme*. Poésie et essais. Édition établie et présentée par Paul Gorceix. Bruxelles : Ed. Complexe, 1999¹.
- _____. *Œuvres II, Théâtre I*. Edition établie et présentée par Paul Gorceix. Bruxelles. Ed. Complexe, 1999².
- MALLARMÉ, Stéphane. *Œuvres complètes*, éd. Bertrand Marchal. Paris : Gallimard, Bibliothèque de La Pléiade, II, 2003.
- MAINGENEAU, Dominique. *Le Contexte de l'œuvre littéraire*. Énonciation, écrivain, société. Paris : Bordas, 1993.
- MALINCONI, Nicole. *Hôpital silence suivi de L'Attente*, préface de Marguerite Duras. Bruxelles : Ed. Luc Pire, 2008.
- MESCHONNIC, Henri. *Modernité, Modernité*. Lagrasse : Verdier, 1988.
- MESCHONNIC, Henri. *Langage, histoire, une même théorie*. Lagrasse : Verdier, 2012.
- MERLEAU-PONTY, Maurice. *Le Langage indirect et les voies du silence (1951)*, *Signes*. Paris : Gallimard, 1987 (1960).
- RICOEUR, Paul. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil, 1990.
- _____. *Temps et récit*, Paris : Seuil, 3 tomes, 1983-1991.

- SACKETT, D. L. et al. Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't, *British Medical Journal*, 312, p.71-72, 1996.
- STAROBINSKI, Jean. Plaidoyer pour des « Humanités médicales » in : DANOU, Gérard (dir.), *Littérature et médecine, ou les pouvoirs du récit*. Paris : BPI (Bibliothèque Publique d'Information) du Centre Pompidou, p. 7-8, 2001.
- SZONDI, Peter. *Théorie du Drame moderne, 1880-1950*, traduction de Patrice Pavis. Lausanne : l'Age d'Homme, coll. Théâtre/Recherche, 1983.

Submetido em : 07-12-2015

Aprovado para publicação : 08-05-2016