

ANAMNÈSE : L'AMPLITUDE DE LA RENCONTRE ASPECTS THÉOLOGIQUES ET MÉDICAUX

CL. LICHTERT,
M. LAMBERT

Mots-clefs : démarche clinique, récit, Bible, souffrance, libération, eucharistie, alliance

RÉSUMÉ

Correspondance :

Abbé Claude Lichtert
Docteur en théologie,
chargé de cours invité à l'UCL,
aumônier des étudiants à l'UCL
Bruxelles

et membre de l'équipe d'aumônerie
des Cliniques universitaires Saint-Luc-UCL
à 1200 Bruxelles.

Professeur Michel Lambert
Service de médecine interne générale
aux Cliniques universitaires Saint-Luc-UCL
à 1200 Bruxelles

Le mot « anamnèse » s'enracine autant dans la pratique médicale que dans la tradition théologique (biblique et liturgique), ce qui ne manque pas d'étonner les praticiens de ces deux disciplines. Alors que le rapport entre celles-ci se définit traditionnellement dans l'unique sphère bioéthique, oserait-on imaginer une autre passerelle, basée davantage sur le *récit*, et qui, en offrant des perspectives inédites, rendraient ces deux domaines émules ? C'est l'objectif de cette contribution, fruit d'un dialogue entre un médecin et un théologien.

A travers l'anamnèse, le soignant entraîne et accompagne le patient dans un acte de mémoire qui touche symboliquement à ce qui croise la vie et la mort. En cela, l'anamnèse ne constitue pas uniquement un ensemble de renseignements fournis au soignant par le patient ou son entourage sur l'histoire de la maladie. En effet, plus subtilement, la narration partagée se trouve enrichie d'une amplitude qui manque à une simple série de renseignements. L'enjeu qui se devine et que le médecin éprouve est le suivant : que la mémoire du passé entraîne une perspective d'avenir, ou autrement dit, que les signes de vie l'emportent sur les signes de mort (1).

INTRODUCTION

Il semble que la majorité des soignants – se risquerait-on à préciser qu'il s'agit plutôt des aînés – considère l'anamnèse comme la première étape incontournable dans la relation de soin avec le patient (du latin *patiens*, « celui qui souffre ») avant l'examen clinique. Durant le temps de l'entretien, un fil rouge se tisse, permettant conjointement au patient et au soignant, d'une part, d'écrire l'histoire de la maladie, elle-même reliée à l'histoire familiale et sociale, et, d'autre part, de mettre en relief les événements décisifs. De ce fait, l'objectif de ce dialogue est d'améliorer le bien-être de celui qui évoque une forme de souffrance. Si la responsabilité du patient se dessine dans la description, celle du soignant, bien avant la prescription, se vit dans la retranscription, dans l'attente de découvrir une clé permettant la

solution du problème. C'est la base de la démarche clinique, c'est-à-dire la mise en jeu des processus qui aboutiront au diagnostic et au traitement adéquat. La contribution de l'anamnèse au diagnostic s'avère donc primordiale. Symboliquement, le récit se tisse de l'*entre-tien* à l'*entre-voir*.

A un niveau fondamental, l'anamnèse permet de faire rejoindre trois attitudes : établir une relation de confiance et de soutien, rassembler des renseignements et donner une information. D'ailleurs, ne sommes-nous pas convaincus que seuls les patients en confiance apportent des informations complètes au médecin ? L'enjeu de la comparaison initiale avec la dimension théologique pourrait se situer ici, d'autant qu'il n'est encore question que d'écoute, de paroles et de regards échangés, sans que le toucher, les indications objectives de la maladie et divers examens viennent encore compléter le soin.

L'entrée en matière pour approfondir le lien suggéré entre les domaines médical et théologique ne s'ajusterait-elle pas d'abord simplement de par l'étude du vocabulaire, en scrutant le terme grec *anamnesis*, la mémoire ? Le problème réside dans le fait que, pour dire la mémoire, le vocabulaire biblique (qui soutient la réflexion théologique) est imprécis, mal défini. Les mots grecs *mnèmè*, *anamnèsis*, *mnèmosynon*, *mneia*, etc. restent en effet difficiles à cerner. De plus, en français, combien il est facile de prendre l'un pour l'autre des mots comme mémoire, mémorial, commémoration, souvenir, rappel, réminiscence, le terme noyant la difficulté en noyant la traduction. Qu'est-il pourtant possible d'en dire ? Le mot « anamnèse » exprime un mouvement dynamique de remontée (en grec *ana*) dans le champ du souvenir (en grec *mnèmè*) ou, autrement dit, un mouvement de rappel occasionné par une parole ou par un geste. On retrouve cette dimension dans plusieurs récits bibliques. Trois d'entre eux seront commentés en fonction de parallélismes à décrypter dans un second temps avec l'anamnèse médicale. Il s'agit du premier récit de la Création (Genèse), de la sortie du peuple juif d'Égypte (Exode) et de la dernière Cène qui, dans le Nouveau Testament, fait se souvenir de Jésus-Christ.

AU COMMENCEMENT ÉTAIT LE CHAOS

La première page de la Bible peut être considérée comme un des extraits les plus doux et harmonieux de l'ensemble des Écritures. « Au commencement, Dieu créa le ciel et la terre... Et

il vit que cela était bon ! » Pourtant, le contexte de rédaction de ce premier chapitre du livre de la Genèse est marqué par une époque de malheur pour le peuple d'Israël qui voit sa terre envahie par le voisin babylonien, son Temple détruit, son roi exilé et une grande partie du peuple déportée. Nous sommes au VI^e siècle avant notre ère. Dieu semble avoir abandonné son peuple et le doute s'est implanté : « Comment le Dieu d'Israël a-t-il pu permettre cela ? Pourquoi, face à la souffrance du peuple, est-il resté silencieux ? » Cette question cruciale a permis au croyant juif, qui a perdu ses points de repères essentiels, de reprendre le récit de sa relation à Dieu à partir de sa propre souffrance qu'on peut qualifier de *fondatrice*.

Il s'agit, pour le croyant, non pas d'expliquer mais de trouver de nouveaux mots et images qui font le tri de manière inédite entre ce qui est de l'ordre de la vie et de la mort, ceci afin d'exprimer une foi mise à mal, foi en Dieu, en la vie. Ce peuple déporté en terre étrangère et hostile devra éprouver à nouveau sa confiance et orienter son espoir et sa foi vers un Dieu créateur dont la parole est capable de faire émerger l'harmonie du chaos. Tel est l'objectif historique du premier chapitre de la Genèse : reconnaître le chaos – le *tohu-bohu* (Genèse 1,2) – et entreprendre un travail de mémoire. Ainsi se met en chantier le travail de relecture et de réécriture des écrits d'Israël, parce que la souffrance fait écrire à nouveaux frais celui qui est à la recherche de nouveaux repères. Écrire permet en effet de faire mémoire d'une souffrance non pas pour regarder en arrière mais pour envisager l'avenir car « la Bible est d'abord écriture de l'espoir » (Françoise Mies).

Le Dieu de la Genèse crée à partir de la reconnaissance de ce chaos et non à partir de *rien*. Le verbe « créer » (en hébreu *bârâ'*) ne signifie d'ailleurs pas « faire de rien » mais « faire du neuf, de l'inouï, du jamais vu ». Le terme « chaos » quant à lui renvoie à l'image d'une ville dévastée, assiégée, inhabitable, inhospitalière ; donc, le *tohu-bohu* peut se définir comme le lieu où la tâche hospitalière est impossible. Les trois mots décrivant ce chaos recourent ceux entendus de la part de personnes qui ne voient pas d'issue à leur souffrance : l'obscurité (ne permettant aucune perspective), l'abîme (gouffre sans fond) et la tempête (obstacle à toute traversée). La tâche de Dieu consiste donc autant à organiser le monde à partir de ce chaos qui rend la vie impossible qu'à opérer des séparations nécessaires. Cette maîtrise pacifique du chaos et cette mise en ordre s'effectuent à travers l'unique activité de la parole (« Et Dieu dit :... »). Tout au long de la création, les éléments négatifs ne sont pas supprimés, ils trouvent même

une place. Dans le prolongement, la suite raconte l'importance pour Dieu de rendre le créé productif (Genèse 1,11-13) et même co-créateur. En effet, le récit de la création s'achève au septième jour par le repos de Dieu : il se retire, posant une limite à sa puissance créatrice, ouvrant un espace d'autonomie, de responsabilisation et de créativité au monde, ceci dans une douceur « qui est force plus forte que la force » (Paul Beauchamp)(2).

Cette première étude succincte permet de prendre déjà conscience de diverses dimensions qui peuvent offrir une assise à la pratique de l'anamnèse médicale : la souffrance et la perte de repères donnent matière à exprimer les valeurs déterminantes de sa vie dans la recherche première d'un interlocuteur fiable ; la parole douce permet au chaos fait d'éléments entremêlés d'être transformé, en canalisant les forces destructrices et en reconnaissant les parts d'ombre et de lumière ; en finale, le créé est rendu créateur, apprenant lui-même la force de la parole partagée. De même, le soignant face au soigné devra, par l'anamnèse, démêler l'écheveau des plaintes parfois *chaotiques*, pour en retirer la substantifique moelle, les organiser de manière cohérente et logique pour arriver au diagnostic correct (3).

SOUFFRANCE ET LIBÉRATION

Si l'exil du peuple juif à Babylone offre un ancrage historique pour évoquer la reprise du travail de mémoire à partir d'une souffrance collective, un autre événement, à considérer davantage dans sa dimension littéraire qu'historique, offre lui aussi une porte d'entrée biblique suggestive : l'Exode, raconté au long du deuxième livre biblique. Cet épisode confirme la trame inaugurée au début de la Genèse : la situation chaotique est signifiée ici par le contexte d'esclavage du peuple d'Israël en Egypte, la mission de Moïse consistant à le libérer et à le faire accéder à la Terre promise, telle une nouvelle création.

Au début du livre de l'Exode (chapitres 2 et 3), Moïse, après avoir fui l'Egypte et trouvé accueil en Madiân, rencontre Dieu au Buisson ardent. Le narrateur présente le personnage divin comme celui qui prend en considération la souffrance de son peuple avant de se souvenir (de faire anamnèse) de l'alliance avec les patriarches et de demander à Moïse de libérer le peuple. L'anamnèse trouve ainsi sa place entre deux présentations de Dieu qui est caractérisé comme étant d'abord un témoin de la souffrance et puis un libérateur. De par l'appel de Dieu, la mission de Moïse consis-

terait-elle à libérer le peuple de la souffrance ? Le récit ne permet pas de l'affirmer. Non, d'autant que les signes de souffrance ne manqueront pas durant toute la marche du peuple au désert. Moïse aura plutôt à faire sortir le peuple de ce que la souffrance a d'enfermant, de réducteur.

Durant les quarante ans de pérégrination au désert, cette liberté se laisse éprouver à travers la parole partagée entre Dieu et Moïse, intermédiaire avec le peuple. Comme pour le premier récit de la Genèse, l'enjeu sera, pour Dieu et le peuple d'Israël, d'exprimer une parole juste et de pouvoir l'entendre. Tout au long de l'histoire, les générations suivantes auront à se souvenir du chemin parcouru, conscientes que l'oubli de leurs origines les mènera à perdre leur identité, conscientes également que si personne ne raconte le passé, elles n'auront plus d'histoires communes. Cette anamnèse biblique est plus particulièrement développée dans le livre du Deutéronome qui se présente comme un long discours de Moïse, au seuil de la Terre promise. Le prophète appelle le peuple à se souvenir parce que, quand la prospérité sera revenue, la tentation de l'oubli sera réelle. Le danger qui guettera Israël aux jours heureux, ce sera d'oublier l'artisan de son bonheur : « Garde-toi d'oublier le Seigneur ton Dieu qui t'a fait sortir du pays d'Egypte » (Deutéronome 6,12). Moïse se charge donc de donner des consignes pour l'avenir afin que le bonheur se construise de manière durable.

Les premiers livres de la Bible soulignent l'importance de ces différentes dimensions : raconter, faire mémoire et signifier ce *mémorial* dans des rites. A ce propos, la qualité de mémorial est attachée à l'époque au vêtement liturgique du grand-prêtre caractérisé par deux éléments : l'*éphod* qui est une sorte de tablier et le *pectoral* dont l'étoffe est sertie de pierres précieuses aux noms des tribus d'Israël, tels des *aide-mémoires* servant à la fois pour Dieu et pour le peuple. Ainsi, l'action liturgique ravit la mémoire des deux partenaires de l'alliance (4).

Cette deuxième analyse permet une nouvelle mise en perspective pour l'anamnèse médicale : l'appel à la mémoire s'intercale entre deux comportements bien définis, à savoir la reconnaissance de la souffrance de l'autre et l'appel à sa libération, par le traitement, la *thérapie* ; une forme de souffrance risque de perdurer, du moment qu'elle ne réduise pas le souffrant à n'être que cela ; l'oubli de la démarche qui a fait passer de l'état d'esclave à celui de libéré mène au danger de retomber dans la situation d'une souffrance annihilante ; enfin, tel un clin d'œil adressé au

médecin, le grand-prêtre porte un vêtement particulier avec des accessoires précis pour exercer sa mission de mémoire.

De même, pour que la relation entre le médecin et le patient se déroule au mieux, il est important que certaines conditions soient remplies. Elles viennent d'être rappelées dans un article récent du célèbre *New England Journal of Medicine*, sous le titre « Etiquette-based Medicine » (5), soulignant ceci : se présenter au début de l'entretien après avoir attendu la permission d'entrer dans la chambre si le patient est hospitalisé, lui serrer la main, se mettre physiquement à son niveau en s'asseyant plutôt que le toiser de sa hauteur, expliquer brièvement son rôle, lui demander comment il se sent tout en lui montrant de l'intérêt, de l'attention et de l'empathie, tout en essayant de décoder le langage de son corps (expression du visage, regard, constitution, démarche, mouvements anormaux, etc).

DE L'UN À L'AUTRE TESTAMENT

Dans le Nouveau Testament également, l'anamnèse fait référence à la mémoire qui rend le passé présent et actuel. Les évangiles sont d'ailleurs fondés sur la parole anamnétique (6) des apôtres. Pourquoi ? Parce que les premiers disciples ont dû se laisser confronter au manque, celui de la présence de Jésus à leur côté. La souffrance de celui-ci sur la croix et sa mort signifiaient-elles que l'aventure se terminât ainsi ? Comment les premières communautés chrétiennes allaient-elles faire mémoire de Jésus-Christ ? Telles sont les questions qui sous-tendent l'élaboration des évangiles basés sur la foi en la résurrection. Le croyant est invité à penser la résurrection comme l'œuvre de la mémoire de Dieu qui insuffle vie aux événements passés. Afin d'accueillir l'événement de la résurrection, les premières communautés chrétiennes devaient en quelque sorte apprendre, dans un premier temps, à « porter la mort en acte », c'est-à-dire à traverser ce que cette mort avait d'enfermant, de clôturant. D'ailleurs, à la place du mot grec *thanatos* qui désigne la mort subie, l'apôtre Paul recourt au terme *nekrôsis* qui signifie plutôt la mort en train de faire son œuvre ou peut-être même l'acte d'accepter la mort, ici de Jésus (2 Corinthiens 4,10-11).

Pour marquer la transition entre l'un et l'autre Testaments, l'apôtre Paul compare la structure de la mémoire du peuple d'Israël (évoquée plus haut) avec celle de l'Église naissante. Son injonction (en 1 Corinthiens 11,24-25) semble correspondre à ce

qui se dit au moment de la libération du peuple esclave en Égypte (cf. Exode 12,14) : « Ce jour-là sera pour vous en mémoire (*eis anamnêsin*) ». De part et d'autre de la Bible se situe un événement de salut – la sortie d'Égypte ou la Croix – qui en constitue l'horizon et le contenu. Comme lors de l'exode, un avenir neuf est ouvert et les disciples du Christ y entrent chaque fois que, dans l'aujourd'hui, ils font mémoire de celui qui s'est livré pour que cette nouveauté soit possible. Faire ainsi mémoire active de Jésus, n'est-ce pas s'engager dans le même passage que lui, là où donner librement sa vie est signe que l'on nie la mort comme terme du chemin ? (7)

Tout au long de l'histoire, le contenu de cette mémoire vivra une continuelle transformation, s'adaptant aux contextes humains particuliers et fragiles. L'enjeu consistant à récapituler le passé, à traverser en quelque sorte le temps en rendant l'événement présent, reste continuellement délicat. Mais faire acte de mémoire n'apporte-t-il pas consistance et pertinence au présent, aux questions que le présent fait poser ? N'est-ce pas en d'autres mots ce que voulait signifier Paul Beauchamp en disant : « Pas de 'maintenant' décisif sans anamnèse » ?

Cette troisième perspective potentielle pour l'anamnèse médicale permet de mettre en exergue ces convictions : l'anamnèse naît d'un manque (cf. l'absence de diagnostic et l'angoisse de ne pas savoir), celui de ne plus avoir prise sur le passé ; celui-ci, par l'effet de la mémoire, peut trouver une acuité nouvelle ; le contexte fragile de chacun rend l'entreprise de mémoire aléatoire et délicate.

« FAITES CECI EN MÉMOIRE DE MOI »

Après avoir évoqué sommairement l'anamnèse biblique, abordons à présent l'anamnèse liturgique étroitement reliée, on en conviendra, à la première. L'anamnèse liturgique répond à l'injonction du Christ, lors du dernier repas avec les apôtres : « Faites ceci en mémoire de moi » (parole qui suit celle sur le pain puis sur la coupe ; cf. 1 Corinthiens 11,24 ; Luc 22,19). Le locuteur en appelle ici à la mémoire communautaire, le temps liturgique permettant au croyant de vivre uni à l'éternité du Christ, actualisant sa présence dans le geste du partage. Le temps tout entier est récapitulé autour du mystère et de l'actualisation de Pâques, à partir du lieu qui proclame *la présence dans l'absence*. En faisant mémoire, l'assemblée

réunie participe à l'existence même du ressuscité. Un appel s'exprime également afin que Dieu lui-même fasse anamnèse, se souviennne, en agissant pour son peuple. L'eucharistie célébrée en communauté se vit donc comme le lieu de rencontre de deux mémoires, celles de Dieu et du croyant.

Lorsque les chrétiens se réunissent en Eglise, et notamment pour l'eucharistie, ils se remémorent les actes fondateurs, célébrant le mémorial de la mort et de la résurrection du Christ, en rappelant également sa vie entière. Mort et résurrection sont ainsi *articulées*, créant une triple relation : au passé (mémorial vécu comme une action de grâce pour ce que Dieu a réalisé dans l'histoire), au présent (notre histoire vive) et à l'avenir (notre ouverture à l'inédit). En conséquence, ce mémorial possède le pouvoir d'arracher les événements d'antan à leur simple passéité (8).

Le Nouveau Testament relie dans le partage du repas l'événement de la libération d'Israël (la Pâque) ainsi rappelé et l'annonce par Jésus de sa propre Pâque faite, elle également, de souffrance, de violence et de libération : Jésus s'y engage résolument dans le geste symbolique de rompre le pain et de faire passer la coupe. En ce sens, le repas du Seigneur fait mémoire d'une nouvelle Pâque – entre rupture et continuité – déployant sans cesse son œuvre de libération (qui permet de sortir de la violence) envers ceux qui s'avancent sur le chemin du Christ. Afin de faire mémoire de ce double événement, la communauté célébrante ravive sa mémoire par l'écoute des Ecritures.

Ainsi, l'eucharistie se vit en deux temps : partage de la Parole et mise en acte du dernier repas de Jésus qui trouve son point culminant dans la consécration et l'invocation exprimée par le célébrant (« Vous ferez cela en mémoire de moi »). L'anamnèse suit sous forme d'acclamation : « Nous proclamons ta mort, Seigneur Jésus, nous célébrons ta résurrection, nous attendons ta venue dans la gloire ». L'anamnèse permet à son auteur de faire *aujourd'hui* l'unité de sa vie grâce à un récit de son passé. Cet acte de mémoire permet à toute l'assemblée de s'adresser directement au Christ. En le disant ensemble, « personne n'est à une meilleure place qu'un-e autre pour le dire ; et en le disant, chacun-e est conscient-e qu'il/qu'elle n'est pas tout-e seul-e à le dire » (Bernard Van Meenen). Le partage de la parole et de la mémoire commune rythme ainsi l'eucharistie qui se poursuit, entre autres, par le geste du partage du pain et celui, tout aussi concret, de la paix.

Autrement dit, pour risquer la comparaison avec l'anamnèse médicale, dans l'eucharistie,

on se parle et fait mémoire avant de *toucher* l'autre ! Outre cet aspect, l'anamnèse liturgique offre de nouveaux points de vue : l'alliage entre les mémoires des deux partenaires de l'alliance, rendant l'un et l'autre autant responsables et solidaires de la parole exprimée ; la relation rendue étroite entre le passé, le présent et l'avenir, offrant le moyen de faire dans l'aujourd'hui l'unité de sa vie ; enfin, la mémoire, signe autant de rupture que de continuité.

QUAND L'AUTRE ME REQUIERT

Un autre type de comparaison peut également être approfondi, en se centrant encore davantage sur la *narration*. Le lecteur de la Bible est invité à entrer dans le monde du récit, véhicule d'une communication entre un émetteur (le narrateur) et un récepteur (le lecteur). L'objet d'étude est le texte dans son intégralité, déployant un monde avec une cohérence propre. Le récit se laisse dérouler à partir de ce que le lecteur présuppose implicitement, l'entraînant dans une coopération interprétative. Il est bien question de travail de lecture, de stratégie du narrateur pour faire connaître son système de valeurs. Pour cela, l'analyse narrative offre une série de concepts afin de déployer l'acte de la lecture (9). En voici les cinq principaux.

Le premier est l'*intrigue* qui permet de créer une histoire continue, en étant partagée avec ses dits et non-dits. Le deuxième concept est l'implication des personnages avec leur *caractérisation* (cf. les ambiguïtés, contradictions ou paradoxes) qui comble ou frustre le lecteur. Le troisième est la position du *narrateur* qui s'implique peu ou prou dans le récit et qui révèle une différence de position quant à l'intrigue et à la connaissance du sujet traité. Le quatrième est la *temporalité* qui joue sur les distorsions entre le temps de l'histoire racontée (fixée par le calendrier) et le temps du récit (qui inclut, par exemple, des *flashs-back*, des redondances ou des résumés). Enfin, le cinquième concept est le cadre ou le *contexte*. Ces cinq critères de lecture ne peuvent-ils s'appliquer à l'anamnèse médicale ? Explicitons ce possible rapprochement en comparant le patient au narrateur biblique et le médecin au lecteur biblique.

Narrateur et lecteur reconstituent en quelque sorte une réalité qui les dépasse, choisissant les éléments racontés et ne se contentant en tout cas pas de communiquer un donné informatif. A l'image du narrateur biblique, le patient *met en scène* de manière cohérente des personnages –

conjoint, enfants, amis, soignants, etc. – inextricablement mêlés à sa vie, de telle sorte qu’il ne peut se comprendre en dehors d’eux. Il les révèle ou les voile – consciemment ou pas – et de lui-même, il ne fait connaître que ce qu’il dit. D’ailleurs, pour renforcer la comparaison biblique, s’il y a quatre évangiles et non un seul concordant dans le Nouveau Testament, n’existe-t-il pas de même plusieurs façons de raconter l’histoire – considérée comme unique – du patient, selon le point de vue, par exemple, du soignant ou de la famille ? A noter tout de même qu’à la différence du narrateur biblique, ce sont davantage les événements récents qui retiennent l’attention du patient, mais les antécédents de celui-ci – familiaux et personnels – sont d’importance ; ils doivent aussi être *extraits* de la mémoire par l’anamnèse systématique.

Le rôle du lecteur / médecin consiste dans un premier temps à confirmer le narrateur / patient comme sujet de son propre récit, en renonçant à tout pouvoir sur lui, en se refusant d’en souligner les contradictions. Au contraire, il en reconnaît la cohérence narrative tout en amorçant un travail d’approfondissement, de discernement (les premiers pas de la démarche clinique) et de relecture. En effet, la signification du récit doit être élucidée par le soignant qui respecte ainsi la personne dans son intégrité. Ceci souligne le rôle de la compétence narrative qui se déploie dans ce genre de questions qui servent de guide à l’entretien : « En quoi les changements dus à la maladie affectent la personne ? Comment adopter le point de vue du patient ? » Et comme le disait James B. Herrick, « le soignant peut aussi apprendre davantage sur la maladie par la façon dont le patient en raconte l’histoire que par l’histoire elle-même ».

Même si, bien naturellement, le narrateur / patient n’est pas le premier à vivre pareille expérience, son récit montre non seulement qu’il n’est pas seul mais surtout qu’il est unique. Tel est le fondement de la comparaison. Par sa lecture ou son écoute rigoureuse et attentive, le lecteur / médecin donne vie au temps du récit et ouvre cet univers narratif en étant vigilant à sa progression, à son rythme. Il croit comprendre avec clarté mais le récit peut s’obscurcir, ce qui ne l’empêche pas de risquer une interprétation qui n’est jamais clôturante. Au terme de l’anamnèse, le médecin peut se poser ce genre de questions : « Quel était le véritable motif de la consultation ? »

Ce décryptage n’est-il pas attendu du narrateur / patient lui-même ? De plus, l’auditeur est le témoin que l’histoire d’un être humain est toujours revisitée, ce qui suppose une présence qui

ne soit ni fusionnelle – se fondant dans le récit de l’autre – ni insensible, mais bien en léger retrait. De plus, il est important qu’il laisse assez d’espace à l’incompréhension qui rend possible le fait de renoncer à comprendre seul. Communiquer sa souffrance ne diminue-t-il pas d’ailleurs le sentiment d’isolement et de désespoir ?

On touche ici fondamentalement à ce qu’on pourrait appeler *l’identité narrative* qui comporte au moins trois caractéristiques. La première est son caractère dialogique, parce que la découverte de l’identité – ici de la maladie – ne se fait pas de façon isolée, mais dans la rencontre de l’autre. La deuxième est son caractère dynamique parce que personne n’est jamais assuré une fois pour toutes de ce qu’il est : le médecin ne rappelle-t-il pas ainsi par son écoute qu’on n’a jamais fini de se construire et que l’histoire d’un être humain est toujours révisable, jusqu’à sa mort ? Enfin, l’identité narrative atteint son plein épanouissement dans son caractère éthique, provoquant à être et à agir autrement, confiant dans cette source première qu’est le désir.

CONCLUSION

La parole initie autant le soin que la vie spirituelle. Aucune image paramétrée, quantifiée, normée ne vient encore faire écran. Soignant et patient, l’un déploie sa présence dans le visage de l’autre. L’enjeu de cette visibilité fonde celle qui, par la suite, ne pourra se parer des attributs de la totalité, à savoir l’imagerie médicale, nécessaire, on en conviendra. Les examens complémentaires contribuent d’ailleurs très peu au diagnostic (<15%) par rapport à l’anamnèse (près de 70%). Mais le fait de « croire ce que l’on voit » semble parfois l’emporter sur le « croire ce que l’on se dit », rendant l’évidence – le « ça va de soi » – supérieure à l’épaisseur complexe et rebelle du réel, l’empêchant de se maintenir à hauteur de l’humain, à son service. En langage biblique, on appelle cela l’idolâtrie. En effet, à une époque où l’imagerie médicale, par exemple, permet des diagnostics brillants, comment reconnaître le poids fondamental et incontournable de cet échange qui précède tout examen paraclinique ?

L’anamnèse ne constitue-t-elle pas un bon palliatif autant pour la médecine que pour la vie de foi afin que l’un et l’autre se déprennent de la démangeaison de la certitude (10) ? Chacun des deux domaines évoqués suggère à la fois la maîtrise d’une discipline, d’une mémoire, tout en se risquant à une suspension de cette même maîtrise

de par la place et même la priorité accordée à l'écoute du récit de l'autre.



RÉFÉRENCES

1. Tous nos remerciements au docteur Isabelle Dagneaux (Centre académique de médecine générale) et à l'abbé Paul De Clerck (professeur émérite à l'Institut supérieur de liturgie de Paris) pour leur regard aiguisé sur le manuscrit.
2. WENIN A. *D'Adam à Abraham ou les errances de l'humain. Lecture de Genèse 1,1-12,4* (Lire la Bible 148), Cerf, Paris, 2007.
3. MUNRO J.F., CAMPBELL I.W. *McLeod's Clinical Examination*, tenth edition, London, Churchill Livingstone, 2000.
4. VERMEYLEN J. *Souviens-toi !*, dans CHEHWAN A. -KASSIS A. (eds.), *Études bibliques et Proche-Orient ancien. Mélanges offerts au Père Paul Féghaly* (Subsidia, 1), Beyrouth, 2001, 263-291.
5. KAHN M.W. *Etiquette-based Medicine*. *N Engl J Med.* 2008; **358**: 1988-89.
6. « anamnétique » dans le langage médical.
7. PERROT Ch. *L'anamnèse néo-testamentaire*, Revue de l'Institut Catholique de Paris 1982 ; 2 : 21-37.
8. MORRILL B.T. *Anamnesis as Dangerous Memory. Political and Liturgical Theology in Dialogue*, Collegeville, 2000; SOULETIE J.-L., *L'avenir du salut dans les prières eucharistiques*, La Maison-Dieu 1997 ; 210 : 35-50.
9. SKA J.-L., SONNET J.-P., WENIN A. *L'analyse narrative des récits de l'Ancien Testament* (Cahiers Evangile 107), Cerf, Paris, 1999 ; Marguerat D, Bourquin Y. *Pour lire les récits bibliques. Initiation à l'analyse narrative*, 3^e éd., Cerf, Paris-Genève, 2004 ; Focant C, Wénin A (eds.). *Analyse narrative et Bible. Deuxième colloque international du RRENAB, Louvain-la-Neuve, avril 2004* (BETHL 191), Leuven Univ. Press, Leuven, 2005.
10. CHARVET-BARRET G. *L'imagerie médicale en question*, Lumière & Vie 2007 ; 275 : 77-89, 85.