

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE PHÉNOMÈNE DE LA SANTÉ DANS LA MIRE DE L'OUBLI DE SOI :  
UNE EXPLORATION EXISTENTIELLE

ESSAI DOCTORAL  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
NORMAND McCLUSKEY

MAI 2018

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

D'emblée, c'est mon directeur, Monsieur Christian Thiboutot, que je remercie de m'avoir choisi parmi ses tout premiers étudiants au doctorat. Cela me semblait à un certain moment improbable, car il y a en effet peu d'élus, mais quelle joie par la suite et quel événement aussi inattendu que déterminant pour un destin, surtout quand on a tant douté d'y arriver ? Merci de m'avoir fait confiance. Après toutes ces années comme directeur, il demeure égal à lui-même, toujours avec cette passion d'enseigner comme il se doit chez un professeur ; cela y est aussi dans ma persévérance tout au long de ce projet. Ne serait-ce que pour honorer sa décision de m'avoir choisi, on pouvait alors très certainement compter sur moi par la suite ; un Irlandais à qui l'on dit oui n'abandonne jamais. Je vais m'ennuyer de ces rendez-vous de supervision lors desquels deux ou trois auteurs majeurs venaient faire un tour dans nos conversations, qui me permettaient ensuite d'avancer dans la bonne direction avec cet essai en devenir.

Personne fière et esseulée, je n'ai pas d'autres remerciements, hormis ceux à ma famille, sans qui l'audace du cadet d'aller plus loin que tous se serait étiolée sous une pression confondante.

Ce dernier travail doctoral pourrait enfin m'ouvrir la porte à la liberté et l'indépendance, celles que je souhaite à tous mes frères et sœurs...

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	v
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I	
LA SANTÉ COMME RELATIF OUBLI DE SOI.....	14
1.1 La santé en psychologie : perspective existentielle .....	14
1.2 Préoccupation quant à la question de l'être .....	17
1.3 De l'oubli de l'être à l'oubli de soi .....	21
CHAPITRE II	
MÉTHODOLOGIE ET CONCEPTS RELATIFS À L'OUBLI DE SOI.....	41
2.1 Méthodologie .....	41
2.2 Concept de la transcendance à travers la santé et la maladie.....	43
2.3 Authenticité et inauthenticité .....	62
2.4 La santé : exemple royal de l'oubli de l'être.....	70
CHAPITRE III	
LA PSYCHOTHÉRAPIE COMME « HERMÉNEUTIQUE » VERSUS L'OUBLI DE SOI.....	76
3.1 Thérapie existentielle et « herméneutique » .....	76
3.2 Une étude de cas : Ellen West.....	91
3.3 Une étude de cas : Aby Warburg .....	100
CHAPITRE IV	
MÉTAPHORE SUR LA SANTÉ QUI SE CACHE : UN MYTHE ET UN EXEMPLE LITTÉRAIRE .....	107
4.1 Retour sur l'équilibre latent de la santé .....	107
4.2 <i>La Nausée</i> : un regard sur la maladie mélancolique (Roquentin : l'impossible échappement à soi).....	109
4.3 Le mythe de Pandore .....	121

CONCLUSION.....	130
BIBLIOGRAPHIE.....	134

## RÉSUMÉ

La santé est un concept qui apparaît définissable et compréhensible à travers ses lieux communs. Mais au-delà de ceux-ci, et à bien y regarder, même en considérant la recherche scientifique et/ou les essais de certains auteurs, psychologues et autres, nous croyons qu'il demeure un concept qui nous échappe, qui semble insaisissable en soi. Cet essai veut l'aborder non pas dans tous ses aspects, mais néanmoins le mettre en lumière à travers une exploration existentielle qui trouvera, nous l'espérons, à nous renseigner avec pertinence sur le phénomène de la santé.

Cela dit, une approche phénoménologique en psychologie, si elle peut partir de fait, ne pas exclure un monde tangible et considérer tout ce qui est constitutif de l'expérience vécue, le phénomène regardé, étudié dans cette approche particulière, en l'occurrence la santé, se trouve ainsi aux confins d'une plus essentielle réalité subjective et d'une visée empiriste. On peut ajouter que la scientificité de la psychologie dans cet essai est exposée à travers la rigueur particulière de cette approche dite phénoménologique. Pour y arriver, elle emprunte un concept plus ou moins explicite tiré des écrits du philosophe et herméneute Hans-Georg Gadamer : l'oubli de soi.

La maladie participe le plus souvent d'une préoccupation d'existence, à la croisée d'un chemin inverse de tout oubli du souci qui lui ouvre plutôt cet horizon quasi synonyme de santé. Dans un plus grand souci, le soi est grandement interpellé, plus exacerbé qu'oublié certes, alors que la santé appert être plutôt l'état en creux qui donne un monde qui s'ouvre. Qui s'ouvre sur l'espoir en tant que se déclinent alors pour le bien portant des possibles et un avenir. Le mythe de Pandore est une métaphore à la fois du fouillis de la surpréoccupation en maladie et de la seule vertu trouvée dans la jarre renversée : l'espoir. Que la santé génère et multiplie. Enfin, Heidegger en parlera plus en termes de transcendance, autre concept clé de cet essai.

Mots clés : santé, psychologie, existentiel, herméneutique, maladie, psychothérapie, oubli de soi, souci, surpréoccupation, transcendance, être, angoisse, phénoménologie, étant, *Dasein*.

## INTRODUCTION

Cet essai porte sur le phénomène de la santé et emprunte une perspective existentielle ; ce sont donc les situations quotidiennes de l'individu qui nous interpellent dans notre démarche visant à donner sens au mot « santé », et ultimement à apporter des expressions significatives à ce que l'on entend par santé ou maladie.

Tout d'abord, de quelle santé parlons-nous ? Ou même, de quel point de vue : biomédical, psychologique (psychique) et/ou physique ? Doit-on tenir compte des paramètres de souffrance aiguë ou chronique ou doit-elle être prise globalement, en considérant tout ce qui précède ? Mais, en un sens, cela importe peu, hormis peut-être le caractère plus objectivable et médical de la santé, bien que cette autre perspective possible n'ait pu elle-même attribuer à la santé un sens qui va au-delà de cette image souvent évoquée par celle-ci comme étant le *silence des organes*. En général, si ce que l'on dit de la santé se résume souvent à peu de choses<sup>1</sup>, c'est que l'investigation d'un tel sujet ouvre des perspectives riches, mais avec la même prudence quant à des réponses qui serait trop réductrices venant d'auteurs comme Canguilhem, Maldiney, et la psychanalyse en général tentent d'y répondre. C'est que la santé doit d'abord être considérée, croyons-nous, en tant que phénomène, comme une figure se détachant d'un fond ; une santé vue comme l'envers de la maladie, par la négative, en tant que le contraire de toutes les manifestations pathologiques.

---

<sup>1</sup> En effet, peu de recherches et de documents définissent, même directement, ce qu'évoque le terme « santé », mais qui pourtant peut sembler si commun au sein de l'expérience quotidienne de tous, au sens où il se résume le plus souvent à travers une hégémonie de lieux communs.

Ce qui nous intéresse, c'est le vécu expérientiel et situationnel de l'homme face à l'événement de la maladie, ce qui le rend chaque fois étranger à lui-même dans la préoccupation subite qu'il encourt, alors qu'hier encore, il bénéficiait d'une santé qui le rendait oublieux de lui-même et disponible aux diverses tâches qui meublent sa quotidienneté. Un homme marche l'hiver pour se rendre au travail, s'en allant vers une destination qui justement trouve son sens parce qu'elle rythme le quotidien. Il a cependant ce vague souci ce matin, cette arrière-pensée d'une météo qui nous prévenait de la possibilité de glace au sol. Prévoyant, notre marcheur enfile ses meilleures bottes à crampons, un geste qui ponctue aussi la quotidienneté, qui particularise cette journée grise comme bien d'autres si typiques de l'hiver. S'il fallait que malgré ses précautions il tombe et se casse la hanche, ou même s'il s'en tire seulement avec une entorse, son quotidien en serait quelque peu chamboulé, à l'image même de sa chute. « Les quatre fers en l'air », comme le dit l'expression, il voit tournoyer ciel et terre dans un renversement d'étourdissante peur, de ce vertige inopiné du fait de perdre pied. Oh ! Mais qu'est-ce qui m'arrive ?angoisse, brève stupeur en réalisant être tombé sur la glace. Y a-t-il plus de peur que de mal, peut-être ? Mais force est de constater qu'il a bien mal au dos et qu'une jambe lui fait très mal, même atrocement mal tout d'un coup. Le renversement sera aussi celui de la santé en maladie, du marcheur au bonheur affiché d'aller simplement au travail à celui d'un soudain et vif souci quant à sa santé immédiate. En effet, le voilà *sur le carreau* comme on dit, et ce pendant plusieurs semaines, voire des mois donc à ne vouloir tendre que vers une chose à travers une guérison parfois douloureuse et un retour aux tâches quotidiennes.

Être en maladie, cela peut aussi être vécu de façon lente et pernicieuse, telle une mélancolie saisonnière qui s'installe graduellement à mesure que le portrait d'une saison se précise, s'accroît : froid, grisaille et pluie automnale. Chez certains, elle ne fait qu'affecter un tant soit peu l'humeur, tandis que pour d'autres, elle chambarde les humeurs à un point tel qu'ils n'arrivent plus à suivre le rythme de la quotidienneté,



des petites et grandes activités, des tâches pour lesquelles notre soi est normalement si disponible. Leur attention s'en écarte pour faire place à une légère nausée<sup>2</sup> ou un semblant de vertige qui rend soucieux et préoccupé de toutes sortes de réflexions, raisonnements et doutes, le plus souvent improductifs et sans issues. Parfois, cela devient même une souffrante mélancolie, des pensées récurrentes, obsédantes, inextricables. C'est la dépression saisonnière qui déclenche ce mal-être. Tout ne fait que ramener à ce soi soucieux, sans pouvoir lui échapper. Là aussi, on vise la guérison ; on consulte pour réintégrer la marche du quotidien. La mélancolie pathologique est caractérisée par une restriction, une lenteur à s'exécuter, même face aux plus petites formes d'hygiènes personnelles. Le *hic et nunc* est problématique, on a l'esprit ailleurs, il n'y a plus d'allant. Le soi est comme surdimensionné, il obstrue notre horizon, il limite le champ de nos possibles. La dépression est la pathologie qui évoque peut-être le mieux, selon nous, le soi surpréoccupé qui se relance lui-même dans un questionnement incessant. Certains auteurs (dont notamment Réal Labelle, psychologue spécialisé en dépression de l'Hôpital Rivière-des-Prairies) aiment bien définir la dépression, entre autres choses, comme cette incapacité à se construire un avenir. L'avenir est bouché... C'est certes ce que l'on remarque dans les cas de dépression majeure.

Enfin, la maladie peut apparaître dans ses formes les plus graves, celles qui menacent la vie même et acculent le soi à l'angoisse d'une mort possible, voire imminente. Le quotidien apparaît alors comme un lointain rêve de guérison, un souvenir comme seule base d'espérance. Cancéreux et suicidaires ressentent, bien que de manières différentes, avec des causes différentes, une réelle perte d'espérance en la vie. Pour les cancéreux, la vie leur échappe, alors que pour les suicidaires, c'est le besoin oppressant d'échapper à tout prix à la vie, d'en finir avec elle.

---

<sup>2</sup> Allusion à l'exploration du mal-être dans le célèbre roman de Sartre « *La Nausée* » et dont le titre initial devait être « *Melancholia* ».

C'est donc ici un essai descriptif et existentiel que nous nous proposons de rédiger afin d'aborder la santé comme phénomène ressortant de l'appartenance même de l'homme à un monde. Pour cet essai, nous nous sommes inspiré de la manière de penser et d'évoquer l'homme dans son rapport au monde de Martin Heidegger ; il est déterminant pour l'origine même et les ressources théoriques de la psychologie phénoménologique existentielle telle que nous la connaissons aujourd'hui. Celui-ci situe toujours l'homme en son *être-au-monde* (Heidegger, 1986), c'est-à-dire aux confins du sujet et de l'objet, toujours en situation de vie. Ultimement, le but est de comparer et de décrire l'expérience du bien portant face à celle du malade, et dans la vie courante, leur horizon de vie respectif. Nous ferons cette étude en ayant à l'esprit que l'un et l'autre appartiennent à un monde auquel *intentions* et désirs, appels d'une signification implicite au vécu, sont constitutifs de leur propre vécu et de l'empreinte de leur participation à un *monde-de-la-vie*<sup>3</sup>.

C'est ainsi qu'il faudra considérer le vécu du malade dans son relatif degré de participation à la vie : par exemple, le patient souffrant cloué au lit ou l'autre malade qui a une mobilité fort restreinte. Nous pourrions également évoquer un exemple lié aux restrictions psychiques d'un malade gravement dépressif chez lequel est présent un ralentissement psychomoteur significatif. De ces deux cas (mal physique ou mal psychique), ce qui demeure et nous intéresse en particulier, c'est le fait qu'un horizon de la santé, une quotidienneté plus investie et un rapport des plus confondants à ce *monde-de-la-vie* leur échappe. Que ressentent-ils, ces malades ? Un deuil progressif à faire quand la maladie perdure ? Ils sont moins disponibles, d'une part face aux possibilités d'un monde, et, d'autre part, à l'accès à une vie qui, si elle n'est pas

---

<sup>3</sup> Concept initialement husserlien disant essentiellement que « ce monde de la vie est le monde spatio-temporel des choses, telles que nous les éprouvons dans notre vie pré- et extrascientifique, et, au-delà de cette expérience, telles que nous savons qu'elles *peuvent* y être éprouvées. Nous avons un horizon de monde en tant qu'horizon d'une expérience possible des choses » (Edmund Husserl, 1989). Concept qui sera élaboré davantage au sein des problématiques et questionnements soulevés par Heidegger, son élève.

forcément bienheureuse, est certes plus insouciante (le bien portant se pose à l'évidence moins de questions sur sa propre santé). Celui-ci, d'ailleurs, serait plutôt dans une certaine constante de santé qui lui confère une riche disponibilité à tout, au sens où il y va de ses intentions mêmes de diriger ses intérêts grandissants ou non pour ceci ou cela, ou de l'appel de sens qui le convoque pour ceci plutôt que pour cela, de ce qu'il cultive comme étant le rythme de vie qu'il souhaite et dans lequel il se reconnaît le mieux, en accord avec ce qu'il est. Au mieux, il en vient le plus souvent à oublier la question de la santé qui est *a contrario* si préoccupante et actuelle en situation de maladie. Pour ceux qui voient disparaître la maladie dans leur vie, qui « recouvrent la santé » comme on dit, cela relève tout simplement du prodige<sup>4</sup>. C'est que, tout comme nous le mentionnions plus avant, et c'est ce qui rend cette question de la santé plutôt indéterminable, et donc indéterminée en soi, la santé ne peut être évoquée qu'indirectement, en tant qu'absence de maladie<sup>5</sup>. La santé est-elle assimilable à ce qu'elle permet, c'est-à-dire disponibilité<sup>6</sup> et accès à un plus vaste horizon de vie ?

Le patient qui est en voie de guérison reprend tranquillement le chemin de cette ouverture au monde que représente la quotidienneté, oubliant ainsi, bien que jamais de manière absolue<sup>7</sup>, ce qui avait été dans la maladie : contraintes, inquiétudes et douleurs qui, selon la gravité ou le type de maladie, accompagnent les aléas de l'épreuve vécue. Une nuance qui se révèle importante pour notre compréhension et

---

<sup>4</sup> « Ce n'est pas tant la maladie qui est insolite, mais bien plus la santé qui est prodigieuse » (Gadamer, 1998).

<sup>5</sup> Être en santé, c'est aussi moins se préoccuper de la question même de « C'est quoi en fait la santé ? ». Il faudrait également mentionner ici que l'OMS (Organisation mondiale de la santé) s'éloigne de ces propos lorsqu'elle prône dans sa définition de la santé qu'on ne peut réduire celle-ci à la seule absence de mal ou de maladie. Notre point de vue ne va pas particulièrement en ce sens, elle poursuit donc une originalité qu'elle prétend bien vouloir apporter à la question.

<sup>6</sup> Nous verrons au fil de cet essai un concept heideggérien incontournable, celui de « transcendance », pour signifier les intentions ou les actes constitutifs de l'*être-au-monde*.

<sup>7</sup> Au sens où le souci accompagne toujours l'homme comme existant.

qu'il nous faut ponctuellement rappeler dans cet essai est que toute épreuve de la maladie et des aléas de la pathologie se vit aussi, comme nous le mentionnions, dans le monde, en *situation*, et a donc toujours ce caractère d'expérience vécue pour l'homme, aussi restreignante et limitative qu'elle soit. Le malade se retrouve, le plus souvent, face à lui-même dans l'épreuve de sa souffrance humaine. Cela prend la forme d'une surpréoccupation qui l'interpelle au plus profond de son être ; c'est une angoisse<sup>8</sup> existentielle dans ses aspects parfois les plus éprouvants et, dans certains cas, l'appel final, une inexorable mort. Dans la maladie exacerbée, justement car la question de la mort se pose, que ce soit par un grave et terrifiant cancer ou par une dépression profonde traversée d'envies suicidaires irrépressibles, l'expérience des malades serait celle d'une bruyante hypertrophie de soi, alors que la santé serait assimilable au *silence*<sup>9</sup> et à l'oubli de soi. La santé pourrait alors être évoquée comme la maison sise sur ses bases solides et un monde s'ouvrant sur des préoccupations quotidiennes alors de l'ordre de projets à venir, d'intentions, de possibles. Nous voulons décrire le phénomène de la santé en étudiant ce qui la maintient, et qui est inapparent en soi, base invisible d'une bonne santé, tel que lors d'une rémission, et qui constitue un retour progressif vers un certain oubli de soi qui se trouve à être salutaire. Tomber malade, *a contrario*, nous plonge dans une expérience d'inquiétude et d'angoisse : « Être en bonne santé c'est pouvoir tomber malade et s'en relever », disait Georges Canguilhem (1943), cherchant à décrire l'expérience du bien portant.

Cet essai de psychologie existentielle se veut donc descriptif de l'expérience de l'homme en bonne santé. Il se veut près de l'expérience quotidienne du bien portant,

---

<sup>8</sup> « Une bonne grippe n'angoisse pas nécessairement, mais elle referme pour un temps le mouvement de transcendance et oui, occupe notre quotidien, obsède un peu nos pensées et nos sensations, nos déplacements aussi » (Christian Thiboutot, commentaire sur l'essai doctoral, 2015).

<sup>9</sup> Tout comme cela est évoqué pour le corps en santé en tant que *silence des organes*. Il est à remarquer que, du moment qu'aucun symptôme bruyant n'interpelle médecin et praticien, tout semble en apparence bien aller. C'est bien souvent d'abord le patient ou l'analysé qui est en mesure de signifier ses préoccupations ou non à ce propos.

mais aussi du monde vécu du malade, dans cette appartenance concrète et situationnelle à un monde, selon toutes descriptions qui viendront nous éclairer sur le sens même de cette santé en tant que revers phénoménologique de la maladie. C'est ainsi que Hans-Georg Gadamer présente notre expérience quotidienne de la santé et de la maladie, la situant d'emblée ainsi « parce que nous sommes », nous, bien portants ou non, « capables de santé et de maladie » (Gadamer, 1998). Il entend ici que la santé et la maladie sont toujours vécues à partir de l'homme dans son horizon de vie, qu'elles sont inhérentes à son expérience, qu'elles ne sont pas hors de lui et objectivables. Elles constituent pour lui des possibilités d'être ; chacun peut rendre compte du sens comme de son expérience subjective vis-à-vis celles-ci. C'est à son expérience qu'il se rapporte et par celle-ci qu'il s'y comprend comme homme. L'être est capable de santé *et* de maladie. En fait, l'expérience de la maladie n'est bien sûr pas moins propice à toutes descriptions phénoménologiques, mais elle est simplement autre dans son accès au monde ou en référence au concept heideggérien de transcendance nommé plus haut, et qui tient à l'expérience de l'homme dans le monde, à l'intersection de l'homme et de son monde. Au demeurant, et pour quiconque s'intéresse à la santé, on ne pourrait seulement décrire ce rapport au monde du bien portant que comme un phénomène de disponibilité, sans toutefois évoquer les particularités de cette limitation ou de ce glissement vers une possibilité limitée d'horizon de vie qu'est la maladie. Nous verrons comment cet horizon apparaît réduit quand un simple fiévreux se découvre soudainement quelque peu étranger à lui-même, confiné à son lit, ne pouvant faire d'autre constat que ce en quoi cette perte de mobilité impliquera existentiellement pour lui, alors que quelques heures auparavant, cette journée semblait aussi prometteuse que toutes les précédentes. Quant à la maladie mentale, bien qu'elle engendre une tout autre expérience, elle aussi demeure tout autant, de par l'optique existentielle de cet essai, au nombre des situations toujours vécues à partir de l'existant. Déjà, dans un regard plus conceptuel, nous pensons que la maladie comporterait une transcendance appauvrie. Ce dernier concept doit être vu comme évoquant la velléité d'appartenance à un monde dans la

transcendance<sup>10</sup> (Heidegger, 1986) et de ce que Heidegger nomme autrement l'« être-là » (1986). Ce concept heideggérien d'« être-là » (en allemand « *Dasein* ») dit essentiellement que l'être de l'homme n'est pas substance, mais se pose comme radicale excentricité, se trouve tourné vers le monde dans des projets et possibles, donc « là », à la façon dont il serait bien indissociable du monde.

Ainsi, selon le statut de notre santé, nos actes quotidiens trouveraient sens et rythme, résonance à l'aune même des tâches quotidiennes qui nous convoquent et forment l'habité de tout homme dans son rapport au monde.

On voit donc mieux maintenant de quelle santé on parle ou comment, dans sa globalité, on entend prendre en compte l'expérience de celle-ci dans cet essai : le regard nouveau, l'angle particulier que nous voulons y apporter. Déjà, nous savons qu'une perspective de psychologie existentielle présentera d'emblée la santé dans ses aspects phénoménologiques plutôt qu'explicatifs, dans une mise en mots traduisant le phénomène en étant médiation de l'expérience vécue. En nous référant à un ouvrage essentiel, qui est en fait un ensemble de conférences colligées présentées par Gadamer à un public composé essentiellement de médecins (*La philosophie de la santé*, 1998), nous voulons explorer le caractère indicible ou phénomène implicite de la santé, nommé dans ses manifestations phénoménologiques comme au sein de nos situations quotidiennes. La santé est tout autant un concept vulgaire, familier, ressorti de nos expressions les plus communes ; un concept qui ne tient parfois, au bout du compte, qu'au mot « santé »<sup>11</sup>. Autrement dit, faire souhait de santé, *toaster*, boire à

---

<sup>10</sup> Nous reviendrons sur l'explicitation de ce concept suite à cette introduction.

<sup>11</sup> La santé ne serait-elle qu'un mot ? Un mot bien vide de sens, concept sémantique disant qu'un espace sans maladie s'est ouvert ici. Dès lors que tout va mieux pour un patient, la santé serait plutôt ce qui se cache et agit derrière, tout à fait mystérieuse dans sa capacité même de soutenir une existence d'ouverture, tournée vers un monde et peut-être principalement reconnaissable à l'espoir. L'homme en santé a, entre autres choses, ceci de particulier : il peut surtout se mettre à espérer tout à la mesure des fantasmes et des projets qui l'habitent.

la santé de... voire user du terme « santé » dans un texte de recherche médicale ou dans tout essai psychologique, que cela suppose-t-il ?

Gadamer nous inspire en ce sens lorsqu'il dit de la santé qu'elle « se cache » (1998) et, pourrait-on ajouter, qu'elle ne saurait être mesurée ni enfermée dans un concept, mais qu'elle demeure bien seulement qu'entraînée dans notre rapport mondain, c'est-à-dire en situation expérientielle. C'est d'emblée qu'elle se prête à une analyse sous l'angle expérientiel, bien qu'implicite : la santé, en effet, est difficile à cerner et apparaît avant tout comme quelque chose de vécu. C'est pourquoi une psychologie phénoménologique est appelée à l'évocation du vécu de toute personne en bonne santé ou de cette épreuve de restriction que serait la maladie.

Nous croyons même qu'elle ne saurait être abordée autrement, sinon c'est un mot vain ou tributaire de cette panoplie de lieux communs à son endroit, et qui pourtant ne semblent pas vouloir disparaître de sitôt de notre corpus langagier ou lexical. Non, « la santé a le sens de l'abri » (Gadamer, 1998) pour retourner à nouveau à cet étonnement de Gadamer devant cette force latente de la santé. S'il est une image qui nous vient, c'est celle d'un pilier, d'un socle, ou d'assises soutenant tout un horizon de vie : la possibilité alors de se définir soi-même dans ses tâches et ses projets, d'adhérer à un sens au sein même des pratiques quotidiennes. À l'inverse, la maladie est un sol incertain, tremblant, une avenue bruyante où l'on ne se reconnaît plus soi-même à cause de ce chemin qui nous est fatalement imposé, par là où nous sommes *tombés malades...* Le premier effet de la maladie est, nous le remarquons tout de suite, de nous rendre progressivement indisponibles aux autres et au monde, toute familiarité de nos vies faisant place au souci, si ce n'est pas à l'angoisse. Les conséquences sont d'être moins ouvert à l'autre et à toute possibilité du monde ambiant. Notre monde s'est donc rapetissé et il ne reste plus qu'à attendre patiemment que la maladie passe. C'est aussi dans ces moments que la maladie devient une expérience psychologique différente, faite de contraintes et de retours presque

incessants dans le boudoir restreint de la surpréoccupation de soi<sup>12</sup>. Gadamer dirait, malgré tout, que ce n'est évidemment pas tant la maladie qui est funeste que la santé prodigieuse (1998) ; celle-ci qui, une fois recouvrée, et pour l'exprimer en d'autres termes, s'en trouve lumineuse en soi, éclaire un destin à réinvestir, à se réapproprier.

L'expérience du bien portant en serait donc une d'ouverture à tout ce qui constitue plus largement le quotidien, oscillant entre un relatif souci et l'espoir, l'atteinte d'une meilleure harmonie de vie<sup>13</sup>. Mais notre idée de la santé tient compte de ce triomphe prodigieux de la santé et de ce fondement imperceptible qu'est l'harmonie latente de la santé, compréhensible, saisissable dans sa force, et subtil de par cette image éloquente d'Héraclite que rapporte Gadamer pour mieux qualifier le brio camouflé de cette performante santé cachée : « L'harmonie latente est toujours plus puissante que l'harmonie patente »<sup>14</sup> (Gadamer, 1998).

S'il est un apparent paradoxe dans notre essai, c'est bien le fait que pour évoquer cette santé cachée, nous voulons des exemples dans le champ du vécu et de l'expé-  
rientiel, des études de cas et des situations cliniques, voire une littérature capable d'évoquer, par la métaphore même de l'œuvre, cette agissante santé souterraine ou bien de la perte de ce sol et le fait d'un horizon plus court dans la maladie. Ces situations de vécu traduisent l'absence de cette harmonie profonde et latente. La maladie est comparable aux bruits des organes, à une dysharmonie patente, comme il en va de la santé psychologique où l'on imagine la tempête interne des symptômes psycho-

---

<sup>12</sup> Nous parlerons donc ici du soi existentiel, de ses interactions avec l'environnement et de ses rapports interpersonnels.

<sup>13</sup> Pour Heidegger (1986), l'angoisse n'est jamais évacuée de l'expérience humaine, elle est même fondamentale ou concomitante à l'expérience du soi (comme souci de soi), alors la santé ne peut être réduite à un simple bonheur ou mieux-être, elle est aussi relatif souci ou, si l'on veut, relatif oubli de soi.

<sup>14</sup> Ce qu'il entend ici est le fait que si une santé est souvent plutôt décrite comme patente, cette santé dont l'équilibre nous est caché, nous en bénéficions d'autant plus qu'elle est voilée à toute perception ou conceptualisation. En fait, ce que dit Héraclite de par ces termes, c'est qu'il est bien plutôt de puissance dans l'harmonie cachée, silencieuse, ineffable.



logiques ; tout cela est à contresens de l'oubli de soi et de la transcendance dans l'expérience même du monde<sup>15</sup>. La maladie a pour effet direct de nous faire perdre d'emblée un rythme assimilable en soi à un quotidien plus accessible.

La santé explorée comme relatif oubli de soi est alors ressentie comme une certaine aisance et disponibilité au quotidien. Elle nous permet ce passage rythmé, soit la possibilité de pivoter, d'aller d'une occupation prisée à une autre ou d'aller à la rencontre de l'autre<sup>16</sup>. En revanche, elle ne saurait, et d'ailleurs certains exemples nous permettront d'appuyer cela, être confondue avec un attribut souvent perçu comme synonyme de santé et qui est le fait même d'être fonctionnel. La transcendance, concept-clé de cet essai dont nous avons discuté brièvement en tant que trait important, voire la condition même de l'homme en bonne santé, ne serait en aucun cas un synonyme ou un concept à réduire au seul facteur du travail et du fonctionnement social d'une personne. La preuve en est que, pourtant bien actif et fonctionnel, un individu qui s'identifierait trop *se noierait* dans le travail et désirerait surtout ne pas sentir des parties de lui-même trop en souffrance : ce comportement serait comme sa fuite unique au travers d'une mauvaise hygiène de vie et de santé précaire. Un autre exemple serait peut-être ce cadre narcissique qui, au travail, exerce une tyrannie certaine ou insidieuse sur ses employés. Nul ne peut remettre en question le fait qu'il fonctionne, qu'il se présente au travail tous les jours. C'est pourtant une opinion qui fait souvent sens commun. C'est quasi un truisme : il relève de la psychologie populaire, il est souvent véhiculé par les organismes de santé publique

---

<sup>15</sup> Ou mondanité : de ce qui rend compte de l'homme mondain et dont l'existence est *indivisée* de celle du monde (Christian Dubois, 2000).

<sup>16</sup> Le grabataire est à l'évidence peu mobile et, tout comme l'affligé psychologique, ils sont tous deux restreints dans leur volonté de faire ou de même parfois souhaiter rencontrer. Ne s'explique-t-on pas parfois l'attitude de quelqu'un qui nous évite ou s'impatiente à rien par une maladie ou certaines difficultés d'ordre psychologique en ce moment dans sa vie ? En gestalt, on parlera d'enjeux, par exemple des dilemmes de contact que l'on pourrait, et ce, sans mêler trop de choses, mettre en relation quelque part avec un certain intérêt qui ne se décroche pas à l'égard de soi dans la surpréoccupation de soi.

que santé et travail, « bosser », être fonctionnel, sont des attributs significatifs qui indiquent une bonne santé. S'il y a dans cela un brin de vérité, ne serait-ce que mécaniquement dans le fait de s'activer, de se tourner vers l'extérieur, d'investir une tâche, un métier, c'est en effet une façon de s'élever au-dessus de ses tracasseries et d'éviter tout ce qui, seul, est bien l'occasion de ruminer, voire broyer du noir. Si quiconque peut trouver dans le travail un répit et y affirmer sa personne sociale, avoir un rôle et s'oublier dans sa tâche, la maladie mentale et ses enjeux ne s'effacent pas pour autant, tout comme les deux exemples que nous donnions plus haut. Le souci qui en incombe subit tout au plus une modulation qui tient aux exigences et contingences mêmes du travail qui s'y substituent alors. Bref, « être occupé » est rarement un effet aggravant en soi.

Dans la maladie également, des nuances s'imposent, comme nous le soulignons plus haut. Une perte d'horizon ne tient donc pas seulement, aussi directe et éloquente que soit l'image concrète d'un cancéreux circonscrit au périmètre de son lit ou même d'une bien provisoire fièvre grippale qui fait de son lit son meilleur soutien. Non, cette perte d'horizon se trouverait partout où le soi s'en trouve surréoccupé ou exacerbé dans tous les contextes et ressentis de la maladie physique ou psychologique, ou de tous les soucis qu'elle génère, ayant pour conséquence de nous acculer à nous-mêmes.

Ce sont ces exemples et tout autre contexte particulier (selon la perspective et les idées présentées ici dans cette introduction d'une approche de la santé et de la maladie) que nous souhaitons évoquer, c'est-à-dire l'homme en situation dans la subjectivité de son expérience quotidienne face à la santé et la maladie. C'est aussi en cela que réside l'originalité du point de vue sur la santé qui sera développé dans cet essai.

Il en va donc tout autant du bien portant que de toutes ces personnes que sont, entre autres, les anxieux, les dépressifs, les obsessionnels, voire ceux qui vont jusqu'à s'imaginer la maladie ou croire la contrôler tels les hypocondriaques, nosophobes,

orthorexiques<sup>17</sup>, bref de tous ces petits et grands surpréoccupés de la santé ou de la maladie. Nous aurions aussi pu nous questionner de même sur une société qui, face à une angoisse<sup>18</sup> typiquement contemporaine, cherche à valoriser et à reproduire une idée de santé. Les autorités de la santé cherchent en effet à promouvoir une santé pour tous et incitent à s'en préoccuper davantage ; mais encore une fois, de quelle santé parlons-nous ? À l'extrême, on peut en faire un objectif rigoureux à la manière peu saine de l'orthorexique, mais s'en préoccuper simplement va aussi dans le sens contraire de l'oubli de soi comme rapport de l'homme à sa santé et, tel que nous l'avons présenté dans cette introduction, l'angle sous lequel nous tenterons d'explorer notre rapport à celle-ci. Paradoxalement à cette tendance contemporaine à l'égard de la santé, notre point de vue d'essayiste tendra plutôt à faire converger oubli de la santé et oubli de soi.

Être en bonne santé, c'est aussi oublier qu'on est en bonne santé<sup>19</sup>. Si cette introduction peut sembler extensive, elle aura, j'ose espérer, l'avantage de bien mettre la table pour la suite... De plus, plusieurs concepts jalonnent ce menu d'introduction et ils seront explicités en temps et lieu du propos de chaque chapitre.

---

<sup>17</sup> Ce n'est pas un diagnostic du répertoire psychopathologique du DSM-5, mais une façon de nommer les gens foncièrement obsédés par le calcul des calories et le choix « objectif » d'aliments jugés santé.

<sup>18</sup> De notre époque où tout se relativise dans la mondialisation économique, la difficile recherche de sens peut pousser certains à être braqués sur la recherche d'une santé supérieure et du fait de vouloir faire reculer la mort, bien que d'autres évoqueront que nos vies manquent de sens parce que le religieux est évacué. Certes, une angoisse actuelle trouve refuge dans une surpréoccupation de la santé.

<sup>19</sup> On pourrait nommer aussi, qu'ultimement, c'est aussi l'oubli de la mort. Dans la jarre renversée de Pandore, métaphore qui sera explorée du *tomber malade...* de tout ce qui en sort, il ne va rester qu'une seule chose à l'intérieur : *la connaissance de l'homme de l'heure de sa mort.*

## CHAPITRE I

### LA SANTÉ COMME RELATIF OUBLI DE SOI

#### 1.1 La santé en psychologie : perspective existentielle

L'exploration du phénomène de la santé commencée dans ce chapitre liminaire a pour cadre de référence la psychologie existentielle. Celle-ci est elle-même l'héritière d'une tradition phénoménologique existentielle telle que nous la connaissons aujourd'hui dans l'application de son domaine de psychologie clinique. Ses origines théoriques peuvent être qualifiées de récentes si l'on se rapporte à l'histoire séculaire de la philosophie. En effet, la « philosophie de l'existence », en comparaison avec la connaissance philosophique et sa longue tradition, apparaît au tournant du XXe siècle. Des thèmes comme l'angoisse, chez un penseur comme Kierkegaard, sont grandement privilégiés. L'angoisse trouve, par la suite, des fondements phénoménologiques dans l'œuvre inspirée et rigoureuse, historiquement marquante dans le champ de la philosophie, du phénoménologue Edmund Husserl<sup>20</sup>. En revanche, se sera avec Heidegger, son élève le plus prometteur, que les préoccupations de l'existence et du facteur humain de l'angoisse réapparaîtront dans leur rapport essentiel, concomitant, au *monde-de-la-vie*.

---

<sup>20</sup> Il est à noter qu'Husserl développera la perception et la phénoménologie ; il n'élaborera pas sur l'angoisse. Cependant, pour Husserl, et tous ceux qui par la suite s'inspireront de ses idées et principes, l'expérience vécue en sera le fil conducteur.

En effet, comme nous le mentionnions auparavant, notre aperçu existentiel d'une bonne santé en psychologie humaniste doit s'inscrire dans ce rapport où l'homme se présente comme ouverture et projets d'être. La quotidienneté évoque bien cela comme image de nos préoccupations dans un rapport au monde, à travers nos divers engagements et tâches, ambitions humaines et donc comme projets d'être<sup>21</sup>. La santé est un phénomène de l'ordre de l'expérientiel et du vécu des situations qui nous éprouvent. Nous allons tenter de mieux cerner ce rapport étroit de l'être inscrit dans son quotidien, de cet être-au-monde donc où le bien portant trouve plus aisément à s'y confondre que le malade en retrait de ses possibles et dans la limitation quant à son horizon de vie.

Qu'entendons-nous d'abord par la question de l'être et de son rapport à l'homme quand celui-ci s'angoisse ? Quand la maladie est un catalyseur de cette angoisse et de la question fondamentale « Qui suis-je ? » à l'égard de notre existence, alors que semble-t-il, la santé a la vertu de nous en éloigner ? Et qui permet son oubli au point même où toutes ces questions concernant la santé (« C'est quoi la santé au juste ? », « Quelles en sont ses représentations ? », « C'est quoi "recouvrer la santé" ? », etc.) sont, sinon obsolètes, devenues soudainement moins préoccupantes ou importantes en soi ?

Cet essai entend évoquer l'homme *en situation* de bonne santé et de maladie, donc de faire une description phénoménologique<sup>22</sup> d'une santé plus en lien avec le monde de la quotidienneté versus la réclusion restrictive consécutive à la maladie. C'est bien ce que nous tenterons d'aborder dans la suite de ce chapitre.

---

<sup>21</sup> Ne sommes-nous pas tous des êtres-en-projet ou en projet d'être ceci ou cela ? À entendre comme possibles et horizon de l'existant, voire comme projet concret.

<sup>22</sup> Ce qui apparaît dans l'expérience est perçu, et donc pas au sens d'une analyse empirique.

L'exploration de la santé ayant pour cadre de référence une psychologie d'approche existentielle tient d'une philosophie du même nom qui a fourni les bases conceptuelles et thématiques pour faire précisément apparaître l'existence humaine comme ce qu'elle est, c'est-à-dire comme transcendance vers le monde. Il en va ainsi d'une possibilité de transcendance du fait qu'a priori il y a une différence ontologique où, d'une part, *ce qui est* se nomme « étant »<sup>23</sup> et, d'autre part, l'étant (l'homme) *qui est la question*, le « Qui suis-je ? », et qu'à travers celle-ci l'homme apparaît comme un étant exemplaire (en vue de lui-même) tel que porté par cette question se rapportant à lui-même. Pour l'étant concret, la métaphysique ou la science cherche à en comprendre la nature ou l'essence alors qu'une psychologie existentielle va s'intéresser à l'homme dans le souci, voire dans l'angoisse du fait qu'il a son être à charge. En effet, l'homme est donc cet étant qui va réfléchir, se questionner et s'angoisser face à lui-même, son existence, sa *capacité* d'être malade, de vivre une pathologie qui l'interpelle et le met face à sa finitude et sa mort. Nuançons ici en prenant pour exemple une personne souvent fragilisée par des dépressions majeures récurrentes : elle n'est bien évidemment pas en danger de mort, mais sa simple limitation d'une dépression qui la freine en tout tient d'une expérience de limitation qui se raccorde à la mort comme rappel de fin de tout. Face à des dépressions récurrentes ou persistantes, qui sait si elle ne sera pas tentée de mettre fin à cette angoisse du souffrir ? Dans un texte de Winnicott, ce dernier s'exprime dans sa voie conceptuelle sur le suicide comme choix existentiel quand le *self* (vrai) est en défaut de santé, voire en danger d'anéantissement, explorant ainsi la duplicité ou revers vrai self/faux self d'un moindre état de santé à un état de santé « à un degré plus proche de la santé : le faux « self » a pour but principal de produire la quête des conditions qui donneront au vrai « self » la possibilité de recouvrer son bien. Si ces conditions ne peuvent être trouvées, le doute

---

<sup>23</sup> On dira alors étant intramondain : « La mondialité de l'étant intramondain, de sa conformité au monde » versus la mondanité de l'homme : « Le monde désignant ce qui intéresse nécessairement tout homme. Le monde n'est donc ni un contenant, ni un objet, ni un simple concept » (Vaysse, 2000).

intervient et le résultat clinique est le suicide. Dans ce contexte, le suicide est la destruction du “self” total pour éviter l’anéantissement du vrai “self” ».

La transcendance évoque pourtant bien que l’homme se mêle à l’étant (entendre : monde, phénomène, chose), qu’il a donc un monde et arrive, au sein de la quotidienneté la plus banale ou la plus affairée, à échapper un tant soit peu à la question qui le concerne fondamentalement et le distingue des autres *étants*. Avec cette distinction, l’homme est alors cet étant singulier (cet « existant ») au sens où il est ouvert sur lui-même (sur la question de son être même) et sur le monde, eu égard aux *étants* simples. Comme le dit Christian Dubois dans *Heidegger : Introduction à une lecture* : « La transcendance, c’est l’être-au-monde (l’homme) lui-même. L’être comme différent de l’étant “est” donc le transcendant par excellence, auquel, transcendant l’étant en tant qu’il comprend l’être – et peut explicitement élaborer cette compréhension » (Dubois, 2000).

## 1.2 Préoccupation quant à la question de l’être

Pour Heidegger (1986), l’homme est cet être capable d’aller au-delà de tout étant, et de se trouver là où l’ouverture est à la fois liberté, décision, choix, mais aussi, pour cela, capable de vivre une angoisse fondamentale. Transcender donc cette simple externalité des *étants* intramondains pour émerger face à sa vérité ou la question qui le concerne *stricto sensu*.

L’homme est ouvert au monde, est éclairé, c’est-à-dire peut aussi séjourner dans la vérité de l’étant qui se tient hors retrait. Il n’est donc pas éclairé par un autre étant, mais est lui-même éclaircie. Si une telle ouverture fonde la possibilité de compréhension, ce qui éclaircit et le rend ouvert à lui-même est le souci (Vaysse, 2002).

En effet, la question « Qui suis-je ? » part d’une angoisse ou y aboutit, et même si pas toujours explicite, elle ne peut être que sous-jacente à toute conscience réflexive en

psychothérapie. Cependant, comme les métaphysiques précédentes et la science avaient plutôt comme objet de réflexion le monde tangible, elles avaient su brillamment esquiver un rapport plus essentiel à la question de l'être. Pas seule « fautive », et toujours dans l'ordre, bien sûr, de ce point de vue ontologique<sup>24</sup> et phénoménologique de Heidegger (1986), qui lui sut remettre en piste toute la question de l'être : le scientisme fut encore plus « coupable » de ce penchant net, de cet intérêt rivé à l'objet du monde matériel qui oblitéra la question du sujet et de l'être<sup>25</sup>. C'est pour cette raison que Heidegger (1986) parlera d'une histoire de la réflexion philosophique alliant science et philosophie traitée de façon plus positiviste, qui aurait obscurci la question de l'être.

La question de l'être est aujourd'hui tombée dans l'oubli. L'impossibilité de définir l'être ne dispense pas de questionner sur son sens, au contraire elle y conduit impérativement. Nous ne savons pas ce que « être » veut dire. Mais dès l'instant où nous posons la question « Qu'est-ce qu'"être" ? », nous nous tenons dans une entente de « est », sans pouvoir fixer conceptuellement ce que signifie le « est ». Nous ne connaissons pas même l'horizon à partir duquel nous devrions en saisir et en fixer le sens. **Cette entente courante et vague de l'être est un fait** (Heidegger, 1986).

Sans vouloir réduire la portée historique et séculaire de toute investigation philosophique et scientifique, n'y avait-il pas un attrait quelconque, un certain bénéfique à vouloir tant échapper à cette question, qui soulève de façon conjointe angoisse et préoccupation quant à la question de l'être ? Enfin, on pourrait même aller jusqu'à présumer que le philosophe ou le scientifique, en évitant la question de l'être, se préservent eux-mêmes de la mauvaise santé du souci rattaché à la question de l'être (ne pas ruminer, s'astreindre à une conscience réflexe qui incluait la question de

---

<sup>24</sup> Est relatif, qui se rapporte à de l'être.

<sup>25</sup> C'est aussi là un fait essentiel qui tranche entre le caractère spécifique d'une approche psychologique existentielle de la santé d'une autre, tout aussi louable dans sa cohérence comme ses fondements et ses paramètres de recherche scientifique, d'une psychologie moderne qui voudrait répondre à la question de ce que l'on entend par ce terme/concept « santé », donc à partir des fondements épistémologiques scientifiques qui se verraient, par exemple, intéressés à la santé comme objet *stricto sensu*.



l'être). Ils la chassent plus ou moins consciemment<sup>26</sup> de toute tâche de réflexion. La bonne santé serait-elle donc aussi une des conséquences heureuses de toute une culture de « l'oubli » qui traverse les siècles ? Sans parler de santé, l'oubli est certes au cœur du propos soutenu par Heidegger (1986) lorsqu'il suggère, dès les premières pages de son œuvre la plus connue (*Être et temps*), cette antithèse proposant un nécessaire réveil quant à la question de l'être. Encore une fois, nous ne voulons en rien réduire tout ce qui entoure ce débat essentiellement philosophique, mais seulement mieux façonner l'introduction, ici, d'une perspective psychologique existentielle de la santé de ce chapitre, tout en rappelant ses fondements ontologiques. Mais, comme nous l'avons vu, cela peut tout autant être à l'origine d'un débat psychologique (où le problème concerne plus cet éprouvé de la condition humaine) qui, selon notre propos, serait relatif à la surpréoccupation de soi. La réflexion sur l'être de l'homme, sur ce qui en constitue le sens et le fondement, est, sinon à la base de la psychologie existentielle, étroitement liée au regard particulier que nous voulons avoir sur le phénomène de la santé.

Cela revient-il à dire, en prenant l'exemple simple, mais très évocateur qui suit, que du fait de demander tout bonnement à quelqu'un « Qu'est-ce que le bonheur pour vous ? », on augmenterait *de facto* l'inquiétude et le souci chez lui ? On le sortirait de sa relative quiétude de l'oubli de soi. À cette question, qui soulève l'enjeu d'un bonheur tant recherché de tous, il pourrait, bien sûr, trouver à rétorquer en boutade, et s'il a moindrement de l'esprit, « Je ne sais pas, mais avant que vous me le demandiez, j'allais bien... ». Cette simple question, ce qu'elle soulève (la quête du bonheur,

---

<sup>26</sup> Il semble bien que l'oubli de la question de l'être apparaisse plus comme une manœuvre inconsciente, bien à la façon que le bien portant ne s'en trouve que mieux en s'occupant d'autre chose que de lui-même, ce qui, dans les exemples extrêmes de mauvaise santé d'un dépressif grave ou d'un grabataire ayant un cancer, pour prendre ces exemples, est franchement difficile. Cela étant dit, le malade, s'il ne se penche pas sur la question de l'être comme tel, est philosophe personnel de sa condition au sens où il est à la fois préoccupé par la recherche d'un mieux-être et confronté à la finitude relative à une santé précaire, que ce soit le lourd pessimisme du dépressif ou la terreur d'un cancer qui menace une vie.

d'ailleurs souvent perçue comme inaccessible), interpelle tout autant un quidam au quotidien que l'esprit rigoureux d'un philosophe cherchant lui aussi à esquiver la question de l'être. Ce qui fait que si tous deux peuvent éviter une angoisse existentielle sur le bonheur, ils ne peuvent que s'en porter mieux.

Selon notre idée d'une santé qui se mesurerait à l'oubli même de la préoccupation qu'elle suscite, nous citons cet autre exemple : des convives trinquant et se souhaitant les bons vœux et surtout, comme c'est souvent la tradition, une bonne santé ! Pour un bref instant, ce geste, pourtant heureux et spontané, nous rappelle bien que le fait de cette santé si précaire, la question même de sa bonne continuité, suscite une mince angoisse en soi qui se trouve vite annulée par l'accolade. Cette santé est mystérieuse, et pourrait-on même dire puissante, à la mesure, même proportionnelle à son oubli, de cette santé qui a le sens de l'abri. Évoquer la santé dérange donc, mais, bien évidemment, parler d'emblée de la maladie est très impopulaire, tout comme de s'épancher sur nos problèmes psychologiques ou faire part aux autres des limitations et frustrations rencontrées dans nos vies. Soulever simplement la question d'intérêt philosophique ou populaire de ce bonheur toujours inaccessible jette déjà une ombre dans toute conversation un tant soit peu enjouée, vient même assombrir une soirée ou briser le rythme tout en joie d'une célébration des plus conviviales, pour ne pas dire déjà empreinte de son oublieuse festivité. Bref, certaines questions sont intempestives. Cela révèle, peut-être, qu'on ne veut tout simplement pas de ce rappel à l'être ou à soi dont le rapport aiguise la surpréoccupation, contingent de nos limites humaines et de nos angoisses, de la maladie et de notre fin inexorable qu'elle rappelle éminemment.

### 1.3 De l'oubli de l'être à l'oubli de soi

« Mais l'oubli est-il une dysfonction, une distorsion ? » N'y a-t-il pas un oubli ordinaire qui se passe dans « le silence des organes », qui relève plus d'un savoir biologique organisé, mais d'une herméneutique de la condition humaine, c'est-à-dire qui dit quelque chose sur la fragilité de l'homme ? (Philibert Secretan)

Il y a toute une histoire de l'oubli de l'être qui vient étayer notre regard phénoménologique de la santé, cela semble clair. Comment cela se traduit-il au mieux d'une psychologie existentielle et des situations de l'existence qui, au quotidien, l'évoqueraient ? À la faveur d'un concept tel que l'« oubli de soi » dans la mire duquel le phénomène de la santé serait vu ? L'effet de la santé, principalement la qualité induite de disponibilité à un monde vécu, est tourné vers un monde, alors même que cette santé se cache, non pas en tant que « substance », mais parce qu'elle sous-tend un monde ouvert, une fois que sont éloignés les bruits des symptômes et la pathologie par son caractère préoccupant. Ce silence de la santé n'est donc pas à débusquer, au sens empirique des choses, si nous prenons l'expérience quotidienne du cabinet (que ce soit le médecin ou le psychologue praticien) quand le patient recouvre la santé et qu'apparaît ce prodigieux et mystérieux équilibre<sup>27</sup> perceptible grâce à la

---

<sup>27</sup> Cet équilibre fondamental qui nous échappe est étudié par Georges Canguilhem et Kurt Goldstein, malgré des approches qui diffèrent pour chacun de ces auteurs. Pour Canguilhem (2000), le retour à un équilibre de bonne santé est un fait qui ne regarde que la nature, qui est même subjectif à cet organisme ou à cet individu, tandis que Goldstein (1983), dans sa vue holistique de l'être-organisme, suppose le fait de constants ajustements compensatoires dans l'organisme. En fait, dans *La structure de l'organisme : Introduction à la biologie de la pathologie humaine*, un ouvrage à la fois connu et marginal de Kurt Goldstein, celui-ci y évoque en effet une singularité métabolique, voire une adaptation organique de chaque système biologique. Tous deux seraient probablement d'avis que le clinicien assiste le patient du mieux qu'il peut, fait ce qu'il a à faire en attendant que la nature, le corps ou le psychisme retrouve son *equilibrium* : « La maladie n'est pas seulement déséquilibre et dysharmonie, elle est aussi, et peut-être surtout, effort de la nature en l'homme pour obtenir un nouvel équilibre. La maladie est réaction généralisée à intention de guérison. L'organisme fait une maladie pour se guérir » (Canguilhem, 1950). Gadamer se situe évidemment ailleurs de par son approche herméneutique existentielle, mais ce ne sont là que deux autres façons d'évoquer encore

régression des symptômes. C'est souvent en y allant de ce commentaire adressé au patient que la séance clinique, à peine débutée, trouve à se conclure : « Alors, comment vous sentez-vous ? » Le praticien invite le patient à lui faire part de son sentiment de préoccupation ou non quant à sa condition. Plus concluant encore sera lorsqu'à sa sortie de la clinique, le patient mettra déjà derrière lui cette dernière rencontre et ce long et éprouvant séjour à l'hôpital pour se *retourner* vers le monde de la quotidienneté dans lequel il retrouvera ses semblables affairés, et lui les habitudes qu'il avait oubliées, ainsi que les lieux familiers qu'il habitait ou aimait fréquenter. Recouvrer la santé, c'est être moins soucieux de celle-ci. À la limite, c'est être différemment préoccupé dans la possibilité de la substituer à toutes autres préoccupations des choses et des habitudes qui nous convoquent. C'est renverser l'étrangeté suspecte de la maladie par le familier rassurant de la quotidienneté. La santé est donc cette base à partir de laquelle le monde peut être regardé, où tout est à situer dans un vaste horizon de possibles. Le retour à la santé, c'est de ne plus se trouver fragilisé par tous ces porte-à-faux des diverses formes de maladies et de pathologies, mais, au contraire, de retrouver ce que nous sommes quand cette santé cachée dissipe en grande partie la tendance à la prostration de soi associable au plus grand souci. C'est ce qui fait que le patient regarde devant lui avec hardiesse, qu'il se porte bien, qu'il peut espérer, au sens le plus simple comme le plus large de cette expression.

L'homme qui recouvre la santé reprend le collet d'une quotidienneté perdue, et se trouve restitué un horizon comme un espoir dans des projets qui ont du sens pour lui. Il peut tout simplement espérer, par exemple, que demain il ne pleuve pas, ou se tourner vers un projet d'avenir porteur de sens. La santé peut être vue comme un synonyme d'espoir, car le malade est plus parcimonieux dans ses espérances : il souhaite d'abord ardemment guérir.

---

une fois notre rapport toujours sous-jacent à cette santé cachée. Et aussi, comment chaque fois la rémission s'avère un événement prodigieux.

Le passage de l'être au sens philosophique existentiel tel qu'il est élaboré spécifiquement dans la pensée de Heidegger, au soi qui s'oublie dans la quotidienneté, se trouve bien explicité par Jean Grondin (2007). Il y a, en fait, un double oubli : l'oubli de la question de l'être, au sens plus vastement repris dans l'histoire philosophique, et l'oubli de soi à un niveau plus individuel et psychologique, existentiel de l'homme en situation, à travers les vicissitudes de la quotidienneté et de son monde vécu.

De la santé comme de la maladie, les exemples les plus descriptifs doivent ressortir des situations les plus communes. Goethe disait que les phénomènes eux-mêmes donnent la leçon.

Le phénomène, c'est ce qui se montre vraiment au-delà des apparences empiriques. C'est l'objet dont on fait l'expérience. Le seul être dont tout l'être est d'apparaître... La phénoménologie veut fonder la pensée vraie sur ce qui est perçu (aperçu). Ainsi, le monde vécu est à la base du monde connu (Bouchard, 1995).

Ce n'est, d'autre part, pas le fait de s'en remettre non plus à certains lieux communs présentant la santé comme un mieux-être, un bien-être, un bonheur ou une jouissance bienheureuse de la vie. Nous tenons à rappeler que la santé n'est pas dépourvue de soucis<sup>28</sup> ni de préoccupations, que cela soit ressenti furtivement ou par excès comme une angoisse passagère qui soudain nous prend ; le bien portant n'en est jamais exclu, comme il n'existe pas d'oubli de soi si absolu qu'il conférerait ultimement à la sérénité. Nous observons, cependant, que s'il en vient à jouir longuement d'une bonne santé, mis à part de rares incidents de maladie, il tient celle-ci pour acquise, pour autant qu'il se trouve dans l'oubli de soi de cette santé qui perdure ; il surévalue cet

---

<sup>28</sup> Si la santé est occasion de réinvestissement de la quotidienneté, engagement de son être, transcendance ; l'homme ne se fuit jamais lui-même de façon absolue. Le souci veille à le rappeler à ce soi, à sa condition fondamentale d'existant préoccupé.

abri prodigieux. Une simple fièvre ne sera qu'un épisode contrariant au cours d'une longue séquence où, en effet, la santé lui sourit. Il n'aura, à force d'échapper à la maladie, qu'un faible respect de la chance qu'il a dans l'habitude du phénomène exceptionnel de la santé qui, mystérieusement tapi en coulisse de nos vies, soutient la scène même sur laquelle aspérités et possibles meublent nos préoccupations quotidiennes. On pourrait dire qu'elle *brille par son absence*, cette santé, dans l'effet produit de sa liberté et de l'horizon de possibles qui s'offre à tout homme jouissant d'une bonne santé<sup>29</sup>. Il en vient même à ne plus trop se poser la question de la vraie nature de cette remarquable bienfaitrice qui, comme les fondations mêmes d'une maison, invisibles sous la terre, ne nous intéresse plus à la longue, car elle n'attire jamais notre attention. C'est néanmoins de ce fond imperceptible que tout horizon de vie devient possible. C'est tout comme ce torse célèbre qui, dans le texte intitulé *Rilke's Archaic Torso of Apollo : About Coming into the Presence of a Work of Art* de Bernd Jager (2004), est l'anecdote de ce buste décapité, mais dont le torse permet malgré tout à tous visiteurs au musée d'évoquer celui-ci à partir de cette base. Il en va de même du socle sur lequel se portent toutes sculptures, complètes ou en ruine, ou du cadre entourant la peinture, du cahier d'un recueil de poèmes : nous en voyons préconsciemment l'utilité, mais on en vient à l'oublier dans la contemplation de l'œuvre. Ils agissent à notre insu, produisant ainsi la lumière essentielle à notre préoccupation contemplative. Ainsi, un homme qui affirmera avec une certaine fierté avoir une *santé de fer* n'évoque-t-il pas, pourrait-on penser, avoir presque une armure protectrice ? En fait, ne nous informerait-il pas plutôt à quel point il s'appuie sur un roc franc, une base d'où il voit tous les horizons ? Mais il ne mentionnera pas comment cette santé, si solide et si fiable et dont il bénéficie grandement, a plutôt cette autre qualité ou cet autre aspect phénoménologique de chercher justement à s'effacer pour faire place à cet horizon plus large où il peut se projeter comme existant.

---

<sup>29</sup> Par souci de dialectique et de rigueur, pourrait-on aussi se demander s'il n'y a pas des cas où le souci et la souffrance, muets, restent invisibles ?

Pour le bien portant, la santé n'est pas un sujet très populaire, et pour cause : elle perd son invisible portance dès l'instant que l'on en conteste le sens. Elle est forte du simple fait de ne pas trop s'apparenter à des sujets puissants comme la maladie, la finitude, la mort, et nos propres limites en ce monde. Tout cela ne peut que galvaniser négativement, faire grandir en soi un simple souci qui s'opposerait alors à une quiétude d'existence que l'on souhaite toujours ; elle prend alors un caractère qui interpelle, qui *dérange*. On voit comment, dans les soirées conviviales entre amis, ces sujets n'ont pas l'heur d'égayer l'atmosphère. On le remarque tout autant, sinon plus encore, dans des réunions protocolaires ou des rendez-vous d'affaires, contextes dans lesquels on cherche plutôt à se convaincre du bien-fondé de ses projets et de la valeur des ambitions que l'on chérit. Tous les soucis de santé d'un collègue sont alors des plus intempestifs, certes avec l'impulsion du moment de ces discussions qui ont pour but de relancer des projets, d'avoir de bonnes affaires à conclure. Tout cela parle des choses qui nous engagent, d'un horizon de réalisations. Enfin, il y a presque une éthique ici dans le fait que le sujet de la maladie est une sorte de pavé dans la mare ; il faut parfois choisir son moment opportun pour faire part aux autres de ce qu'on vit sur le plan de la santé. Aussi, dans toutes ces situations sociales où les anxieux expriment leurs soucis, ils osent aborder des thèmes existentiels en lien avec leurs inquiétudes face à leur santé. Ce sera d'autre part les dépressifs, les mélancoliques ou bien les hypocondriaques au discours plaintif : tous ceux-là ont vite fait de passer pour des rabat-joie impopulaires, qui pourraient se voir subrepticement ostracisés au cours d'une soirée mondaine ou une réunion cruciale, alors que dans un important dîner d'affaires les enjeux témoignent des contingences d'un monde extérieur où se porte l'action<sup>30</sup>. Nous n'avons pas l'intention de décrire ici un monde sans empathie et à ce point égocentrique qu'il pourrait choquer, mais d'évoquer au-delà, le besoin de

---

<sup>30</sup> De transcendance, là où le soi s'efface à même l'horizon du projet.

garder en fond ce phénomène bien indéterminé de la santé où il est à son mieux lorsqu'il agit en arrière-plan de toutes nos préoccupations et soutient précieusement notre engagement comme existant au sein du *monde-de-la-vie*. Moins on parle de la santé, plus elle semble sous-tendre silencieusement notre monde ; ce sont bien là deux mondes<sup>31</sup>. Par expérience, il est fréquent de constater que le sujet de la santé prend implicitement la forme d'un tabou. On entend dire à l'occasion, dans le désespoir face à une personne gravement malade et à qui il ne resterait que bien peu de temps à vivre, qu'elle est *dans un autre monde*<sup>32</sup>. Autrement dit, moi qui suis du côté de la santé, pour te comprendre, il me faudrait aller carrément du côté de l'expérience du malade. Le bien portant a bien sûr une idée des affres de la maladie, et c'est bien pour cela d'ailleurs qu'il la craint tant, qu'il tente de l'éloigner, de la taire en lui-même afin d'éviter d'en être trop préoccupé.

Le seul fait de franchir la frontière vers le territoire<sup>33</sup> de la maladie nous renvoie immédiatement à une surpréoccupation de soi et des questions visant notre propre existence conditionnelle à sa finitude. Petr Skrabanek écrit dans *La fin de la médecine à visage humain* que la santé n'est véritablement appréciée que par le grabataire souffrant ou par le malade en longue convalescence<sup>34</sup>, comme seul le prisonnier est en mesure de saisir toute la valeur de la liberté. Le malade est (par analogie, tout comme le prisonnier) conscient de l'exiguïté de son monde ou de son expérience faite de contraintes, et est passablement restreint dans l'horizon de son action.

---

<sup>31</sup> Ici, estompage serait plus approprié, car la maladie demeure, et ce jusqu'à la fin, une expérience vécue comme existant.

<sup>32</sup> Une manière d'évitement ou de ne pas toujours être envahi par la maladie et la mort est cette réaction commune des hommes pour qui la mort *c'est toujours pour les autres, l'affaire des autres*.

<sup>33</sup> Pour Susan Sontag (2009), dans son essai intitulé *La maladie comme métaphore*, elle voit chez une personne existentiellement capable de santé et de maladie deux nationalités. Ou, si l'on veut, du passage d'un relatif oubli de soi (santé) à une surpréoccupation de soi de plus en plus exacerbée (maladie).

<sup>34</sup> Pour le malade psychologique (dépressif, anxieux, paranoïaque, etc.), sa prison psychique prend dans son cas l'allure d'un phénomène de constante préoccupation et le fait de vouloir s'en sortir, d'aller mieux.



L'auteur et phénoménologue Van den Berg explore ce thème : son texte intitulé *Garder le lit – Essai de phénoménologie de l'alitement* est une longue description d'une matinée où la fièvre s'est installée. Le malade réalise qu'il est brusquement freiné dans sa folle course de vie par, si je puis dire, cette simple contravention donnée à la santé qu'est la conséquence d'un accès de fièvre grippale. Il donne, plus loin dans son texte, des exemples plus graves de véritables condamnations irrémédiables, jusqu'au lit de mort, que sont les maladies plus sérieuses comme le cancer. Il dressera également une véritable éthique prescrite à la visite auprès de ces grabataires chroniquement atteints, comme tact et respect lors des soins. Mais, comme tout bien portant qui ne veut pas se laisser préoccuper ou décourager par la maladie des autres, il avouait lui-même qu'au moment de la rédaction de ce texte il avait été plutôt épargné, jusqu'alors dans sa vie, par la maladie. Il n'en demeure pas moins que ce fiévreux provisoirement cloué au lit pour quelques jours est bien lui-même – et d'ailleurs, qui n'a pas eu un jour dans sa vie une de ces fièvres tenaces ? – et met habilement en figure la maladie comme expérience vécue présentée dans les menus détails d'une description phénoménologique. Il y décrit des contrastes, comme le fait que, tout juste hier encore, ne soupçonnant rien de cette fièvre matinale et étant comme à l'habitude particulièrement fringant, affairé, toujours aussi avide de projets. Bref, il se trouvait dans l'oubli de soi, on ne peut plus engagé dans le courant de la vie et du rythme même des événements qui la façonnent. Brisant inopinément ce rythme<sup>35</sup>, la maladie apparaît d'emblée comme un phénomène intrusif et étranger à soi. Elle passe la frontière de la santé, insidieuse comme un serpent. La santé apparaît alors au malade comme ce pays perdu, à la géographie immense, dans lequel il

---

<sup>35</sup> « Telle est la santé. Elle ne consiste pas à se soucier de plus en plus de soi, à être à l'écoute des moindres oscillations de son état et d'avalier des pilules contre les humeurs chagrines... (en l'occurrence, notre malade fiévreux)... de déterminer pour ce type de soins quel est le bon moment et quelle est la bonne dose. Nous nous approchons ainsi de plus en plus de ce qu'est véritablement la santé. Elle est le principe rythmique de la vie, elle un constant processus de stabilisation de l'équilibre » (Gadamer, 1998).

trouvait pourtant « moyen » de se plaindre<sup>36</sup> à l'occasion. Grave ou non, bien souvent la maladie est ainsi : dissimulatrice, peu de symptômes annonciateurs, pas de prodromes, fulgurants parfois. Dans ce cas, on ne voit même pas la tête du serpent, c'est aussi bête que cela : parfois, on tombe malade ! On peut apprendre, également, qu'un proche est gravement malade. C'est comme un pavé dans la mare d'un quotidien qui avait une belle continuité, au fil d'un rythme qui nous ressemblait de plus en plus, qui nous convenait, qui avait un sens. Il n'y a pas de santé parfaite, mais nous avons trouvé, tout de même, le moyen de nous accommoder des soucis occasionnels inhérents à la condition humaine. Nous avons oublié jusqu'à notre santé ! En revenant du travail, nous passons à côté d'un hôpital avec une vague indifférence, le sentiment d'être peu concerné par cette grande bâtisse dans laquelle des gens, à l'évidence, semblent très affairés. Des gens fréquentent ce lieu, quelle malchance ! Mais qui va là, au fait ? Pourquoi ? Nous relevons ici notre chance oubliée d'être en bonne santé.

L'univers phénoménologique du malade décrit par Van den Berg (2006) est considéré dans sa grandiose microscopie, tels qu'apparaissent, par cet oxymoron, les horizons fort limitatifs de l'alité. En effet, lorsque circonscrit à sa couche, oreillers, draps et couvertures sont décrits par Van den Berg comme un univers de monts et vaux où, malgré tout, s'impose un besoin impérieux dans ce monde<sup>37</sup> à l'évidence restreint du chambreur malade, de l'habiter et de lui donner un sens. À un moment, il dira qu'il explorait obsessionnellement de simples dessins sur la tenture pour en extraire rageusement le sens. C'est tout comme si, dans l'étrangeté de la maladie, il n'y avait plus de soutiens familiers et essentiels pour son moi en action et que la fièvre, comme

---

<sup>36</sup> Résonance ici d'un toujours relatif souci qui teinte la santé et quotidienneté. D'autre part, cela en garantit toujours bien le rythme, car la santé n'est jamais, selon notre propos, ce fleuve heureux qu'on imagine.

<sup>37</sup> En effet, même dans ce monde limité du malade – qui appartient aussi, comme nous le disions plus avant, tout de même à la vie, à l'existence – l'appel du sens persiste, un rapport au monde, bien qu'appauvri en possibles et transcendance malgré la restriction de sa condition de malade.

vellité de disposition à un monde raccourci, le poussait, malgré tout vers ce dehors accessible, aussi restreint soit-il. Ici, nous retrouvons donc une double expérience de l'être : le soi exacerbé et une transcendance appauvrie<sup>38</sup>.

Le monde est rapetissé aux dimensions de ma chambre à coucher. Du lit, pour être plus précis. Car, pour peu que je mette pied à terre, déjà, j'ai l'impression de pénétrer en zone inconnue... L'horizon s'arrête à mon chevet... L'horizon temporel se rétrécit, lui aussi. Mes plans d'hier ont perdu leur poids, leur intérêt, leur sens (Van den Berg, 2006).

Il abordera de même le retentissement existentiel de maladies plus graves comme la lèpre, le cancer et les maladies cardiaques plus sérieuses, qui, en plus de confiner radicalement la personne au cadre très restrictif de son lit, sont une évocation plus franche encore de ce qu'on qualifiait, juste avant, de soi exacerbé. C'est une hypertrophie quant à la préoccupation que l'on a de soi à l'encontre de tout ce qui peut aller dans le sens de l'oubli de soi, de cet *allant* qui caractérise l'être en projet, du bien portant nettement plus participatif à une rythmicité, celle-ci étant d'emblée associable à la santé et la quotidienneté. Parallèlement, le soi de la maladie mentale n'en est pas moins exacerbé, mais le quidam malade ne se distingue pas toujours dans une foule, alors que le bien portant, non ralenti dans ses habitudes au quotidien, peut très bien le croiser sur un même trottoir sans y voir son mal. La maladie mentale est en général moins ostensible : une personne peut très bien alors se conformer, paraître normale, s'adapter.

Des gens malades, Van den Berg observera tout de même une notable contradiction dans le fait que, malgré un fatalisme qui trouve bien, en effet, des justifications dans des pronostics très peu encourageants, que c'est plutôt dans les yeux des visiteurs et de l'entourage qu'il apparaît une réelle résignation quant au sort du malade. Lui, le quasi condamné, se joue lui-même en faisant des rêves de santé ou s'accroche à cet

---

<sup>38</sup> Nous reviendrons plus loin sur ce concept essentiel, caractérisé comme appauvri dans la maladie.

espoir dont l'univers en bonne santé du bien portant est si nanti. L'espoir caractérise grandement l'horizon faste de la santé. C'est ce phénomène que nous voulons souligner ici avec attention : comme attribut d'une santé oublieuse de soi. Cette disponibilité, cette perspective, ce « panorama » du monde vécu trouvent leur grandeur dans l'espoir étonnant de l'être en bonne santé, en projet de lui-même et du monde. Le malade est toujours participant de la vie, il ne peut abdiquer, et ses visiteurs plus réalistes face à son pronostic commencent bien avant lui à se résigner, à se faire à l'idée. Son monde se suffit à lui-même sous l'éclairage modeste d'une transcendance appauvrie. Le visiteur *bien portant* apporte de l'extérieur cette lumière éblouissante, presque indécente, car elle est tributaire de cette transcendance élargie, voire radicale, comme qualifierait Jean Grondin (2007) la portée du *Dasein*<sup>39</sup> dans sa compréence au monde.

Nul ne veut être trop éveillé à son être propre tant que l'expérience vive de la maladie nous rappelle à lui. L'expérience de l'homme authentique relève de l'expérience de l'inquiétude et de l'angoisse, tout comme celle de la souffrance et la douleur<sup>40</sup>. Bien qu'implicite, elle est d'une certaine manière l'étalon même de tout rappel à soi. Le bien portant vit, lui, un souci relatif dans sa vie qui n'est donc pas tant l'opposé du soi authentique du malade éprouvé qu'un estompage de nos deux nationalités de santé et de maladie évoquées plus haut. Bref, on préfère d'ordinaire grandement que *l'être, ce qu'il en va de sa question même*, reste en retrait, soit dans l'oubli. Celui qui se porte bien, s'oublie, se dissimule dans l'inauthenticité de *l'être-au-monde*. Dans les chapitres suivants, nous reviendrons sur ces considérations d'authenticité et d'inauthenticité de l'homme : le premier serait le fait que l'homme est dans l'éprouvé

---

<sup>39</sup> Rapport de l'être à l'homme.

<sup>40</sup> Souffrance et douleur rappellent, en tant que *pathos*, l'essentielle question de notre finitude. Un rappel direct, et donc en ce sens des plus authentiques à soi.

du *pathos* face à son être propre, et le second comme étant son être-au-monde, transcendant, et dans un souci moindre.

On remarque parfois comment certaines personnes arrivent plus facilement que d'autres à faire abstraction de la maladie et viennent même l'étayer d'une sagesse populaire, une sorte de philosophie du moment présent et du quotidien, alors qu'ils diront que *tant qu'il y a la santé, tout va*. Veulent-ils exprimer ici un *allons-y sans modération, donnons tout dans cette vie*, et si la maladie se présente, alors, on en conviendra au moment venu ? C'est là un sage constat existentiel à prendre comme une sorte d'éloge à la santé cachée, car bien malin celui qui croirait connaître la réelle mesure de son équilibre et comment, au fond, agir sur cette santé. Je pense à ceux qui, à cause de leurs anxiétés ou même de leurs compulsions et obsessions, vivent une sur-préoccupation préventive envers la santé, cherchant à connaître ses ficelles pour, enfin, agir dessus. Je pense aussi aux distorsions cognitives, obsessions et préventions vaines de l'hypocondriaque qui, telle une sentinelle sur l'horizon de son corps, est à l'affût des moindres manifestations et signes de la maladie. Il est l'insigne préoccupé de soi, étant parfois même doublé d'une psychocondrie. Il y a encore, dans les préventifs préoccupés, l'orthorexique qui croit avoir une conception rigoureuse et rationnelle de sa nutrition, mais qui au fond se conforme à toutes ces prescriptions confondantes dites sur la santé. Il est préoccupé que chaque bouchée soit dans les conventions du « Manger santé ». On pourrait mentionner également le « délire » de celui qui croit déceler tous les microbes potentiels afin de les éviter. Ils sont tous des anxieux, et parfois de véritables obsessionnels psychologiques. Ils partagent tous le fait de vivre une plus ou moins grande sur-préoccupation de soi. Si l'hypocondriaque ou le psychocondriaque arrache au praticien un diagnostic de bipolarité ou de tumeur maligne, ou toute autre chose pouvant justifier ses inquiétudes, il se réjouit presque de confirmer tout l'investissement de sa sur-préoccupation. La question est de savoir s'il en sera alors doublement inquiet : *malade imaginaire* et *malade réel*. *A contrario*, il est, semble-t-il, plus heureux, un peu comme le paranoïaque faisant la preuve tangible

d'une cabale à son égard, qu'on trouve à confirmer sa méfiance. Dans sa maladie psychologique, le doute semble parfois aussi souffrant, préoccupant, que la franche maladie physique ou un diagnostic psychologique, mais duquel il peut malgré tout espérer guérir. De sa maladie maintenant nettement apparente, en figure, peut-il mieux viser cette lointaine contrée de la santé qui, elle, se détache maintenant bien en toile de fond ? C'est là – et l'on pourrait en dire de même pour toutes ces situations nommées plus avant – toute une économie complexe de la surpréoccupation qui s'installe.

Sans vouloir trop élargir cette perspective d'oubli de soi en santé, certains exemples peuvent néanmoins venir illustrer ce concept à travers d'autres modalités de l'être-au-monde. Des exemples sportifs sont souvent des plus évocateurs en ce sens. Telle une équipe sportive qui vit une profonde léthargie et s'enliserait de plus en plus malgré des efforts soutenus, des pratiques récurrentes et l'appui de nombreuses consignes du coach qui au fond, ne visent qu'une seule chose : retrouver le chemin de la victoire. Le fait de se préoccuper, d'essayer et d'essayer encore peut être une marque de persévérance, mais aussi une forme de difficile oubli de soi dans la tâche à accomplir. Tous semblent alors nager collectivement dans l'aporie pragmatique suivante : *plus ils essaient, moins ils y arrivent*. Tenter alors d'appliquer un certain oubli de soi salutaire, cela serait d'une certaine façon similaire à vouloir travailler à devenir plus spontané comme personne : c'est là une contradiction en soi. Et puis, soudainement, il suffit d'une ou deux victoires d'équipe pour venir ébranler ce fond de préoccupation qui empêchait que tout se réalise. Le rendement souhaité réapparaît, de sorte qu'on finit par s'oublier dans le feu de l'action et de la gratification du succès ; on arrive alors à optimiser ses efforts. De la même façon que, cette fois dans un sport individuel, un tennisman trop conscient de son élan ne peut obtenir un bon service. Il le ratera chaque fois, jusqu'au moment où il retrouvera sa concentration optimale. Un certain oubli ressort ou participe du fait de ne pas trop focaliser sur le geste.

En 2010, le championnat de football canadien avait été remporté par une équipe professionnelle de Montréal. Le quart-arrière à ce moment-là était un certain Anthony Calvillo. Or, au moment de rencontrer les journalistes après la victoire, et à la surprise de tous, il fondit en larmes, ne faisant aucune mention du match. Il fut probablement surpris lui-même de ne plus pouvoir contenir tout ce qu'il avait dû refouler pendant toute la saison pour faire place à sa performance sur le terrain, ce qui devait éventuellement mener son équipe au championnat. Une intervention chirurgicale nécessitant l'ablation quasi totale de sa glande thyroïde, possiblement cancérigène, avait été retardée ; malgré tout, et avec un certain risque clinique calculé, il faut dire, il termina sa saison. Le joueur avait, dans l'action et la quotidienneté de tout ce qui entoure la pratique de son sport professionnel, fait second ce pourtant très préoccupant état de santé. Devant les journalistes, l'émotion suite à ce refoulement existentiel (cet oubli de la préoccupation devant à un grave état de santé) produisit à la toute fin cette inattendue sortie de confidences relatives à sa santé aux journalistes alors que le sujet même du football, de ce match crucial, fut complètement évacué. Le joueur fut le premier surpris de cette incontinence soudaine, alors qu'il n'avait pas prévu de s'exprimer sur sa condition de santé, sur ce qu'il avait su si bien cacher à lui-même et aux autres, favorisant à la fois l'oubli et la pudeur. Que faut-il comprendre ici de l'aspect expérientiel qui fait que l'être confondu au monde vécu peut même aller jusqu'à cacher un tant soit peu ce qui l'interpelle à travers l'extrême préoccupation que ravive la maladie ? Ce qui concerne une angoisse qui interpelle son soi propre et dont l'accès à l'oubli se fait difficilement. Mais comme le sport est un domaine où le jeu existe, cela devient un élément qui favorise l'oubli. « D'où que les *coachs* amènent leur équipe au bowling pour qu'elle "joue", tout simplement ! On dit ça aussi aux athlètes : pour performer, il faut rester enfants et continuer de jouer ! La figure de l'enfance est peut-être l'image par excellence de l'oubli de soi » (Christian Thiboutot, commentaire sur cette partie de l'essai, 2015).

Voici un autre exemple, plus près celui-ci du domaine clinique de la santé qui nous intéresse ; il se trouve dans des anecdotes documentées sur les enfants en convalescence et l'impact thérapeutique de ceux qu'on surnomme, à juste titre, les « docteurs Clown ». Il s'agit d'un document audiovisuel qui, tout comme son titre l'évoque, relate l'expérience vécue d'une thérapie de visites de clowns dans les hôpitaux. Une des scènes montre un enfant qui, sans aucune retenue, se précipite avec une joie irrépressible vers un clown entrant dans sa chambre. Les infirmiers et les médecins en sont estomaqués, connaissant le handicap du petit malade avec qui ils travaillent quotidiennement et avec qui ils ne font plus le compte des laborieuses séances où ils doivent l'aider à marcher, ne serait-ce même que quelques pas hésitants... et voilà qu'apparaît dans son horizon cette singulière distraction dans un milieu hospitalier. On le voit soudainement s'élancer pour faire de multiples pas, chancelants, mais tout de même en équilibre, vers le fameux clown qui lui-même y va de toutes sortes d'invitations joyeuses à l'enfant. Les intervenants tentent bien de faire réaliser à l'enfant ce qui vient de se produire, mais celui-ci baigne tout simplement dans l'oubli complet induit par l'atmosphère ludique et frénétique de l'apparition du clown.

Encore une fois, on retrouve ici cet horizon de vie où un tiers nous convoque à autre chose que soi, à un mouvement et à un appel de sens qui ressortent d'un monde vécu. Que ce soit dans l'action et le sens que nous donnions à nos actes quotidiens ou dans le jeu, l'émotion et la frénésie qui nous emportent, une tâche qui nous absorbe comme une passion si englobante qu'elle devient transcendance et lieu de vie, ce qu'on habite. Toutes les tâches tiennent du *monde-de-la-vie* où sont intriqués sujet et objet, soi et autre, subjectivité et espace, lieu interpersonnel<sup>41</sup>. Il n'y a donc jamais de sujet seul ou d'objet seul devant soi, ou l'un ou l'autre à considérer dans sa pleine

---

<sup>41</sup> Dans un texte de Bernd Jäger (1998), *Human Subjectivity and the Law of the Threshold*, celui-ci parlera en terme de « *personhood necessarily implies interpersonality* ».



définition, certes qui n'égale en rien notre expérience comme *existant*. Il n'y a jamais de sujet caractérisable en soi, émanant de lui-même, mais il y a l'expérience vécue et ce qu'il espère comme horizon de vie, le soi dans le phénomène externe (tourné vers) de la transcendance. C'est ainsi, proportionnellement à l'oubli de soi – bien qu'elle ne soit que très peu quantifiable<sup>42</sup> comme telle, car elle est de l'ordre de l'expérientiel – que la transcendance réalise le mieux son compte.

Au fond, ces clowns à l'hôpital, par leurs drôleries et leurs absurdités, représentent un ailleurs expérientiel, une altérité surprenante et un mouvement qui appellent, contrairement au monde trop plat des protocoles de soin et de la gravité préoccupante de la maladie nécessiteuse et chronique. Les infirmiers ont beau être avenants par leurs attentions et leurs soins, ils sont aussi ces visiteurs affairés passant quotidiennement la frontière de la santé pour être en pays et lieux notables de la surpréoccupation de soi induite par la maladie. Il est bon d'avoir des alliés. Nous avons vu précédemment avec Van den Berg, toujours dans le texte *Garder le lit – Essai de phénoménologie de l'alitement* (2006), comment il parle des docteurs en tant qu'alliés du malade, passant chaque jour la frontière pour aller en territoire occupé par la maladie. Ces clowns sont en effet d'une distraction aussi inattendue qu'inouïe pour ces petits malades. Ils sont comme des étrangers qui apportent beaucoup, ce sont des géants apportant un horizon éblouissant dans le petit monde étroit du malade. On pourrait en dire tout autant de la visite d'équipes sportives dans les hôpitaux pour enfants. Sans pouvoir en mesurer l'impact direct, nous savons tous dans notre for intérieur qu'il ne peut sortir que du bon de ces journées spéciales de visites toutes favorables à l'oubli de soi *versus* le monde rapetissé, austère et préoccupant de la souffrance chronique. L'hôpital est un lieu qui soigne, certes, mais un endroit parfois tristounet et glauque où baigne la culture du corps défaillant. Il est, malgré la volonté

---

<sup>42</sup> Là où l'échec à la transcendance est le plus mathématique, c'est possiblement dans la douleur. En effet, un simple mal de ventre, encore plus une douleur aiguë, nous rendent indisponibles à toute tâche.

de soigner de son personnel médical et la capacité, dans certains cas, d'amélioration et même de rétablissement du malade, un lieu tout imprégné de ce rappel, voire de cette nécessité de dialogue quotidien avec la maladie. L'aile psychiatrique a aussi son lot à la fois de caractère préoccupant et de préjugés, même les plus grotesques, tel celui qui perdure de « fou » emprisonné.

C'est dans la maladie que nous nous rendons compte que nous ne vivons pas seuls, mais enchaînés à un être différent, dont des abîmes nous séparent, qui ne nous connaît pas et duquel il est impossible de nous faire comprendre : notre corps. Quelque brigand que nous rencontrions sur la route, peut-être pourrions-nous arriver à le rendre sensible à notre intérêt personnel sinon à notre malheur. Mais demander pitié à notre corps, c'est discourir devant une pieuvre, pour qui nos paroles ne peuvent pas avoir plus de sens que le bruit de l'eau et avec laquelle nous serions épouvantés d'être condamnés à vivre (Proust, 1920).

Qui voudrait être constamment rappelé à lui-même et ne jamais pouvoir vivre le moindre oubli et éloignement de l'idée de sa propre mort ? Si tant est que le soi se trouve plus présent que jamais dans l'épreuve de la maladie, il doit être, dans une certaine mesure aussi, dans l'oubli de la mort pour vivre un tant soit peu dans ce que porte l'espérance et qui caractérise tant l'horizon de la santé. Mais quand le corps malade est cet objet défaillant qu'on ne peut oublier, il n'est donc plus cette santé silencieuse, fer de lance de toutes les espérances.

Un exemple insigne de cet horizon d'espérance est le voyage. Il a souvent été prôné par les médecins, à une certaine époque, en guise de prescription aux malades. Le XIXe siècle est une époque marquée, entre autres, par la tuberculose. Venise, à cause de son vent marin, est l'une des destinations fortement suggérées par les fervents de la climatologie médicale et de la balnéothérapie. Nous choisissons cet exemple, car il est très évocateur des termes et concepts qui jalonnent cet essai de compréhension de la santé, tels qu'entre autres : la transcendance, l'oubli de soi, l'altérité. On peut se demander pourquoi, en effet, les médecins avaient pour idée que le voyage était salutaire à la santé de leurs patients. Le voyage est essentiellement une somptueuse

immersion, une baignade complète dans l'altérité et les aspérités obligées de l'*aventure*. C'était parfois le prétexte de l'air salin de la mer, le grand vent, l'air pur ou le climat, voire le prétexte du simple repos du corps et de l'esprit. Mais dans notre optique, on peut tout autant y avoir le bénéfice de ce baume de l'expérience existentielle qui tiendrait d'un réel échappement à soi-même, pour déjouer ce qui nous pèse psychologiquement ou s'éloigner, quand cela est possible, du confinement de l'hôpital ou de la maison de convalescence. Les grands horizons des distances parcourues apportent du nouveau à l'excès, allant de l'inconnu géographique à l'altérité des us et coutumes de l'autre. Bref, nous voilà dans le monde de l'autre. Ceci a pour effet tonifiant de nous extirper du retranchement exigü de notre condition de malade où toute tentative de distance à soi devient forcément un vœu pieux, tentative qui ne devient, à force d'essayer, que surenchère d'une préoccupation de soi déjà amplement exacerbée. Il semble parfois que plus l'on souhaite, par l'effort, se distraire de l'atmosphère sinistre et préoccupante de la maladie, plus des gestes quotidiens nous la rappellent avec un rythme constant. C'est l'horaire rigide des pilules et du verre d'eau, le besoin d'accompagnement aux toilettes, et puis voilà les signes vitaux à nouveau, et cette rigoureuse ronde des préposés, infirmiers, médecins qui tous n'ont qu'une idée, faire front commun contre la maladie. Tout n'évoque, au fond, que le fait que cette intruse est tenace, que la maladie est synonyme d'inquiétude dans tous ces phénomènes qu'elle génère. La routine des séances psychothérapeutiques hebdomadaires peut aussi trouver un réel recul dans l'interruption d'un voyage, et des plus bénéfiques dans le fait, entre autres, de favoriser ou consolider certains *insights*.

Le voyage apparaît alors, pour le malade bénéficiant, c'est vrai, d'une mobilité appréciable et d'une certaine disposition physique, comme un espace où les expériences intersubjectives si nombreuses et si diverses – bien que susceptibles de créer une hystérie du nouveau et qu'il faut savoir, en « bon malade », s'en reposer – qu'elles ont plutôt la faveur, nous croyons, de tirer celui-ci de sa condition de

surpréoccupation de soi. Qui n'a pas eu cette expérience en voyage, même le bien portant, de se sentir plus alerte, léger dans son corps, de cet *allant* qui nous rend si curieux, intrépides, prêts à nous engager dans tous les chemins qui s'offrent à nous ? Une certaine ivresse du voyage qui tient de notre rencontre avec l'autre, de ses habitudes de vie, de ces paysages et lieux peu familiers, vient à l'évidence actualiser, titiller ce rapport toujours transcendant à un monde. Si l'on ne s'y perd pas trop, le retour de l'étranger nous ramène, mieux que toute autre prescription, à ce renouvellement ou à cette redécouverte de soi-même. Le malade ne bénéficierait-il pas alors d'une certaine distance à soi dans le voyage ? On peut se le demander.

Pour tout un chacun, malade ou bien portant, la santé est assimilable à une force latente qui agit donc d'autant plus qu'on l'oublie. Elle est ce sur quoi repose tout notre intérêt. Le corps est docile comme une terre est tranquille ; cela nous porte *bien*, malgré cette frontière qui demeure embrouillée entre l'inquiétude et notre finitude, puis l'espérance et un monde ouvert à ses possibilités. Aussi, un acteur de la santé comme le médecin est celui qui tantôt nous inquiète de par son pronostic, mais qui aussi, à *distance*, nous rassure par sa présence. Dans *Le Médecin de campagne* de Balzac, le médecin est l'hôpital : à lui seul, il évoque la stabilité, et au-delà de sa bienveillance et des soins qu'il peut à tout moment prodiguer, il représente cette assurance tranquille pour le canton qu'il dessert.

J'en connais plusieurs ici qui croient que leurs blés poussent mieux quand il a passé le matin le long de leur champ – Et vous, que croyez-vous ? – Moi, monsieur, quand je l'ai vu... Elle parut hésiter puis elle ajouta : Je suis heureuse pour toute la journée. Elle baissa la tête, et tira son aiguille avec une prestesse singulière (Balzac, 1965).

De tous les exemples ci-dessus, nous retrouvons cet estompage qui caractérise la santé et la maladie. Que ce soit de par une relation au monde relativement contrainte ou appauvrie dans l'expérience du malade ou de cette situation expérientielle particulière des acteurs et intervenants de la santé qui, chaque jour, passent la

frontière pour être dans le soin, auprès d'eux. On a vu aussi, auparavant, que ceux-ci, et expressément le médecin peuvent symboliser de façon analogue à cette santé cachée cette terre tranquille qui permet de vaquer *prestement* à ses occupations. Dans un petit canton, il y représente cette maison-hôpital, mais à la ville, où il y a des médecins à profusion, il pourrait tout autant être le fait de l'évitement même pour qui, tout comme pour les hypocondriaques et nosophobes de nos exemples, maladie et monde médical sont à mettre dans la même balance. Pour ceux-là, le monde de la santé et celui de la clinique sont d'emblée synonymes d'une inéluctable surpréoccupation de soi.

Dans ce chapitre, nous voulions présenter cette santé dans ce que nous croyons être ses attributs principaux, et surtout comme un revers de la préoccupation existentielle dû à la maladie. Or, la quotidienneté du bien portant n'est jamais de l'ordre d'un *bon allant*, sans le moindre souci. Il y a donc relatif oubli de soi au fil du rythme que les aspérités mêmes de la quotidienneté modulent. C'est sans dire non plus que le malade est pour l'essentiel un reclus, parce que, en chambre ou catatonique, il vit des restrictions qui l'éloignent du rythme vécu dans le rapport au monde. Il *espère* tout autant, et bien souvent de la santé des autres par procuration. Souhaiterait-il ultimement recouvrer la santé que, dans un second temps, il l'enterrerait<sup>43</sup>. Après l'avoir ainsi cachée, il participerait assurément au monde qui l'attend.

Un concept majeur parmi ceux qui seront associés à notre idée spécifique de la santé dans le prochain chapitre est celui de transcendance. Ce concept heideggérien est, dans un monde qui nous place toujours devant nos limites et notre finitude, la recherche d'adéquation de nos espérances et d'un horizon de vie, en tant qu'être-au-

---

<sup>43</sup> Par expérience, il est frappant d'observer comment, une fois la santé recouvrée, nous mettons rapidement derrière nous cette préoccupation vive, presque en continu, reliée au sort auquel la maladie nous avait astreints. Mais une fois passé la frontière... nous n'en préservons bien qu'un faible accent à maudire.

monde, participant et indissociable à lui. Encore faut-il accéder à un certain oubli de soi. Nous savons aussi que trop le vouloir, le rechercher, augmente notre préoccupation, en devient même un contresens.

## CHAPITRE II

### MÉTHODOLOGIE ET CONCEPTS RELATIFS À L'OUBLI DE SOI

#### 2.1 Méthodologie

Si cet essai est présenté comme une exploration existentielle, s'il est descriptif au sens d'un regard porté sur l'expérience même de l'homme en santé ou en maladie, de son monde vécu, il n'en demeure pas moins théorique. Pour étayer notre exploration, deux études de cas et des exemples cliniques viennent davantage stimuler une compréhension du phénomène de la santé que de chercher des faits et causalités dans un régime d'explication scientifique. Une approche certes étayée, mais qui se veut herméneutique de l'expérientiel et donc d'un travail de compréhension et d'interprétation.

De plus, une articulation dans l'évolution de la pensée herméneutique, on peut nommer ici Gadamer ou l'un de ses commentateurs, Jean Grondin dans *Le tournant herméneutique de la phénoménologie*, qui parle de cette biconceptualité ou fusion qui s'est produite dans l'évolution de la pensée philosophique. Si nous sommes conscients de ces nuances, cet essai demeure néanmoins ancré dans une méthode exploratoire de compréhension, d'une herméneutique qui s'intéresse à l'existence et au phénomène de la santé ; nous demeurons donc en régime existentiel.

C'est donc une lecture de l'existence dans la mire d'un concept comme l'oubli de soi. Ce dernier étant, il faut le dire, plus une qualité d'expérience qu'un franc concept. On pourrait en dire autant du phénomène de la santé qui nous offre un horizon exploratoire à la fois large et stimulant pour l'exercice théorique et interprétatif de cet essai.

Une rectification ou nuance pertinente est à faire avec des termes qui ne sont pas totalement éloignés de notre méthodologie, mais peuvent être confondants. Nous avons déjà mentionné préalablement (en introduction) les aspects de méthodes descriptives, et même fait allusion à la phénoménologie. Recentrer sur le caractère d'existence, voire de la « question de l'Être », comme nous venons de le préciser juste avant sur notre réel cadre méthodologique, il est rappelé de façon ponctuelle dans l'essai le contexte duquel ces termes sont pris. La méthode descriptive peut s'attacher à des contextes méthodologiques différents. Merleau-Ponty dira qu'elle a « plusieurs visages », se donnant autant dans les relations causales que toute compréhension théorique, et plus précisément de cette question à la fois de l'homme et de l'être pour servir notre ambition d'espérer contribuer aux connaissances de la psychologie existentielle. C'est retourner *aux choses elles-mêmes* dans l'expérience du phénomène et de l'homme, mais en régime existentiel.

La phénoménologie a aussi plusieurs usages, et elle est sémantiquement variable. Un phénomène ou une phénoménologie peuvent être vus dans la mire de concepts cartésiens par la recherche concrète des causes et de leurs effets. C'est ainsi que l'on va parler, même en science, de phénoménologie selon des faits mesurables et observables. Vous comprendrez que notre essai théorique ne va aucunement dans cette direction. L'herméneutique est une construction de sens, riche, mais implicite, liée à une compréhension qui n'est pas moins rigoureuse et scientifique au sens d'un apport judicieux aux connaissances sur des phénomènes qui méritent d'être étudiés. Le chemin est différent, mais aucune méthode ne peut faire économie de la rigueur. Fort différent, en effet, quand on place l'existence, la question de l'être ou de



l'homme au centre d'une exploration du phénomène de la santé comme dans la « démonstration » de sa qualité d'oubli de soi face au souci, à l'éprouvé, l'angoisse, la souffrance, la douleur, et la surpréoccupation, allant de légère à palpable, comme conséquence et ce, peu importe que la maladie soit d'origine physique ou mentale, médicale ou psychologique. Dans un essai en psychologie, la part de santé physique, si elle est évoquée, parfois mise en parallèle, ne sert qu'à une exploration visant essentiellement l'homme et l'expérientiel. Le médical tient pour ainsi dire une place de faire valoir afin de voir les liens entre santé et oubli, maladie et souci. Dois-je rappeler que l'étincelle d'inspiration, et d'ailleurs un des vecteurs importants de ce sujet de la santé en psychologie, tient des conférences aux médecins colligées dans le livre de Georg-Hans Gadamer (1998) *Philosophie de la santé ?* Ce corps n'est pas le même que celui de la science quand il est vu à partir de l'homme, habité de son articulation au vécu et au souci, à partir donc de la question de l'Être. L'analogie ou l'image souvent citée en science médicale sur la santé comme étant *le silence des organes* frappe l'imagination de quiconque souhaite élaborer une herméneutique et s'intéresse à l'existence pour s'attarder judicieusement sur la question de la santé.

Merleau-Ponty rappelle, dans *Phénoménologie de la perception*, que tout l'univers de la science est construit sur le *monde vécu*. Mais comment la réalité, les faits, les événements se prêtent-ils à nos investigations ? Certes, « toute conscience est conscience de quelque chose », mais c'est bien l'individu, l'être humain, qui est le fondement de la connaissance : il veut comprendre et expliquer. *Comprendre*, car l'Homme a toujours voulu appréhender les phénomènes, s'en faire une représentation concrète, s'en saisir. Il agit par analogie, s'empare d'eux avec subjectivité et affectivité : sa connaissance est avant tout empathie et sympathie. Autrement dit, pour comprendre, chacun se projette sur autrui, mais sans confusion : le monde est concret, mais dans l'analogie et sans subjectivité (Merleau-Ponty cité par Françoise Martel Surveillante).

## 2.2 Concept de la transcendance à travers la santé et la maladie

Dans le chapitre précédent, nous avons évoqué les spécificités et les attributs d'une santé en lien avec l'expérience vécue, une approche qui s'éloigne, ou du moins ne va

pas dans le sens de chercher à circonscrire des aspects concrets du phénomène de la santé. L'appui de certains concepts de la philosophie existentielle va rendre compte au mieux de son caractère plus large de rapport au monde et d'inscription dans la quotidienneté. La santé, nous disions, est disponibilité avant tout. C'est l'espérance et l'animation intérieure du bien portant face à une constellation de possibles. À l'horizon du monde, il devient l'artisan de son devenir<sup>44</sup>. Le malade, lui, ne peut que constater les limites de sa volonté face à l'avenir. Si la maladie n'est pas un contraste net de la santé, une dichotomie, le monde vécu du malade psychologique et/ou physique demeure un pâle reflet des espérances et des disponibilités qui engagent le bien portant. Il espère certes guérir, mais parfois il arrive à se soustraire brièvement à cet essentiel souhait et rêve d'autres choses : il fréquente le monde en oubliant un peu sa condition.

Le concept de transcendance est, chez Heidegger (1986), le fait même de confondre toute intention à un monde au sein même des tâches de la quotidienneté<sup>45</sup>. L'homme se tient dans un rapport ontique<sup>46</sup> et donc dans cette particularité existentielle de *présence* à toute autre chose que lui-même. C'est bien dans le fait de se *mêler* à autre que lui-même qui le soustrait (et le libère...) de trop de considération quant à son être même<sup>47</sup>. Encore une fois, quand il est question d'un point de vue existentiel ou d'une psychologie phénoménologique, rien ne se présente comme linéaire (noir ou blanc), mais l'on peut tout de même dire qu'à la mesure de notre engagement dans le monde s'accroît un oubli de soi. L'être hors de soi est la possibilité d'être totalement à quelque chose d'autre. « "Présence à" qui est l'oubli de soi... l'oubli de soi est ici

---

<sup>44</sup> « La philosophie existentielle : c'est la possibilité de choisir ce que tu veux faire de ta vie » (Bureau, 2008). Jean-Pierre Vernant, spécialiste de la Grèce antique, parlera de l'existentiel en tant qu'« On fait des choses, mais [que] les choses nous font aussi » (Unger, 2001).

<sup>45</sup> Transcendance est donc aussi un autre mot pour existence ainsi que pour être-au-monde.

<sup>46</sup> Avec ce qui est, ce monde dont il n'est jamais coupé, mais bien toujours constitué ou s'y constituant, tout au long de son vécu.

<sup>47</sup> À travers donc un questionnement quant à soi auquel il est particulièrement difficile de s'échapper dans la maladie.

toute autre chose qu'un état négatif, car il procède de l'abandon total à la "chose" » (Gadamer, 1976). Si nous avons affirmé auparavant<sup>48</sup> que la santé au quotidien avait souvent, et même beaucoup rapport, en tant que présence au monde (être-au-monde) à une certaine rythmicité au quotidien, c'est qu'en effet, dans le défilé quotidien de nos *présences à* (ce qui nous occupe, nous distrait) nous croyions en effet pouvoir, sans trop se tromper, qualifier cette bonne santé vue sous cet angle. Nous voulons parler ici de l'homme en situation, de sa façon de se rendre disponible à ses rôles et fonctions, des diverses situations vécues, lieux et contextes particuliers rencontrés, d'où un rythme sain<sup>49</sup> doit prévaloir chez le bien portant. Prenons l'exemple d'un professeur qui, dans son exercice magistral et autre acte que confèrent l'ensemble de ses tâches, se rendrait autant que possible disponible à ses étudiants ; ne doit-il pas obligatoirement (bien que cela ne se fasse pas forcément consciemment) mettre en arrière-plan alors une bonne part de ce qui l'on pourrait évoquer ici à titre de coprésence, par exemple tout ce qui regarderait son lien à sa famille ou l'ensemble de sa vie privée (ses occupations personnelles, des passe-temps) ? Un rythme relève donc de ce qui respecte un contexte ou une voie de transcendance, mais sans que trop de choses ne trouvent à se mêler. Ce professeur n'évoquerait-il pas aussi toujours trop de faits d'armes relevant de sa vie privée ou issus de son passé avec un accent trop évident de mélancolie qu'il laisserait inmanquablement sa communauté d'auditeurs ? On pourrait aussi se permettre de douter d'un individu qui, lui, ne ferait que papillonner sans répit et qui, sans dire pour l'instant que celui-ci serait même hypomaniaque, se rendrait néanmoins faussement disponible à tous, comme aux situations ou événements se présentant au fil de sa journée. Certains le jugeraient

---

<sup>48</sup> Encore une fois au chapitre précédent.

<sup>49</sup> Il faut comprendre par « sain » que nous n'évoquons justement pas, comme mentionnés plus haut en début de chapitre, des attributs qui fixeraient une idée objective de la santé. Dans une approche phénoménologique existentielle, le rythme ou la rythmicité dont il est question ici demeure, dans une certaine mesure, lié à la subjectivité comme en lien avec le sens qui convoque la personne à travers le choix de ses pratiques quotidiennes. La santé est de même un rapport ponctué à la temporalité : le bien portant, en effet, intègre avec plus de fluidité un rapport au *passé*, au *présent* et au *futur*.

peut-être empressé, peut-être même plutôt inopportun, que réellement *présent* et à l'écoute de ceux qu'il rencontre ou avec qui il a affaire<sup>50</sup>. D'aucuns trouveraient aussi, et avec raison, que celui-ci souffre d'un certain manque d'équilibre dans sa vie. Ils le voient agir avec, certes, travail, excès et zèle, mais il en devient somme toute peu productif à la fin, car sans cesse occupé à faire ceci ou cela, combinant les gestes et les activités, souvent peu soucieux du contexte, écoutant l'un et l'autre sans trop s'arrêter, si bien qu'on le croirait, au final, n'être pas plus utile aux autres qu'à lui-même. On pourrait soupçonner qu'il se trouve franchement dans un état hypomaniaque, sujet à cette fuite des idées et ces actes de papillonnements incessants qui caractérisent, dans l'excessivité de ce profil peut-être même maniaque, un rythme excédé très distinctif des états dits maniaques. L'état maniaque serait alors comparable à un rythme effréné dans la confluence de tous les horizons. À l'inverse, si nous prenons l'exemple cette fois du type anxieux obsessionnel, celui-ci va plutôt demeurer enlisé dans un discours rigide avec l'autre ou dans l'inachèvement d'une tâche, telle une *présence* à dont il n'arriverait pas, au fond, à se soustraire. Il est captif d'un point de l'horizon. Bref, aucun rythme salutaire ne peut ponctuer une journée faite de ces rites obsessionnels qui n'en finissent plus de funestement s'imposer à lui dans la compulsion. Dans l'anxiété généralisée, un flot irrépressible d'inquiétudes générales, qui ne font que s'augmenter d'elles-mêmes, produisent un franc souci quant à un avenir qu'il faut nécessairement craindre, et cela prend une tournure plus dramatique lorsque s'ajoute une suite symptomatique d'attaques de panique avec crainte de mort imminente. Tout comme l'homme souffrant de psychose maniaque, l'homme vivant des états anxieux sera en défaut ou faille de *présence* à l'autre ou bien des tâches constitutives de son expérience vécue au quotidien. On pourrait même parler, dans des cas de conscience anxieuse exacerbée, d'une idée intrusive de la question de sa propre mort dont l'anxieux soupèse, presque à chaque instant, la

---

<sup>50</sup> On pense ici aux cas extrêmes de psychose maniaco-dépressive dans lesquels est souvent décrite, chez les personnes souffrant de ce syndrome, une fuite des idées comme une activité sans repos.

probabilité imminente, ou dès lors qu'on parle de maladie ou de mort devant lui. Or, nous savons qu'il n'est pas possible de vivre sans un relatif oubli de la mort, aussi inexorable soit-elle. Vie et mort sont deux réalités indissociables, car polarisées, mais l'homme en bonne santé sait sagement en faire un rythme salubre en sachant en éloigner l'angoisse ou le trop grand souci. Bref, sans nier la mort et sa condition d'être fini, il peut, contrairement à l'anxieux, les oublier plus facilement.

Qualifier un rythme de salubre suppose qu'une personne qui serait moins dans la préoccupation peut s'ajuster au changement, et, à la limite, sait pivoter, alors que le plus souvent, une autre qui serait disons surpréoccupée s'emprisonne dans les ornières, se rigidifie, et l'on pourrait croire de façon proportionnelle donc à la place qu'elle donne aux enjeux qui l'accablent. Elle devient moins disponible aux ajustements des aléas du quotidien. L'exemple extrême est celui proposé par François Pommier « Un schizophrène [...] "voyage" [...], il y a pour lui une sorte d'éclatement des lieux [...]. Ce qui est en question dans la psychose, ce sont précisément des perturbations du rythme, du rythme en tant que point d'émergence, avant même qu'il y ait surgissement d'espace et, naturellement, de temporalité ».

Tous les exemples qui précèdent parlent de toute transcendance entravée face à un monde dont toute rythmicité salubre se trouve également compromise. Il en découle, selon nous, le constat d'un bien difficile oubli de soi. Le dépressif est peut-être l'exemple même de celui qui, par un funeste ralentissement psychomoteur, une grande fatigue et parfois de la mélancolie, reflète cette souffrance exacerbée qui est l'ultime exemple de cette « surpréoccupation » de soi. Partout où il va, peu importe ce qu'il tente de faire ou du fait même de ses velléités de mobilisation ou d'engagement à quoi ce soit, il se retrouve dans cette impossibilité d'échapper à lui-même. Tous ces exemples de psychopathologie qui confèrent des *présences* à où l'horizon du monde de l'existant, dans son rapport aux choses et aux autres, tiendrait d'une transcendance lacunaire. Ils peuvent tout autant, comme nous l'avons vu, être évoqués comme les

faits d'un manque de rythmicité lorsque l'équilibre n'apparaît plus dans le rapport ou bien au *passé*, ou bien *au présent*, ou bien à *l'avenir*. Un exemple bien connu est le mélancolique, psychiquement prostré face à l'insistance de ses souvenirs. Certes, tous les exemples qui précèdent sont en porte-à-faux dans ce qui rendrait compte d'un autre côté d'une santé en tant que coprésence ou bonne capacité à pivoter<sup>51</sup> selon les situations de l'existence. Savoir pivoter présente la santé sous l'angle d'une manière de se gouverner avec souplesse dans la vie, sans trop de rigidité, envers soi-même comme en relation avec les autres, un monde. Sans cela, un manque ou une absence de rythme peut alors faire place à l'excès, au manque de tempérance, à une réduction ou volonté lente comme dans la dépression.

Un rapport au monde plus souhaitable rendrait donc compte, dans l'horizon d'une transcendance, d'une fluidité plus certaine. Ce sont des rapports qui respectent un certain seuil<sup>52</sup> de coprésence. La maladie comme transcendance appauvrie est la mise en échec de ce rapport mondain<sup>53</sup> qui s'en trouve donc fort diminué. Henri Maldiney (2007) parlera d'une transcendance en échec, le schizophrène étant un exemple de totale défaillance du rapport à l'autre et au monde, quoique, diront certains, il faille bien reconnaître que même dans le rêve éveillé, ou dans la composition hallucinatoire, le contenu délirant des psychotiques est, en fait, constitué des choses du monde. Même dans son angoisse la plus profonde et ses terreurs de morcellement, on peut imaginer, malgré l'égarement profond de son esprit, qu'il se passe, quelque part, un travail qui a pour but ultime l'intégration de son moi et de l'ensemble de ses rapports intersubjectifs. Notre intention n'est pas ici de comprendre ontologiquement ce qu'il advient de ce moi éclaté chez le psychotique, ni ce qu'il ne s'y trouve plus

---

<sup>51</sup> De Bernd Jager commentant ici en fait Merleau-Ponty (1945) à travers les concepts de corporéité développés par ce dernier dans *Phénoménologie de la perception*.

<sup>52</sup> Concept de Bernd Jager (1996) au centre de sa description humaniste du rapport au monde de l'homme en tant qu'habitant un monde qui confère ultimement à un sens.

<sup>53</sup> Dans le monde... ou comme dans le terme « mondanéité ».

pour l'étayer, mais d'en saisir l'impact existentiel et la description phénoménologique en comparaison de cette franche interruption du mode de transcendance plus luxuriant qui caractériserait l'homme en bonne santé.

Ainsi, Bernd Jager parlera, comme nous le mentionnions plus haut, de capacité à pivoter dans la vie de tous les jours : le bien portant étant l'homme qui, dans son expérience du monde, serait moins rigide, ne laisserait pas toutes les préoccupations ou tous les enjeux personnels, voire les contretemps, venir contraindre son ouverture à l'horizon du monde. L'existence tient plus de l'imprévisible et de l'événementiel, celui-ci passerait donc plus aisément à travers les vicissitudes de l'existence tout en trouvant à s'y camper, malgré tout, et ce, même dans le changement, et de ce rapport à l'altérité d'un monde, ce à quoi notre expérience même de la vie nous engage la plupart du temps. Par événementiel, il faut y voir le caractère unique, autant celui d'une œuvre d'art ou bien de ce qui rompt simplement avec les faits habituels, de ce qui fait date, inaugure un sens nouveau, toutes choses à quoi l'homme n'est pas existentiellement préparé. Que cela suscite de l'angoisse ou une jouissance, il y a toujours une adaptation, voire une transformation, car l'homme n'est jamais coupé du monde ambiant. Une crise témoigne du besoin de s'ajuster ou périr, la maladie nous tombe dessus comme un événement, une nouvelle épreuve à surmonter. Malgré cet engagement à guérir, dont nul ne peut connaître l'issue, c'est à la faveur de l'oubli que la santé s'opère. Ne dit-on pas qu'une personne va mieux lorsqu'elle pense à autre chose soudainement, et que c'est à partir de cette brèche que son horizon semble s'élargir ? S'il demeure préoccupé<sup>54</sup>, son souci est ce qui suffit à le tenir en haleine en vue d'actions et de projets ou, plus implicitement, d'un devenir et ce vers quoi son espoir veut bien se tourner. Le malade, pour sa part, voit son espérance encombrée de

---

<sup>54</sup> La préoccupation telle que définie par Christian Dubois dans *Heidegger. Introduction à une lecture* est une « manière quotidienne suivant laquelle il (l'homme) se trouve toujours déjà dispersé dans une multitude de tâches » (Dubois, 2000).

troubles psychologiques ou physiques qui le ramènent irrémédiablement à une conscience de soi exacerbée. Encore une fois, ce ne sont pas tant les causes (l'étiologie) de la pathologie, aussi déterminante qu'elle soit sur la santé, que la description du vécu en lien avec celle-ci qui nous intéressent ici dans notre approche existentielle. Ce ne sont pas non plus toutes les formes pathologiques que nous voudrions absolument faire entrer dans une détermination ou une condition d'existence favorable ou non à la santé, et dont cette idée aurait la présomption de seule pouvoir évoquer ceux-ci. Il n'en demeure pas moins que, pour chaque état de maladie psychologique ou physique, un souci majeur place le malade devant une expérience à l'équivalence même de la question existentielle fondamentale d'un « Qui suis-je ? ». Qui suis-je, moi, dans cette souffrance qui me met face à cette question fondamentale ?

La maladie nous connecte donc au sens propre du soi et de l'inexorable question « Qui es-tu ? ». Le soi devient alors si encombré de celle-ci que la souplesse à pivoter dans le vaste horizon du quotidien se trouve remise en question. Ce sont souvent les autres, en premier lieu, qui remarquent un changement : soit une plus grande irritabilité, une humeur à fleur de peau, un silence aussi lourd qu'inaccoutumé, des actes manqués et des retards inhabituels malgré une diligence qu'ils vous reconnaissaient habituellement dans le travail. Le malade même, le premier concerné, tentera parfois, en besognant, en s'acquittant de ses tâches, de nier<sup>55</sup>, de refouler ses préoccupations, mais il devient bien inutile d'insister, surtout quand les autres lui font prendre conscience de sa détresse. La préoccupation ouvre sur un état de crise. En un sens, le malade connecte ultimement à la conscience de sa finitude. Cela prend la

---

<sup>55</sup> Réal Labelle (7 mai 2011), psychologue et spécialiste de la dépression, décrit, lors de la formation intitulée *Les troubles de l'humeur*, qu'il lui arrive de dire à un dépressif qui se décourage, d'au moins ne pas « déprimer sur sa dépression ». C'est là une intervention qui tient de la même idée que ce qui est dit plus haut au sens où l'exercice consiste à ne pas se préoccuper de sa préoccupation. Aussi, pourrait-on dire, on n'est pas qu'un dépressif...



forme d'un « Qui es-tu dans cette vie par le biais de la souffrance ? ». Une conséquence première est l'affaiblissement de cette disposition à la transcendance de par ce soi questionné en propre. Tout éprouvé existentiel dans la maladie tend vers un souci qui, selon la gravité de la souffrance ou des restrictions symptomatiques qu'occasionnent un type de pathologie, fait apparaître de grandes incertitudes quant à son propre destin. Un homme dépressif est, comme nous le savons, vidé ou presque de toute espérance ; il faut, bien souvent, savoir lui rappeler ce qui le motivait avant, ses simples passions d'antan ou ce qui avait, hier encore, un sens pour lui, mais les jours sont longs, car inoccupés de ses tâches et occupations d'avant la maladie. Celui-ci ne croit plus pouvoir se sortir de cette vacuité. Le malade physique sera dépressif juste à l'idée de ce corps malade qui restreint considérablement sa mobilité. Lui, hier encore si complice en toute action comme dans l'oubli, voilà que soudainement ce corps lui fait faux bond. Il est alors face à lui-même, seul, et dans sa sollicitude face aux autres, ses plaintes expriment tout autant son mal que cette intraduisible solitude dans la surpréoccupante angoisse de son état de malade. Le soi exacerbé, surdimensionné par le souci, obstrue tout horizon de vie. La transcendance appauvrie par la maladie est, du fait donc de cette soudaine obligation, d'un rapport plus franc à soi-même, du soi en propre, qui inclut cette rigidité dans l'articulation à son rapport au monde. Il a à se déjouer lui-même, mais le fait même des efforts qu'il y met va dans le sens opposé de ce qu'il souhaite, c'est-à-dire l'oubli. Prenons l'exemple de l'orateur qui, étant malgré tout soucieux de bien faire, et qui, bien que se rendant sans problème à la soirée où il doit faire un exposé, cafouille à plus d'une reprise durant sa présentation, parce que troublé d'avoir appris le matin de son médecin qu'il souffre d'un diabète sévère ; son quotidien s'en est trouvé quelque peu bouleversé. Ce pourrait être aussi cette autre personne qui, par une suite de fâcheux événements, somme toute fortuits, réagit encore avec une fragilité oubliée, ce qui a pour effet de le précipiter à nouveau dans la dépression. Nous pourrions également citer le fait, plus grave, d'un autre qui apprend cette fois qu'il est atteint d'une maladie au pronostic laissant peu d'espérance, moins chanceux encore que les deux précédents, et qui

pourtant commençait sa journée bien à l'égal de ceux-ci, au sens où il pouvait, comme eux, tout espérer. Être en devenir de lui-même, et donc pas moins démuné que les autres, avant que n'advienne cette terrible annonce de diagnostic d'une maladie incurable, celle-ci menaçant sans appel toutes dispositions de transcendance.

Nous soutenions juste auparavant que la transcendance dans la santé est inversement proportionnelle<sup>56</sup> à toute préoccupation d'ordre psychologique ou de maladie physique. Mais peut-on comparer, par exemple, la souffrance funeste d'une schizophrénie manifeste et celle d'un malade cancéreux dans son parcours terminal ? Le cancéreux en phase terminale étant engagé dans l'inexorable corridor de la mort et le schizophrène, lui, « exclu » de toute transcendance ? Devant la fin imminente, quel monde reste-t-il au cancéreux ? Et quel monde reste-t-il aussi au schizophrène ? Dans ces deux cas extrêmes parle-t-on toujours de transcendance, même appauvrie ? Nous croyons que ces exemples plutôt extrêmes peuvent aider à mieux nous éclairer afin de comprendre la maladie comme sens de soi exacerbé. L'angoisse<sup>57</sup> fondamentale ressentie par le schizophrène et le cancéreux, bien que vécue fort différemment, évoque tout de même ce que Heidegger considère comme le sentiment même qui place l'homme face à lui-même comme existant. Le malade est ainsi dans cet impossible échappement à soi-même où il trouve toujours à trop *se préoccuper*, en situation donc de « surpréoccupation ». Il faut préciser que chaque pathologie, qu'elle soit physique ou psychologique, a un mode de préoccupation bien spécifique et que le malade s'angoisse à sa façon, selon qu'il soit captif d'une douleur chronique, cancéreux, lépreux ou dépressif, hypomane ou paranoïaque. La subjectivité détermine aussi l'expérience vécue dans le rapport qu'on entretient avec sa pathologie, voire

---

<sup>56</sup> Il est à comprendre ici qu'il s'agit d'un estompage de la préoccupation d'un mode d'être à l'autre, c'est-à-dire entre santé et maladie, donc au sens existentiel et non à partir d'un point de vue quantifiable.

<sup>57</sup> « Qu'est que l'angoisse ? (en comparaison à) la peur est peur "de" quelque chose, l'angoisse, au contraire, est angoisse de rien, devant rien... l'angoisse est précisément l'expérience de l'être-au-monde comme tel, du monde même » (Dubois, 2000).

même le seuil de tolérance ou de ressenti de la douleur de chacun. Mais perdant donc ses repères dans le quotidien qui lui est familier, le malade est confronté à l'expérience de l'étrangeté et de la manifestation d'une angoisse difficile à contenir et il ne peut, ou en tout cas très difficilement vu sa condition, avoir qu'un accès limité à ce qui l'inscrit au sein de la quotidienneté comme être-au-monde. Nous croyons que recouvrer la santé est l'expérience de cette transcendance qui est un retour vers ce qui nous porte et ouvre l'horizon d'un ailleurs qui est autre chose que soi, là où le sens évoque ce devenir et cet appel face à l'horizon du monde. Reste que celui qui est dans l'épreuve de la maladie se sent plus dans l'obligation, ou certes est concerné par le fait de donner un sens à sa situation pathétique. Toute transcendance s'en trouve resserrée et dans une grande difficulté à se déployer à partir du creuset<sup>58</sup> d'une expérience du soi rivé à son propre questionnement.

S'il en est un qui soit quotidiennement témoin de cette lutte avec soi-même et d'un facteur de sous transcendance au monde, c'est bien le clinicien (psychologue ou médecin) qui voit défiler dans son cabinet (que ce soit pour un avis médical explicite, des soins spécialisés, une thérapie, des médicaments, etc.) tous ces patients dans cette soucieuse requête de tout ce qui les ferait expressément décoller d'eux-mêmes et les remettrait, grabataire perclus ou dépressif pris d'un questionnement qui n'a de cesse, à nouveau responsables de leur quotidien et dans la voie de toute autre préoccupation plus salutaire que celle liée à la maladie. Ce n'est pas trop généraliser et/ou trop simplifier que d'affirmer certes qu'un objectif de celui qui consulte, pris en termes existentiels ou non, est, dans son souhait de guérison, de passer de la surpréoccupation de soi à ce que nous croyons être donc un salutaire oubli de soi. Cela pourrait prendre la forme de plaintes ou doléances à un premier signe de mobilisation prudente pour un retour vers un souci moindre et de transcendance

---

<sup>58</sup> À comprendre au sens de l'être en propre *versus* le monde dans lequel il peut, dans la transcendance, se déployer.

balbutiante lié aux enjeux de la quotidienneté. C'est la raison pour laquelle toute tentative thérapeutique<sup>59</sup> qui viserait à bannir tout souci pour un mieux-être ou un bien-être exclusif d'un bonheur tant recherché serait inconcevable, car elle ne tiendrait aucunement compte du fait que toute existence est souci avant tout ; c'est ce à partir de quoi nous nous projetons comme êtres conscients de nos limites et de notre finitude. D'ailleurs, une façon commune pour les gens de dire que tout ne va pas comme ils le souhaiteraient est d'évoquer la condition humaine en parlant de problèmes dits « existentiels ». L'épreuve de la maladie n'est, au fond, que l'expérience d'une plus grande limite qui fait obstacle à la plupart de nos habitudes quotidiennes et, plus significativement, le fait de mettre entre parenthèses un certain oubli de soi comme l'homme participant plus facilement au monde. En un sens, le malade est celui qui, dans l'épreuve, sait trop exister comme trop éprouver. L'existence, elle, il nous faut toujours la comprendre aussi comme indissociable d'un horizon du monde, car il y a un monde !

Dans l'expérience extrême d'une transcendance appauvrie, voire caduque, comme dans les cas de schizophrénie, l'on observe une division entre le soi et l'horizon du monde. Le cancéreux à ses derniers jours est également dans un autre monde ; il mesure sa disponibilité au monde en jours si ce n'est pas en instants de grâce qu'il lui reste. Il est face à l'ultime mort comme face à une parfaite étrangère. Le schizophrène, lui, est plongé de la même façon dans la plus pure étrangeté d'où il ne se reconnaît plus comme lui-même, ou comme un soi (ou pourrait-on dire comme l'intégrité d'une question pour soi-même), mais dans l'expérience de la pure angoisse d'une transcendance qui, si elle est non absente, s'en trouve défaillante. Le couple soi et monde ou, autrement dit, l'être-au-monde, n'a plus lieu d'être. Henry Maldiney

---

<sup>59</sup> Il en est de même pour le médecin qui est à l'affût, se tient dans un constant monitoring de la préoccupation du patient quant à sa santé. Et comme on dit souvent en psychologie clinique, le patient est l'expert de lui-même, il sait ce qu'il ressent de lui. Au sens existentiel, on dira qu'il a à charge son existence.

(2007) décrit le schizophrène comme un « Je n’y suis plus ». Il n’est plus charnière<sup>60</sup> de ces choses que l’on fait et qui, à leur tour, nous font aussi (pour reprendre en paraphrase les paroles précitées de Jean-Pierre Vernant [2001] sur la condition humaine).

Un homme qui perd pied dans un monde qu’il ne reconnaît plus comme monde parce qu’il ne s’y reconnaît plus comme soi... Il a cessé en même temps d’être au monde et à soi. C’est ce que signifie la réponse d’un schizophrène à la question « où ? » : « Où êtes-vous ? – Ici, dans cette salle. Mais pour moi “ici” ça ne veut rien dire »... Il sait à quel endroit précis il se trouve, mais il ne s’y retrouve pas... Il n’est ni au monde ni à soi (Maldiney, 2007).

En voilà un qui non seulement est tombé malade, mais « a perdu pied » dans le vide, qui existe comme à l’égal de l’angoisse ressentie, et à défaut de transcendance structurante, sans sortie vers un monde. Il n’y a plus de ce pivot où soi et monde se confondent en cette disponibilité qui caractérise la santé ou tel que l’homme se tourne vers autre chose, vers un ailleurs qui n’a de cesse de l’appeler. La santé, sans jamais toutefois chercher à réduire celle-ci à une quelconque dichotomie<sup>61</sup>, n’en est pas moins un ailleurs de la maladie, « un homme *ex-iste*, se tient *hors...* » C’est ainsi qu’il faut comprendre le mot « *ex-istence* ». Toujours selon Maldiney : « *Ex* (hors) ne signifie pas, ici, l’extériorité, mais la transcendance » (2007).

La schizophrénie décrite par Maldiney comme perte de transcendance est évoquée par la description phénoménologique qu’il en fait et par le type de rapport au monde observé dans cette maladie. Pour notre part, le maniérisme ou la pose catatonique (passive ou agitée)<sup>62</sup> du schizophrène est sans lien de sens, ou uniquement apparent,

---

<sup>60</sup> Il serait pertinent d’évoquer à nouveau ici ce concept-idée de « seuil » dans les écrits du psychologue Bernd Jager (1996).

<sup>61</sup> En effet, « dans la haine, par exemple, l’homme est tourné vers un autre qui ne cesse de l’appeler... Est-ce pour autant un signe de la santé ? » (commentaire ponctuel de Christian Thiboutot, directeur de thèse, 2015)

<sup>62</sup> Dans la psychiatrie, « catatonie » est un terme clinique paradoxal qui décrit tout autant un état qui peut être passif, comme l’observation d’une invraisemblable agitation.

avec le dehors et se trouve en quelque sorte comme dans la « négation » (ou désarticulation au monde externe) de tout changement qui viendrait de l'extérieur ou en l'absence de tout dépassement, de toute transcendance vers un monde. Dans sa pose rigide, le catatonique ne se déclare « ni au monde ni à soi ». Le monde est un horizon qui invite l'homme à y faire place, à l'habiter, et selon le sens qui l'appelle, le retient, mais la santé, c'est aussi faire face à l'autre et l'altérité d'un monde ; c'est savoir pivoter le plus allègrement devant toute significativité (horizon de sens), et ce, malgré les nombreuses différences qui nous interpellent. Un exemple clinique qui, par expérience, serait de l'ordre d'une attitude plutôt rigide, enfin l'impression qu'il nous en vient de prime abord, serait celui d'une personne qui entamerait une psychothérapie à la recherche d'un idéal de normalisation à un point tel qu'il s'imaginerait un jour apte à accepter toutes confrontations à l'événementiel, à la différence, à tout changement autour de lui en ne réagissant que de manière presque stoïque. Nous aurons compris que la capacité à pivoter n'est pas non plus un idéal d'extrême acceptation de tout, pas plus que d'un manège étourdissant où l'on se comporterait frénétiquement comme si tout était digne d'intérêt.

Un autre exemple où la rigidité s'oppose à une capacité de pivoter, d'être disponible au monde, est bien ce quotidien fait d'attitudes contradictoires souvent retrouvées dans les psychopathologies de type « état-limite ». On sait que, selon l'interprétation nosographique qu'en fait Bergeret (1996), cette pathologie est dite *astructurelle*, c'est-à-dire, et contrairement à ce qu'on en pense de façon erronée, pas demi-névrosé ou demi-psychotique. Dans *Théorie de l'attachement et psychanalyse*, Peter Fonagy donne cet exemple (au sous-chapitre « La rigidité des schèmes de relation et le gel des systèmes de représentation ») d'un patient état-limite qui, ayant vaincu certaines rigidités, se remémore son obstination féroce envers une vendeuse dont il disait qu'elle ne lui avait pas remis la monnaie exacte : « Je ne pouvais absolument pas voir d'autre possibilité que le fait d'avoir raison : ce n'est pas que je ne voulais pas le voir, simplement cela n'existait pas » (Fonagy, 2004). En tant que psychanalyste, Fonagy

suggère ici une dynamique de toute-puissance pour expliquer ce manque de souplesse. Pour donner suite à notre interprétation phénoménologique de la capacité chez l'être en bonne santé de pivoter ou d'occulter (mettre en fond) sa présence à d'autres situations de son expérience vécue et ainsi se rendre disponible à ce qui le convoque *ici et maintenant*, nous y voyons une impossibilité à entendre ou à être *présent* à la perspective de la vendeuse. On pourrait évoquer, également, ce constant doute et le besoin de réassurance chez ce type de dynamique état-limite lors d'entrevue clinique. Le psychothérapeute est un professionnel. Son travail et sa passion consistent à être présent à l'autre, à offrir une écoute active, et bien qu'il en reçoive en plus des honoraires appréciables il n'a, au fond, qu'une intention : se rendre le plus digne possible de la profession qu'il exerce. Il ne peut se prévenir de toute détestation soudaine quand un simple retard de sa part à une rencontre clinique amène le patient à plonger dans les affres du sentiment de rejet et de nombres d'expériences pénibles ressurgies du passé et dont le thérapeute sera la cible. Cela est, pourtant, si peu en lien avec *l'ici et maintenant* de la dyade thérapeute-client ! Transfert pour certains ou occultation pour d'autres d'une expérience qui s'impose obstinément en figure. Le vécu exprimé dans ce type de pathologie limite tient à une capacité de transcendance en mal de pouvoir pivoter et démontrer de la souplesse face aux événements. Une expérience passée trop présente vient se substituer comme seul traducteur du sens et de *l'ici et maintenant* de la situation.

Dans ces pathologies limites ou même dans des cas extrêmes (schizophrénie) de perte de transcendance dans le rapport au monde, nous constatons une expérience de rétrécissement des horizons dans laquelle la personne souffrante est dans un état à ce point exacerbé qu'elle n'a qu'un accès bien rudimentaire à l'expérience de l'autre. La schizophrénie est un monde des plus refermé et rempli d'angoisse profonde face à l'exis-

tence. L'expérience de l'état-limite<sup>63</sup> en est une le plus souvent de rigidité : elle amène de l'angoisse quand ce qui est vécu ne correspond pas à sa propre lecture interne (subjective, soit de transfert ou de vécu phénoménologique passé apparaissant obstinément en figure). Alors, le bien portant<sup>64</sup>, qui ne s'inscrit pas dans la vie non plus sans ses propres soucis et inquiétudes, a tout de même cet avantage, malgré tout, de mieux faire avec l'altérité d'un monde qui, même s'il lui résiste, est néanmoins l'expérience constituante de son être-au-monde. Ce monde est donc ouvert, éclaté vers autre chose, vers un ailleurs, ce qu'on appelle, en terme et concept, la transcendance.

Ces pathologies et problématiques de santé mentale nous apprennent que, pour toutes celles-ci, toute proportion gardée, des failles sont présentes dans cette articulation de l'existant et dans son rapport à l'autre et au monde. Pour Maldiney, le schizophrène arrive mal à appréhender ce qui est « au-dehors ou au-dedans » de lui. Ainsi, il peut difficilement se ménager « un horizon de présence sous lequel l'autre peut être rencontré ». Il ajoutera cependant que la schizophrénie est encore existence, car celui qui en est atteint « tente par son délire de se comporter à... de se rapporter à » ; elle est donc transcendance malgré tout, et comme nous le mentionnions auparavant, synonyme d'« existence », à la différence que ce dernier veut désespérément échapper aux angoisses ultimes de désintégration ou de morcellement que comporte sa maladie. Le soi étant si peu en cohésion avec lui-même, il est exclu ici de parler de toute faveur d'un oubli de soi où il retrouverait un quelconque mieux-être ; il est néanmoins dans l'urgence d'échapper à l'angoisse. Il vit une souffrance au-delà des mots, tout à fait intraduisible, face à ce qui sous-tend toute existence, bien portant ou

---

<sup>63</sup> La pathologie limite est l'une des plus souffrantes qui soit, parce qu'elle relève d'enjeux archaïques de peur d'abandon.

<sup>64</sup> On peut le voir tel que l'on comprendrait la dynamique du névrosé, de celui donc qui a appris à composer avec la frustration, la perte, le deuil. À l'inverse de l'hypomaniaque qui part à la conquête de tous horizons dans un effort qualifiable ici de surtranscendance et d'ivresse de présences à tout et à rien, l'« état-limite », lui, apprend douloureusement de ses blessures alors qu'il multiplie les tentatives pour arriver à se mettre à l'abri des sentiments de rejet et des peurs d'abandon.



non, c'est-à-dire une angoisse d'*exister*. C'est une angoisse donc qui l'envahit dans une telle proportion qu'il ne s'y reconnaît plus (n'y est plus), mais qui est malgré tout, pour Heidegger (1986), un sentiment fondamental. Pour un commentateur de Heidegger tel qu'André Dartigues, elle est « la ressource par laquelle l'existence peut se comprendre elle-même, le révélateur de son sens » (Dartigues, 1972). Le schizophrène est celui qui, dans sa terrifiante expérience d'angoisse, est plus que quiconque, donc, dans la maladie, celui qui est placé devant l'étrangeté de celle-ci.

C'est d'ailleurs de la relation avec cette authentique préoccupation quant à soi, ainsi que du rapport que chaque individu entretient avec la maladie que le prochain sous-chapitre se propose d'aborder. Plus précisément, les notions heideggériennes d'authenticité et d'inauthenticité : la première étant le soi en ceci qu'il se questionne sur son sens même ou tel qu'on le retrouve à travers la surpréoccupation dans l'expérience vive de la maladie, et la seconde telle que son engagement comme être-au-monde jusqu'à l'oubli, autant que possible, de toute angoisse relative à un soi authentique.

Mais pour lors, concluons cette section. Nous savons que la transcendance du bien portant est une expérience de souplesse comme être dans le monde qu'il a en général quand les soucis ne sont pas trop prégnants et ne le ramènent pas trop à cette conscience existentielle, authentiquement près d'elle-même. C'est une capacité à pivoter face aux événements et situations du monde vécu. Mais une telle disponibilité devant laquelle il ne se désisterait jamais, nous l'avons bien vu, serait d'une transcendance excessive plutôt de l'ordre d'un épisode maniaque. Ou pour prendre cet autre exemple psychopathologique, qu'en est-il de l'embarras de celui qui, de par sa dynamique de profil de dépendant affectif, demeure incapable de se soustraire, par exemple, à une simple conversation dans une soirée par peur de déplaire ? Ou, nettement plus éprouvant encore, quand il se trouve dans une relation où l'autre décide de tout, et qu'il en va de sa liberté même ? De même, ce sera souvent pour ces dépendants affectifs la séquence fortuite des événements qui va décider pour eux, et

non la reconnaissance de leur propre désir ; la cause étant cette grande indécision qui les caractérise face aux choix et opportunités de la vie. Là encore, un manque d'horizon, une incapacité à pivoter, de pouvoir se définir sans l'autre. Il y a donc beaucoup à distinguer ici, d'un continuum allant de la fermeture noire du schizophrène en passant par rythme et santé se manifestant comme transcendance à l'hypomaniaque qui veut tout voir et semble sans répit, papillonnant d'une chose à l'autre, poussé par une envie absolue de tout, mais qui, en manquant de mesure et de rythme, au final, n'habite rien. Alors que le rythme n'y est plus, celui-ci ne peut se déposer dans aucune expérience qui alors s'ouvrirait sur un sens qui soit signifiant pour soi. Il n'habite plus un monde, et sa souffrance liée à l'excès aboutit nécessairement à une vive préoccupation quant à son sort même<sup>65</sup>. Dans ces deux exemples de pathologie cités plus haut, l'un, le type dépendant, est englué dans ses expériences quotidiennes jusqu'à l'anxiété de séparation<sup>66</sup> tandis que l'autre, aux humeurs maniaques, surfait les choses et, en un sens, « surtranscende » de par ses nombreux projets et ses actions flamboyantes qui demeurent essentiellement inchoatifs. Autrement dit, la transcendance se surfait ici et c'est en ce sens qu'elle est indigente. Il ne se dépose donc nulle part en ayant cette attitude irréaliste et excessive faite de « grandiosité » face à la vie.

Non, si la transcendance est cette capacité modérée d'échappement, le fait d'un ailleurs vers lequel on se tourne se manifeste par un sens qui nous appelle, nous convoque. C'est ainsi que la jeune fille habite son monde quand, pour prendre cet

---

<sup>65</sup> Un exemple vécu en clinique et à mettre en lien avec ce propos serait celui d'un homme dans la cinquantaine qui fut diagnostiqué bipolaire depuis de nombreuses années et qui avait demandé à son psychiatre un ajustement à sa médication qui visait précisément à réduire son débit de parole. Bref, il était épuisé de ne pouvoir simplement « arrêter de parler ! » Ou pouvoir enfin dire quelque chose dont le sens est dans un horizon qui tient compte de l'autre, de son interlocuteur.

<sup>66</sup> L'anxiété de séparation est une problématique qui ne se retrouve pas seulement chez l'enfant, mais peut se vivre chez l'adulte, et pas uniquement vis-à-vis des personnes non plus, mais aussi des choses et des lieux comme, par exemple, il en serait de la franche inadaptation à un déménagement ou de la trop grande habitude à un objet fétiche perdu.

exemple très banal, elle se maquille avec la tranquille anticipation et le juste souci de bien paraître et plaire à l'autre, s'oubliant dans cet acte dont les promesses d'une rencontre galante sont essentiellement cet ailleurs qui l'attend. Ne reconnaît-on pas, dans bien des cas où la santé de la personne n'est pas à son mieux, cette perte d'intérêt pour l'image de soi bien soignée ou dans le fait de ne s'en tenir qu'à une hygiène rudimentaire ? Comme si le monde ne pouvait pas, ou plus autant, nous tirer vers un ailleurs de la rencontre ou d'un projet qui nous tient et auquel nous voudrions être disponibles. Aussi, dans cette idée même d'une quotidienneté et d'un monde qui aurait préséance et où, dans la transcendance même, il y aurait toujours comme une promesse d'un sens pour l'homme, tandis que pour le malade, tout n'est que trop souvent rappel à une authentique angoisse de soi qui sera vue plus en détail au sous-chapitre suivant (section 2.2).

En guise de conclusion, nous pourrions imaginer l'ensemble du propos de ce sous-chapitre à l'aide de cet auteur contemporain de Heidegger, soit Maurice Merleau-Ponty<sup>67</sup>, en comparant la transcendance, ce rapport de l'homme *au monde*, au musicien avec son instrument. Ce passage est de Merleau-Ponty dans *Phénoménologie de la perception* :

Disons-nous que l'organiste analyse l'orgue [...] Il s'assied sur le banc, il actionne des pédales, il tire les jeux, il prend mesure de l'instrument avec son corps, il s'incorpore les directions et les dimensions. Il s'installe dans l'orgue comme on s'installe dans une maison. Entre l'essence musicale du morceau telle qu'elle est indiquée dans la partition et la musique qui effectivement résonne autour de l'orgue, une relation si directe s'établit que le corps<sup>68</sup> de l'organiste et l'instrument ne sont plus que le lieu de passage de cette relation. Désormais, la musique existe par soi et c'est par elle que le reste existe (Merleau-Ponty, 1945).

---

<sup>67</sup> Celui-ci a grandement abordé la question de l'être-au-monde à partir de la notion de corporéité.

<sup>68</sup> Merleau-Ponty représente souvent d'ailleurs le corps comme cette fenêtre sur le monde. À partir de cette image, on pourrait tout autant représenter le corps malade comme étant cette même fenêtre, mais embrouillée, et d'où les horizons deviennent indistincts. La maladie mentale est de même ce filtre qui assombrit ou ces lunettes qui colorent et trafiquent toutes perceptions des horizons.

Ici, nous pouvons, en un sens, extrapoler cette image au bien portant qui est celui capable de trouver dans sa vie le rythme et la musique qui lui conviennent. Alors que le malade est contraint de jouer en sourdine, l'instrument est défaillant, son bruit symptomatique en est disharmonieux et discordant : il est face à lui-même. Le monde ne se présente plus comme la transcendance qu'il peut être pour lui ; il ne peut surtout que constater les restrictions de son expérience vécue du monde.

### 2.3 Authenticité et inauthenticité

Pour Heidegger (1986), il y a deux modes d'être pour l'homme : l'authentique et l'inauthentique. Il ne faut pas d'emblée comprendre cela comme l'authenticité étant le vrai ou même le bien à rechercher à tout prix. Au contraire, l'homme est, par le simple souci quotidien et l'inauthenticité, être de transcendance. Ce n'est que dans ce qu'il éprouve, dans un questionnement et une souffrance, un plus grand souci, qu'il a cette expérience authentique de lui-même. Bref, le souci et la souffrance l'interpellent quant à son soi authentique qui s'éprouve. Il se sent appelé à donner sens à ce qu'il vit, voire à son existence, alors qu'au contraire son engagement se révèle comme participation à un monde, même s'il ne vient pas dissiper totalement ses inconforts existentiels et expérience inauthentique (qui l'éloigne du soi éprouvé). Le soi se mêle (inauthentique) au Monde. C'est ce que Heidegger (1986) appellera l'expérience du « on » (au sens le plus quotidien, avec l'autre, tourné vers un monde, participant d'un projet qui nous absorbe) dans le faire et l'adhésion au quotidien ou « Quotidiennement, je suis ce qu'on est. "On" » dira brièvement Dubois (2000). C'est donc que, par cette modalité inauthentique et « oublieuse », je ne suis plus rivé à moi, mais orienté vers autre chose. La santé est donc beaucoup plus dans ce bavardage quotidien et du fait de se mêler, de se joindre à ce qui est public. En d'autres termes, ce n'est bien que dans ces moments que l'homme trouve un sens transcendant, c'est-

à-dire dans ce qu'il vit ou ce qui l'interpelle alors comme existant. La maladie, comme toutes les situations limites (être concerné par la mort, l'angoisse de soi, le désespoir), participe donc d'une expérience plus authentique. Alors que l'inauthentique, dans les mots cette fois de Dartigues, « c'est restreindre le sens qui s'est déployé dans le langage au simple bavardage, à la plate imitation d'autrui. Livré à ses petits soucis, le "je" peut s'enliser dans le "on" impersonnel et n'atteindre donc pas sa vérité » (1972).

Faut-il alors croire, peut-être naïvement, que la maladie tient d'une angoisse qui réclame sens et vérité ? Comme il est difficile d'échapper à soi dans la maladie, cela ne peut que conduire, au travers des formes les plus souffrantes de celle-ci comme certaines chronicités pathologiques, qu'à la surpréoccupation et l'angoisse. « N'ayant pas d'objet, l'angoisse ne peut s'assurer de rien en ce monde, ni donc de se rassurer ; aucune signification de la vie courante ne peut-être invoquée pour l'expliquer ni lui servir de remède ». (Dartigues, 1972) D'autre part, on pourrait aussi penser, naïvement encore une fois, que le concept d'oubli de soi en santé est comme un remède à prescrire. Mais ne sait-on jamais de façon absolue ce qui angoisse une personne ou ce qui, à l'inverse, dans sa subjectivité ou son seuil même de tolérance à la douleur, le porte à la préoccupation et la non-disponibilité ? En vérité, ce qu'il faut mentionner, c'est que même dans l'expérience de la maladie la plus handicapante pour l'individu, celui-ci a toujours un monde et retrouve bien sûr, à l'occasion, le sens prégnant du simple bavardage, du rapport à l'autre<sup>69</sup>. Le malade a tout de même un monde restreint.

Tout cela pourtant ne rend pas justice à la question qui reste, à savoir, entre l'authenticité et l'inauthenticité, ce que l'homme habite réellement. Nous savons

---

<sup>69</sup> Il faut se rappeler ici le texte de Van den Berg *Garder le lit*, dans lequel il décrit justement ces bavardages de bord de lit (ou *bedside manners*) entre bien portant visiteur et alité.

qu'entre ces deux modes d'être, ce n'est guère tranché. On pourrait dire aussi, comme nous en avons déjà parlé auparavant, que seul le patient apprend vraiment au praticien où se situe sa préoccupation ou dans quelle mesure il peut croire bien se porter. Ou, pour reprendre la métaphore de Susan Sontag tirée de *La maladie comme métaphore* (2009), qui décrit maladie et santé comme respectivement deux nationalités que tous portent « En naissant, nous acquérons une double nationalité qui relève du royaume des bien portants comme celui des malades »<sup>70</sup>. Habite-t-on plus le sens de l'une que de l'autre, malgré des frontières qui semblent bien se chevaucher ? Les concepts heideggériens présentés dans ce sous-chapitre parlent certes de l'homme authentique dans l'éprouvé de la maladie, mais le « on » où nous sommes représentés par celui-ci en tant que bien inscrit dans la quotidienneté ne serait-il au mieux le lieu de notre demeure et par surcroît, et en congruence avec l'idée même de cet essai, le lieu-dit de la santé au sens de l'habité ? Ou faut-il en rester à cette idée que seule l'angoisse de l'existant (une angoisse qui se trouverait peu ou prou exacerbée dans la maladie) viendrait du fait que l'homme est acculé à la question de sa propre existence comme de l'idée de sa propre mort, et donc de sa véracité comme soi ?

La vérité est aussi qu'aucun malade, à moins de ne viser que les bénéfices de la maladie, ne veut en un sens demeurer authentique ; ce qu'il vise ultimement, c'est la santé et l'oubli de soi dans un monde qui s'ouvrirait en un vaste horizon où il serait plutôt à l'égal des possibilités qu'il explore et donc radicalement transcendant. Demeure un être « *fuyant* devant lui-même, il se réfugie dans le on. Pour celui qu'absorbe le tourbillon quotidien et qui fonce vers ce qui préoccupe - je-me-préoccupe voulant alors dire je m'oublie moi-même » alors, « On est bel et bien *ce* dont on se préoccupe » (Heidegger, 1986).

---

<sup>70</sup> Comme *se porter* en bonne ou mauvaise santé.

En général, dans la plupart des maladies, nous retrouvons cette difficulté à être présent pour ne pas dire être dans le *présent* de toutes tâches qui forment le monde de la quotidienneté. Il y a un manque de disponibilité et donc de présence à ce qui nous occupe. Ce que nous éprouvons dans la maladie physique ou la souffrance psychologique est ce qui nous rend fusionnels à notre soi-préoccupé et, bien malgré nous, de la question de notre pleine authenticité. L'inauthenticité et notre confluence avec une pensée plus commune qui s'impose alors à nous face au quotidien, et ce que nous appelions tout juste avant le « on » général, nous rend donc moins pris de notre subjectivité en tant que rapport à soi et authenticité, est bien ce qui dans la maladie nous fait nous en éloigner. L'être est, si je puis dire, moins au monde. Il est d'autre part dans le labyrinthe<sup>71</sup> des ruminations d'un rapport à soi et de ce qui caractérise le discours soucieux du malade. Il est plus concerné par ce qui l'angoisse et l'appelle à le nommer pour ce qu'il est authentiquement. Recouvrer la santé serait donc moins une obligation de connaissance de soi que la recherche de sens et d'apaisement, comme le discours du dépressif qui ne sait plus, ou sait qu'il cherche trop, de-ci de-là, s'éparpille ou se confond lui-même à travers une préoccupation de soi compulsive, à donner un sens à ce qui prend toute l'apparence d'un discours intérieur sans fin comme deux bouts d'une même chose qui semblent ne jamais vouloir finir par se rejoindre. Vous ne le consolerez pas, bien évidemment, en lui disant que rien n'est plus authentique que le questionnement ou la souffrance ressortant de cet interminable monologue intérieur. Mais il est néanmoins dans l'impossible échappement à lui-même, là où, particulièrement dans la douleur exacerbée ou spécifiquement dans la maladie terminale, on dit faire face à des situations limites ou à des problèmes qui nous mettent face à nous dans un dernier épisode de vie ou dernier droit de la vie<sup>72</sup>. D'ailleurs, une

---

<sup>71</sup> Tout en évoquant la métaphore du « labyrinthe » ; le fil d'Ariane serait ici de ne plus (trop) chercher, ce qu'est l'oubli de soi.

<sup>72</sup> André Malraux disait que ce n'est que lors de notre fin proche, imminente, que nous réalisons que nous avons un « Destin », c'est-à-dire que nous ne pouvons plus rien changer de notre passé, de notre histoire.

marque de cette authenticité n'est-elle pas, dans ces moments où le souci prime, une prise de conscience de notre essentielle solitude face à la maladie ou aux derniers choix devant lesquels l'existence nous place ? Dans la maladie, tout cela est plus qu'évident, c'est même une radicale solitude face à des limites de l'existence qui évoquent maintenant plus gravement notre réelle finitude, cette mort qui, dans des pathologies malignes, semble s'approcher à toute vitesse, comme (sans jeu de mots) à tombeau ouvert. La différence est que le choix n'existe pas dans la maladie ; elle est cette chose étrange ou ce corps mortel qui apparaissent maintenant comme un objet<sup>73</sup> faillible et auquel nous constatons être inexorablement rattachés, dépendant d'eux autant qu'on ne peut échapper à notre fin comme mortel, ce que semble toujours actualiser la manifestation d'une quelconque douleur<sup>74</sup>, certes d'une maladie qui nous met dans une épreuve de souffrance sans fin ou de ces pauvres pronostics qui laissent peu d'espoir. Nous ne pouvons donc plus oublier que s'il part (si ce corps nous lâche), nous partons avec lui. Il peut en être tout autant des cas de troubles mentaux sévères ou des maladies psychologiques chroniques, c'est-à-dire des troubles persistants, par exemple des dépressions récurrentes, troubles de personnalité, voire très certainement de l'éclatement du moi dans la psychose, ceux-ci étant tous susceptibles de faire émerger

---

<sup>73</sup> Nous verrons dans le sous-chapitre subséquent comment la santé est dans un autre concept heideggérien, celui d'« être-sous-la-main » (1986), dont l'analogie est tout outil, qui, au quotidien, a un usage qui va de soi, nous permet de nous confondre aux tâches et pratiques de la quotidienneté. Que nous ne sommes pas qu'inauthentiques dans l'intersubjectivité et la communauté du « On », mais que tout objet, surtout les choses *fonctionnelles* (marteau, stylo, pelle, brosse, parapluie, ou choses *sous-la-main*) organisent le sens et l'oubli de soi ! En revanche, un objet brisé, défectueux, éveille bel et bien cette complicité de l'homme avec le monde, fait prendre conscience que l'existence se confond à ce monde. La santé, parallèlement, peut-être aussi perçue comme objet aussi docile que fonctionnel, serait vue même comme l'exemple royal de ce qui se confond (se cache) et permet à l'existant d'être de ce monde, disponible à l'inauthentique. La maladie est cette cassure qui fait apparaître clairement notre rapport au corps en santé, à la psyché disponible. Sinon, il demeure difficile de savoir ce qu'est cette santé, de tout ce dont elle capable, et telle cette analogie, en partant d'un exemple souvent repris par Heidegger, d'un marteau disloqué, nous réalisons la portée de notre inauthentique engagement et oubli en toute tâche. En un sens, la santé, c'est ce qui dans son fonctionnement silencieux nous engage à la tâche de vivre et nous permet d'être pleinement en face d'un horizon de possibles.

<sup>74</sup> Il n'y a pas moins dans le simple fait d'une piqûre de l'épine d'une rose qu'un rappel de notre condition existentielle d'éprouvé et de mortel (Thiboutot, 2004).



une angoisse profonde, alors qu'ils rendent la mort parfois plus invitante que la stigmatisation continue d'une pathologie aiguë. On dit de celui qui a un comportement suicidaire qu'il ne veut pas tant la mort que surtout mettre fin à ses souffrances.

L'inauthentique serait donc le fait de l'homme d'un quotidien investi au risque<sup>75</sup> de l'oubli de soi, mais qui, en revanche, nous éloigne de toute tourmente concomitante à l'expérience de la souffrance du malade. Il est celui qui vit au présent, absorbé par de petites et grandes tâches, tout comme il peut être distrait par d'occasionnels bavardages. Il en est de même d'un concept comme l'intersubjectivité relative à ce « on », comme issu du monde de la simple préoccupation (ou autre concept, incluant le bavardage). C'est ce que Heidegger nomme d'autre part l'« être-l'un-avec-l'autre ».

D'autres exemples de pathologies ou symptômes (comme la mélancolie, voire le deuil pathologique) suggèrent un rapport au temps qui est tout autre que l'oubli dans l'acte au présent. Il y a, en effet, dans la mélancolie, un rapport souffrant et trouble avec un passé dont l'individu n'arrive pas à se distancer. Dans un affect négatif tel que la mélancolie ou dans la situation d'un deuil persistant, le passé capte tout entier l'esprit de l'individu qui est donc peu en lien avec l'actuel et le présent, comme il est très peu dans ce que l'on pourrait appeler une bonne capacité d'attention à l'autre et au monde qui l'entoure. La perte de l'objet, tel qu'il est souvent le cas d'une réelle idéalisation dans ces types de pathologies, est à la source de ses difficultés à s'actualiser dans des tâches *présentes* et même d'envisager favorablement le temps *futur* ou de ces premiers pas en avant pour retrouver cette capacité de se projeter vers un avenir enfin prometteur ou porteur d'une certaine espérance. Non, celui-ci est rivé à une sorte de retour ou réparation (idéalisée de l'objet perdu) du passé, là où souvenirs et reviviscences abondent et le retiennent en arrière. Dans le deuil pathologique, ce

---

<sup>75</sup> Car après tout, il lui en coûte en authenticité, Heidegger (1986) dira de l'homme qu'il est alors, par celui-ci, proprement dans un rapport à soi, mais *a contrario* déchéance dans l'inauthenticité.

même arrêt du temps est constaté, mais cette fois, un événement certain (perte tangible) comme la « mort physique d'un proche » se trouve en deçà de toutes étapes considérées menant à la conclusion d'un deuil normal ou « bouclé », c'est-à-dire qui mettrait l'événement dans la mémoire d'une relation significative passée. L'événement, aussi tragique soit-il, ne peut être assimilé. Il s'ensuit un deuil sans fin où l'individu reste accroché à la tristesse profonde d'une perte. Là encore, le présent est hypothéqué au passé, et l'avenir ne trouve plus à s'enclencher et se faire ainsi porteur de projet. Ces deux exemples sont donc plus assimilables à l'être sur le mode authentique non seulement pour le *pathos* qu'on y retrouve, mais peut-être plus encore à cause de cette défaillance chez la personne à se manifester comme être sur le mode temporel du présent.

Dans l'existence inauthentique, l'homme tend à réduire au présent sa temporalité, car dans le présent il maîtrise les significations du monde, les assure, les a « sous la main » ; mais dès que jaillit l'éclair de l'angoisse, il est porté jusqu'à la pointe extrême de lui-même, jusqu'à l'ultime horizon de ses possibilités qui est aussi la suprême impossibilité : la mort... l'homme devient alors lucide et libre, dégagé de la glue des intérêts immédiats et de l'anonymat du *on*. Mais, alors, lui est révélé ce passé qu'il assume comme une *faute*, comme ce sur quoi il ne pourra revenir, et le sentiment d'être-déjà-là, déjà « embarqué » comme disait Pascal, comme s'il se réveillait en plein voyage (Dartigues, 1972).

Nous pourrions évoquer, de la même façon, dans notre tentative de différenciation de l'authentique et de l'inauthentique, la particularité des troubles obsessionnels qui dans leurs compulsions semblent *a contrario* faire excès du temps présent, ne pas avoir de lieu, comme un voyage qui demeure coincé dans son commencement perpétuel. Les obsessionnels sont dans la répétition des instants, incapables de se mettre en route. Ceux-ci, pris dans le souci authentique de leur condition pathologique, auraient en fait une relation à la fois difficile entre le passé et l'avenir, mais aussi le présent, là où leurs symptômes ne semblent ni plus ni moins qu'une sorte de gênante de compulsion de répétition sous forme de pensées et d'actes quotidiens typiques qu'ils ressassent ou refont. Ils nous font penser parfois à ces films qui, par un jeu technique, permettent de

faire avancer et reculer les personnages répétant ainsi exactement les mêmes gestes, ce qui force chez certains un tout aussi spontané qu'irrépressible rire ou fait simplement sourire d'autres qui ne peuvent, bien malgré eux, rester indifférents aux phénomènes.

Pour résumer sur l'oubli de soi dans cet échappement à soi qu'est l'inauthenticité, il est, comme nous venons de le voir, une relation qui est principalement de l'ordre du présent comme temporalité où nous nous greffons au monde des actes quotidiens qui nous convoquent. L'inauthentique rassure, actualise et organise le sens. La fuite (pathologique) dans le passé ou l'avenir, quand l'un ou l'autre se trouve surinvesti d'un vécu qui n'arrive à s'envisager à partir de la plateforme temporelle du présent, tiendrait plutôt de l'authentique. Ce concept, qui pourtant semble avoir une connotation positive, soulève au contraire le fait d'une angoisse de celui qui, acculé aux possibles de son être propre, se trouve en quelque sorte à réveiller le lion qui dort, pour évoquer ainsi ce parfois terrifiant « qui suis-je » ? La maladie, en tant que souffrance existentielle et *pathos*, est la voie royale vers cette franche question adressée à soi-même et comme existant à soi.

D'aucuns vivront, faudrait-il nuancer ici, la maladie (ou « crise » de santé) comme étant infertile ou non avenue. Ce n'est alors qu'au sortir de la maladie que ce rapport à une épreuve authentique qui dénude l'être, rend plus franc un rapport à soi-même, qu'ils trouvent à générer du sens face à cette expérience, et peut-être même une meilleure acceptation de leur part de cette période difficile. Encore faut-il rappeler que ce n'est pas parce que la maladie est authentique dans son rapport à soi qu'elle est une chose souhaitable. Même qu'il faudrait ajouter à cela qu'en thérapie, si pour certains la souffrance s'articule en une demande « existentielle », ou parfois même étonnamment concrète, d'autres n'ont par contre pas de demande. Un silence de la maladie dans la forme d'une souffrance subie, mais inexprimable.

Nous avons mis l'accent dans ce sous-chapitre sur la santé et l'inauthentique en lien avec l'actualisation et le quotidien comme *présent*. En fait, il ne serait pas faux de parler, comme nous l'avons grandement exposé précédemment, de l'homme s'actualisant sur le mode présent ; la santé est donc aussi une juste intégration de la relation au passé et à l'avenir. « *Ex-ister* », c'est sortir de... mais c'est aussi habiter de façon non pathologique ce que Heidegger et d'autres phénoménologues existentiels ont appelé, ou commenté par la suite, les trois ekstases, c'est-à-dire, la présence au *passé*, au *présent* et à l'*avenir*. L'oubli de soi évoqué dans cet essai parle donc de disponibilité en lien à ces trois temps de l'existence.

Voilà pourquoi les notions de temps et rythmicité sont très importantes afin d'évoquer existentiellement cette santé.

#### 2.4 La santé : exemple royal de l'oubli de l'être

Il faut se rappeler que nous avons commencé notre réflexion par une interprétation de la santé en psychologie en affirmant d'emblée que celle-ci est d'autant plus complexe qu'une fois considérées les idées reçues sur son compte, un abîme sur la question nous apparaît alors. D'autre part, notre approche particulière en psychologie phénoménologique tenait peut-être d'une vocation idéale pour approcher ce mot et/ou concept qu'est la « santé », et qui même une fois surdéterminé par nos interprétations, semble toujours nous échapper et demeurer en soi fort obscur. Il faut faire l'essai de demander aux gens ce qu'est la santé et ils s'empresseront de vous répondre avec hardiesse, pour ensuite trébucher sur la question et conclure à quelque chose de finalement assez vague ou de très incertain même, et à bien y penser, plus complexe qu'eux-mêmes auraient cru au départ. C'est que, dans le quotidien du bien portant, la santé semble aller de soi, être acquise, et le simple fait d'y réfléchir, d'en douter, est une inquiétude inhérente à celle-ci, la tâche même de la définir, alors que sa

prodigieuse conséquence sur la vie demeure d'autant plus forte que l'oubli de la santé est réalisé. En bref, tout questionnement sur la santé est quasi indissociable d'une préoccupation existentielle de l'homme face à un monde fait de limites et de finitude.

En d'autres termes, la santé est un sujet qui aborde indirectement, mais toujours la question de la mort, sous-jacente à celle-ci, ce qui fait donc, inconsciemment ou non, grande envie à chacun ou contentement facile d'en éviter la question. Mais aussi, comme on pourrait le dire populairement, et pour faire le lien précisément avec le sujet de ce sous-chapitre : pourquoi vouloir réparer ce qui ne serait point brisé ?

Dans ce sous-chapitre, la question de la santé sera considérée sous l'angle d'un dernier concept heideggérien, soit « l'être-sous-la-main » : concept qui peut sembler au premier abord alambiqué, voire énigmatique, mais qui évoque fort bien l'idée d'une santé comme un corps docile ou en reprenant cette image de l'outil fonctionnel qui, une fois entre nos mains est oublié, et fait que nous nous oublions nous-mêmes, et même à travers la tâche qu'il nous permet de faire. Au niveau psychologique, au lieu de parler d'un corps en bonne santé ou asymptotique, on parlera d'équilibre psychique se reflétant dans une souplesse face aux actions quotidiennes et/ou de rapports interpersonnels aisés, et donc de docilité des traits adaptatifs d'une personnalité, certes, peu dysfonctionnelle. Ou comme l'évoque Gadamer dans *Philosophie de la santé* (chapitre « Du lieu caché de la santé »), de sa comparaison de la santé à une forme d'apesanteur, rendant compte ainsi que l'outil « oublié » entre nos mains ou telle la scène d'une santé qui nous soutient et rend possible tous nos actes, comme acteur du quotidien oublieux de lui-même et disponible à un monde. Dans la santé du corps et la santé psychologique, la préoccupation, comme nous l'avions vu, viendrait nuire au déploiement d'une saine rythmicité de notre présence aux trois temporalités :

*passé, présent, futur*<sup>76</sup>. Le bien portant n'est pas seulement disponible à un monde et aux autres, mais se retrouve à son insu dans une rythmicité qui procède d'un rapport donc plus sain au temps. Nous avons vu précédemment comment certaines pathologies pouvaient être regardées comme manquant à – ou surinvestissant – l'un ou l'autre du temps passé, présent ou à venir. Dans le deuil complexe, la personne demeurerait accrochée dans les limbes d'un souvenir inacceptable, soit la mort d'un être cher. Dans un autre exemple cette fois d'anxiété généralisée, la multiplication des pensées d'inquiétudes diverses est tournée vers un avenir assurément fait de mauvaises nouvelles ou de catastrophes appréhendées. Le travail dans ces deux cas consiste à revoir, pour l'un, ses scénarios figés du passé, et pour l'autre, la revue des distorsions et appréhensions face à l'avenir. Dans l'« *ici et maintenant* » du cadre thérapeutique, le but serait ultimement de ramener la personne à une relative préoccupation où le présent est tout autant investi ou considéré que la réelle tristesse d'un deuil passé ou, dans cet autre exemple de l'anxieux, de toutes ses inquiétudes imaginées face à l'avenir et les incertitudes qui occultent sa relation au présent, à l'ici et maintenant. En bref, accepter que la mort soit une chose inévitable, une perte irrémédiable, que la tristesse, si elle peut être exprimée, ne ramène personne, et pour l'autre, que l'avenir sera toujours, par essence, facteur d'incertitudes.

Ce fameux rythme où la vie semble se mener plus allègrement (d'autant plus qu'il est présent à notre insu) et où s'inscrit le bien portant dans les tâches et pratiques quotidiennes oubliant ce qui rend même tout cela possible est bien du ressort de cet « outil » prodigieux qu'est la santé !

---

<sup>76</sup> L'exemple précité de la dépression est encore une fois ici fort éloquent. Réal Labelle, psychologue et spécialiste de la dépression, décrit les sentiments vécus par le dépressif comme ceux d'une personne rejetant tout de son passé parce qu'il est perçu comme une preuve tangible qu'il ne vaut rien et qu'il n'a rien accompli de valable, vivant le présent comme une impossible mobilisation de sa personne dans un retrait dépressif et l'avenir comme un horizon fermé et sans espoir. En bref, qu'il regarde derrière, ici maintenant, ou devant lui, il est convaincu, et se complait à se convaincre qu'il est médiocre, ou en tout cas qu'il doit se préoccuper de son sort.

Gadamer a su, dans la filiation tout comme dans sa franche admiration du travail de Heidegger, poser les premiers jalons d'une phénoménologie plus herméneutique (ou interprétative), aborder de façon originale la santé pour le plus grand bénéfice des psychologues et médecins étudiant cette question. La santé est d'autant plus efficace qu'elle se cache, qu'elle demeure insondable ; ses effets sont un support prodigieux à la quotidienneté et agissent donc comme une force latente. On pourrait nuancer aussi qu'avec Gadamer, la santé devient un oubli de soi fertile, ouvert, s'ouvrant comme un coffre à outils de tous les possibles, à l'aune du sens qui convoque chacun de nous selon ses propres expériences. S'éloigne bien ainsi Gadamer de considérations essentiellement heideggériennes quant à l'oubli de l'être. Réduite même à cette tautologie heureuse, pour qui *la santé, c'est oublier qu'on est en bonne santé*. Elle est issue du fait de cet outil se dépliant comme un corps docile à soi dans sa pleine santé ou de l'être psychologiquement équilibré, d'une psyché ouverte à l'ouverture ou bien dite existentiellement disponible par l'effet de la transcendance. Dans les cas limitatifs de la maladie et d'un horizon par conséquent restreint, le souci exacerbé est analogique à l'outil<sup>77</sup> cassé, de là ce sentiment d'être soudainement étranger à soi-même face à ce corps défaillant ou cette psyché relativisée dans sa disponibilité au monde et aux choses.

L'exemple de l'outil et du quotidien apparaît selon Heidegger dans son sens le plus flagrant lorsque le banal outil en question se casse. Quand le loquet ou la poignée d'une porte se brise, qu'un marteau ou un parapluie ne fasse plus son travail ou ce pour quoi il a été d'une si grande utilité tout juste avant, nous apparaît alors au grand jour, notre engagement même, existentiel et constitutif à un monde. L'outil brisé est

---

<sup>77</sup> Cette image ne doit pas être prise dans une optique empirique tout comme la guérison n'est pas réparation. Patrick Landman, dans *Tous hyperactifs ?*, évoque en ces termes qu'une guérison médicale n'est pas de l'ordre ou du registre d'une guérison personnelle. Cette dernière est transcendance et oubli face à la surréoccupation, et ce, même si des symptômes persistent !

alors navrant, mis dans un coin, libéré soudainement de tout ce qu'il avait de rapport « sous-la-main » pour l'homme, ce qui met donc en lumière notre prolongement oublieux et ce rapport complice aux choses et tâches du monde. Tomber malade, c'est révéler par cette santé, alors devenue défaillante, notre lien transcendant à un monde. Pourquoi la maladie nous est-elle étrangère ? Parce que, comme le marteau brisé ou le parapluie qui ne s'ouvre plus, nous apprenons que le sens de notre existence se rattache à des objets qui demeuraient jusqu'alors complices d'un élan ; d'une série de renvois<sup>78</sup> vers autre chose que soi et donc d'un rapport transcendant bien nourri et constitutif de ces mêmes choses. En tant qu'objet, la maladie est alors devenue étrangère, et pour cause plus saillante comme telle, parce que l'« objet cassé » ne permet plus son oubli ainsi qu'un meilleur oubli de soi-même. La maladie est donc ostensible dans son indigence de transcendance d'un rapport au soi authentique. Ouvrant ainsi sur la question de la santé et de sa fonction dans l'oubli.

Alors pourquoi est-ce un exemple royal de l'oubli de l'être ? D'abord, pour tout ce que nous venons de mentionner précédemment, mais aussi parce que la santé se cache, se confond pour faire place à la scène de l'expérience vécue de l'homme. La santé nous met au défi de toute définition et interprétation, mais quand on tombe malade, que cet outil discret, corporel ou d'enveloppe psychique de la santé, pourtant la base et le pont vers tout horizon possible du vécu existentiel, vient à céder, à lâcher, nous sommes soudainement, sinon dans la noyade de l'angoisse, face à l'étonnement d'une transcendance alors passablement diminuée, de notre rapport au monde diminué, mis en péril. L'homme se retrouve alors dans le souci et l'angoisse,

---

<sup>78</sup> Jean-Marie Vaysse, dans *Le vocabulaire de Martin Heidegger*, parle de l'outil au quotidien, dans son usage et commerce avec l'homme comme d'un exemple éclairant sur la préoccupation « simple » de l'être (en santé) « qui n'est pas en rapport avec l'outil isolé, mais avec l'ouvrage projeté orientant la découverte de l'outil. La maison est ainsi un outil destiné à être habité, renvoyant à la pierre, au bois... comme matériau dans un jeu de références. Est ainsi ouvert un monde ambiant dévoilant la mondialité. Avec le marteau, il retourne du martèlement, l'un entretenant avec l'autre un rapport référentiel qui constitue l'essence de l'outil ».



dans un rapport au monde restreint et une actualisation de la question de sa finitude. En ce sens, la santé qui est oubli favorise l'oubli de ce qui est le plus essentiel comme souci et qui tient de l'être en tant que question et fin. C'est ainsi, et bien en ce sens, que la santé se trouve être un exemple royal de ce qui, favorisé par son oubli, fait que l'homme se confond à l'ambiance même des pratiques de la quotidienneté.

Comme ce n'est pas non plus notre propos que de vouloir objectiver<sup>79</sup> la santé, il faut aussi bien comprendre à la fois l'aspect existentiel et constitutif de son rapport à l'expérience vécue, d'un concept tel que l'être-sous-la-main, en bref, de tout ce qui est manifestement favorable à l'oubli de l'être. La santé est donc cette précieuse chose qui ne montre que sa vertu complète comme outil essentiel qu'au moment de sa propre défaillance. Et c'est à ce moment qu'apparaît dans toute sa lumière notre rapport tout aussi essentiel de transcendance au monde.

---

<sup>79</sup> Au sens d'un objet ou d'une chose.

## CHAPITRE III

### LA PSYCHOTHÉRAPIE COMME « HERMÉNEUTIQUE » VERSUS L'OUBLI DE SOI

#### 3.1 Thérapie existentielle et « herméneutique »

*We shall not cease from exploration and the end of  
all our exploring will be to arrive where we started,  
and know the place for the first time (T.S. Elliot).*

Dans les chapitres précédents, nous nous sommes exprimé en termes d'approche existentielle et/ou de « méthode » phénoménologique pour évoquer la santé dans les paramètres d'une existence qui se trouve soit au plus près du souci de soi, tel qu'il est exacerbé dans la maladie, soit d'un vécu de l'homme en bonne santé, qui, tout en n'étant pas exclu de tout souci, est à même de mieux vaquer à ses occupations et de se vivre en tant qu'oubli de soi. La santé a donc été abordée du point de vue de son phénomène et en tant que phénoménologie de l'expérience vécue. Pour aborder la thérapie, cependant, il faudra mettre l'accent sur une herméneutique comme travail de sens (interprétation, compréhension, explicitation de l'existence) alors que l'individu entrant dans un processus d'analyse existentielle (ou de toute autre approche en psychothérapie intégrant un travail de sens) est souvent confronté, comme nous le savons, au sens de sa souffrance comme du parcours qui l'amena probablement à une certaine nécessité, voire une urgence, de consulter.

Il est toutefois vrai que l'herméneutique est complice de la phénoménologie en tant que le mot d'ordre de celle-ci : *un retour aux choses elles-mêmes* « des choses “telles qu'elles se montrent” » (Grondin, 2003). Elle est à la fois dans ce qui apparaît, se donne comme phénomène et l'expérience vécue convoquée par un horizon de sens à donner à ce qui est éprouvé. Celui qui consulte ne cherche pas tant à dénouer tout phénomène ou question qui le concerne, voire qui exacerbe sa souffrance, que d'arriver à mieux nouer son expérience en un sens nouveau et libérateur, mobilisateur, un *allant de l'avant*, alors que le souci, qui, jusqu'alors l'astreignait fortement, l'assiégeait jusque dans l'extrême préoccupation de soi.

Dans des termes ou concepts qui s'avoisinent bien, il y a la « bonne forme » qui, dans la gestalt, malgré qu'elle traite plus, il est vrai, de stimuli objectifs, reprend le sens mobilisateur de l'expérience évoquée précédemment, ou bien, plus en lien avec l'approche de cet essai, à travers le « cercle herméneutique » chez les philosophes herméneutes, comme Gadamer par exemple. Cette entrée dans le cercle du comprendre explicité par Gadamer (1982) marque toujours cet ultime besoin, en l'occurrence notre patient en consultation, qui, sans être philosophe le moins du monde, saisit intuitivement que son salut passe par l'histoire qui évoquera le mieux le sens de sa souffrance. Sinon, le quotidien se résume pour lui aux afflictions d'une souffrance qui oppresse, faite de souci et d'angoisse, et surtout dont le sens même lui échappe, de tout ce qui finalement décide une personne à vouloir ultimement une consultation, pour faire face à ce qui le tient rivé à ses préoccupations (à soi, sans distance à soi, puisque dans tout souci c'est l'existant même qui est interpellé). Jean Grondin qualifie le *sens trouvé* dans la façon dont il adhère à la circularité d'un discours herméneutique de « convenable », dont on peut convenir qu'il donne un sens. La recherche d'un sens à l'histoire personnelle du consultant en thérapie devient cette coconstruction du sens convenable (de ce qu'il est à comprendre de son expérience et à laquelle participe et adhère le thérapeute dans le travail continu de

sens). Il rencontre alors l'expression d'une « bonne forme » où le sens évoque au mieux ses enjeux, son vécu.

Revenons à cette intrication de la phénoménologie et de l'herméneutique afin de dégager ce qu'elle implique au niveau de la thérapeutique existentielle. Bien évidemment, le patient ou l'analysant<sup>80</sup>, tout en exprimant sa subjectivité, ne fait pas de sa souffrance une entreprise de recherche phénoménologique au sens où on l'entend (tout comme le philosophe s'y engage). On peut cependant lui prêter cette attitude du chercheur herméneute au sens où « comprendre » ou donner un sens tient d'un exercice qui vise à le dégager de ce qu'il éprouve (et en ce sens, la clinique est toujours plongée dans un rapport à l'existence qui nous échappe toujours, et ce, avant même de parler de « méthode » existentielle ou même de caractériser une approche en psychologie). Vécu par celui qui consulte (sans même qu'il soit conscient parfois de l'approche qu'on lui prescrit), un travail du sens fructueux versus l'éprouvé, le préoccupé, tout comme le sang qui se remettrait alors à « circuler » en lui, au sens où il ne se sent plus aussi entravé, prostré, surpréoccupé de lui-même comme existant. Gadamer nuance lui-même que « comprendre veut dire ne pas pouvoir interpréter ou expliquer [ce qui nous arrive] » (Gadamer cité par Grondin, 2003). On pourrait dire que le patient se trouvant dans une surpréoccupation réflexive (en souffrance, sans oubli de lui-même) tente, tant bien que mal, une sortie pour espérer adhérer au cercle herméneutique d'un sens personnel (son vécu) où il pourrait enfin s'y déposer. Enfin, *espère-t-il* en avoir la « compréhension », mais sans toutefois pouvoir tirer de son expérience cette explication nette, celle qui coïnciderait infailliblement avec sa propre existence, son vécu, et dont il avait bien l'intention *a priori* (à partir de ses préoccupations, de sa demande initiale de consultation) de définitivement pouvoir

---

<sup>80</sup> Au sens tout autant d'analyse existentielle que de psychanalyse, car ces approches soutiennent manifestement, plus que d'autres certes, une démarche herméneutique, « hébergent une herméneutique » pour reprendre les commentaires de Christian Thiboutot, professeur de psychologie à l'UQAM.

mettre en mots précis, justes et clairs. Il ne saurait jamais y avoir de science limpide de la séance thérapeutique ou de déterminant final au sens du cercle herméneutique, car comme le mot le dit ici, « circulant », de ce sens qui nous échappera toujours malgré tout, mais qui demeure par ailleurs une ouverture et qui, avec le passage du temps, prendra ou non une autre forme et un sens conjuguant peut-être encore mieux cet instant vécu par le patient, de cet *ici et maintenant* de la thérapie en cours et de son vécu thérapeutique alors qu'elle devient chose du passé. Bien que subjectifs, le vécu existentiel de tout patient et son rapport phénoménologique à un monde commun peuvent, tel que nous le voyons souvent dans des études de cas, venir enrichir notre compréhension de l'expérience humaine, contribuer à la métacompréhension de cette plus grande roue qu'est l'*herméneutique du sens et de la compréhension comme phénomène*. L'image évocatrice de la roue ne tient pas que pour la « bonne forme » d'un sens trouvé/perdu, mais aussi de son rapport au temps qui passe (de son historicité en fait) et de ce que nous en avons implicitement compris à un moment de notre vie (d'un sens personnel, pour soi-même ou, plus largement, de ce qui se rattache à une époque). « Nous récapitulons toujours le passé, les souvenirs, dans le présent » (De Visscher, 2006). En un sens, on peut dire que l'herméneutique n'a de cesse d'arriver là où la science s'illusionne toujours d'arriver, c'est-à-dire une réponse tout aussi explicative du vécu d'une personne qu'elle le serait des choses, qui serait objective et sans équivoque.

Comprendre, ce n'est pas seulement dominer, maîtriser et produire des « résultats » vérifiables qui soient indépendants de l'observateur (comme le commande l'*éthos* de la science moderne), c'est plutôt être pris par une interrogation et entrer dans un dialogue. L'interprète, tout comme l'individu qui agit moralement<sup>81</sup>, ne se trouve pas en face de « données » qu'il se contenterait d'observer ou de mesurer, comme s'il se tenait à une souveraine distance des « contenus » qu'il comprend. Interpellé, il est, au contraire, toujours concerné, transformé et formé par le « sens » qui l'entraîne, un peu comme le fait le roman ou une

---

<sup>81</sup> Un exemple choisi par Christian Thiboutot est le fait que la science bonifie le bien-être des gens en réduisant la douleur de l'accouchement par épidurale, mais le débat éthique sur l'avortement revient à la conscience de l'homme (de la femme).

œuvre musicale. Ses « données » sont toujours parlantes et sollicitent une réponse, que l'on appelle une interprétation (Gadamer cité par Grondin, 2003).

Dans ce cercle herméneutique, qu'il soit l'intuition d'un mode réflexif à mettre en place par le patient pris par ses préoccupations existentielles, des concepts plus généraux que le psychologue tire de ses recherches cliniques, ou même d'un philosophe herméneute conscient de la temporalité des phénomènes qui toujours nous échappent (ou échappent à toute injonction explicative), l'approche est essentiellement la même.

Existence et ressac de transcendance, sens et oubli sont au cœur du travail d'interprétation de celui qui consulte en psychothérapie, dans son trouble psychique et la vive préoccupation qui en découle, des soucis prenants très certainement relatifs à certains de ses enjeux personnels. Ceci pourrait demeurer, se maintenir négativement en tant que circularité malsaine d'une épreuve dont le manque de sens est une entrave au retour à une quotidienneté d'où il est possible de se mobiliser<sup>82</sup> vers autre chose, pour d'autres projets où l'être puisse se confondre, vivre l'oubli. Il va sans dire que la priorité ultime pour le malade ne saurait être autre que le fait de recouvrer la santé, et en l'occurrence l'oubli de soi. L'oubli de soi serait alors issu d'un sens qui nous dénoue des emprises de notre souffrance sans en être toutefois l'explicitation absolue, donc pas sous un mode explicatif. Il concorde avec l'entrée dans une saine circularité, éclairée par la veilleuse d'un sens nouveau, ou perdu et retrouvé. Une thérapie, qu'elle soit de type existentiel, psychanalytique ou autre, est une possibilité d'apporter en un lieu cette préoccupante ouverture à soi, là où la

---

<sup>82</sup> Dans le cadre d'expériences cliniques rapportées en centre de crise, une constance : malgré la détresse (suicidaire dans la plupart des cas) un réel pas était franchi ou c'était là, au demeurant, le premier signe d'un retour à une mobilisation possible, quand nous arrivions avec le patient à reconnaître, au fil de nos échanges et rencontres, la métaphore qui résumait ou symbolisait le mieux sa situation actuelle (malgré la crise), d'une certaine façon, là où il en était actuellement dans sa vie. C'était parfois, phénoménologiquement parlant, aussi la concordance salutaire d'un premier sourire du patient dans nos entretiens, lui qui jusqu'alors ne vivait que sous la hantise de la crise.

souffrance rend le souci de soi inéluctable (là où le soi ou l'être est concerné). Elle est un processus sans détermination finale, une interprétation ouverte, mais dont on sait juste qu'un jour « on y va plus » parce que notre préoccupation générale (même si celle-ci est souvent riviée à certains enjeux spécifiques) n'est plus aussi poignante qu'elle l'était. C'est le plus souvent une coupure, la « fin » d'une thérapie et donc, un jour, on se congédie en quelque sorte de sa propre thérapie, car celle-ci nous met devant un questionnement qui est devenu préoccupant, simplement du fait de l'entretenir, alors que le quotidien semble un appel nettement plus enviable et qualifiable en termes d'ouverture face à l'avenir, d'un horizon de projets. Rollo May retient de son expérience clinique, entre autres, cette généralité du phénomène où celui qui retrouve les bases d'une nouvelle santé semble inclure le « futur ».

L'homme se comprend parce qu'il est projeté vers quelque chose dans un « allant-devenir » (terme qu'il reprend de Françoise Dolto). Dans l'anxiété et la dépression, la personne se sent mal à l'aise parce que toute notion du temps a disparu. Tous les thérapeutes ont rencontré des malades qui ressortent des souvenirs *ad infinitum*... Tout le récit est plat, inconséquent et fastidieux... Ce n'est pas que ces malades aient un passé pauvre, où rien d'intéressant ne s'est produit. C'est plutôt qu'ils ne peuvent pas ou ne veulent pas s'engager dans le présent, ici et maintenant, ni dans le futur (May, 1972).

C'est donc à ce titre que l'oubli de soi est une disponibilité qui relève d'un horizon de temporalité.

Les psychothérapies existentielles sont, selon May, issues d'une époque qui, avec la psychanalyse, avait besoin de réponse à une crise sociétale. Heidegger (1986) est aussi un contemporain de ces mouvements identifiables à un questionnement de soi ou de « relation à soi-même » ; on pourrait dire que c'est une époque qui ose donc courageusement le *non-oubli de soi* ou le *non-oubli de l'être*. Il serait important ici de revenir encore une fois sur cette idée de « soi », qui n'est pas à confondre avec un soi psychologique ou même substantiel en rapport causal avec les transactions d'un monde extérieur, mais un qui est préoccupé de ses états intérieurs, son « monde

propre » et qui, sans être non plus l'instance du moi en psychanalyse, ou un *self* psychanalytique, représente, comme dirait May, l'existant et *être-au-monde*, c'est-à-dire qui comprend l'expérience du monde interne et du monde interpersonnel et/ou naturel (externe). C'est en investiguant son propre monde que se produit une herméneutique existentielle, parce que le souci et la souffrance rappellent les limites mêmes de notre existence d'une part, et l'inconfort d'autre part, face à un « qui suis-je ». Nous savons que nous allons mourir, et ce, avec certitude. Mais le malade lui, s'il est plus susceptible de devoir s'en rappeler, parce que cette fin est relayée par l'angoisse de sa condition, il est aussi, de par son expérience pathétique, voire douloureuse, le plus souvent incapable de fuir ce « qui suis-je ? »<sup>83</sup>. Cependant, l'accès salutaire fait d'un horizon d'espérance et de chantiers possibles, et comme autre formulation ou conséquence implicite de l'oubli de soi, il n'est pas une réponse à cette question sur l'identité de l'existant (le « Qui-suis-je ? »), mais une sortie salvatrice vers un monde et un éloignement de cette question, aussi fondamentale soit-elle.

Le patient qui a su se construire de nouvelles bases pour sa santé a d'abord vécu le cercle vicieux d'un questionnement duquel il retient surtout comment il n'arrive que très difficilement à se détacher de lui-même. Être, souci et angoisse cohabitent, ils ne sont pas antithétiques. La surpréoccupation est faite à la fois d'une herméneutique exacerbée où la nécessité de l'exercice pathétique consiste, semble-t-il, à devoir regarder tous les angles et points de vue sur son vécu pour en trouver une distance salvatrice et enfin un sens. Le patient est herméneute<sup>84</sup> malgré lui, au sens où il doit

---

<sup>83</sup> Il est dit que les malades chroniques trouvent rarement un soulagement par la thérapie médicamenteuse, mais doivent, afin de *s'éloigner* de la souffrance, intégrer une hygiène de vie qui cultive une forme d'ailleurs de l'oubli de soi (Une pilule, une petite granule, 2011). Dans certains cas, cela va jusqu'au recours à l'hypnose produisant, de par la *co-construction* suggestive de l'hypnothérapeute, la création d'un ailleurs (l'image d'abord d'un lieu paisible, une plage, un soleil chaud et une douce brise) dans le but d'atteindre, tapi en soi, cet être-là de la santé qui, dans l'expérience de toute personne, toujours est là, exclu de la douleur, espérant de toute chose.

<sup>84</sup> Il doit interpréter sa condition, voire son rapport à la maladie, à l'existence.



explorer son monde, son rapport à lui-même, et dans tout cela tenir compte des fluctuations bien souvent incompréhensibles des symptômes comme la dépression, l'anxiété, les peurs et les obsessions. Percevra-t-il sa situation en termes de mal-être franc<sup>85</sup>, inexplicable ? Ne sachant plus parfois comment l'aborder, les seuls répit, si cela se révèle possible par moments, sont les simples oublis comme tels, tellement ils peuvent sembler intraitables. Le difficile équilibre à trouver ici passe néanmoins par le travail de sens avec le thérapeute, la force de la relation et de l'alliance thérapeutiques qui accompagnent le patient dans son long et préoccupant questionnement. L'élaboration de ce sens redonnera au patient une distance par rapport à ce soi surréoccupé qui n'est pas tant une explication qui se veut limpide (causale, d'une technique appliquée, d'opération visant même les symptômes en soi) qu'une compréhension et des guises avec lesquelles ils abordent ses difficultés. Mais à la fin, le malade témoigne seul qu'il est bien passé à autre chose, qu'il est dans l'oubli. Auteur de l'essai intitulé « *Les jardiniers de la folie* », Édouard Zarifian s'exprime ainsi : « L'opinion du sujet sur lui-même procède de la guérison. Se sentir malade ou en bonne santé est indépendant parfois de l'opinion des médecins. Henri Jeanson disait : "Ma santé me rend malade" » (Zarifian, 2001).

La santé n'est jamais autre chose qu'un équilibre sans mesure possible qui doit reprendre de lui-même (ainsi, dit-on qu'il se cache) et le médecin, comme le psychothérapeute clinicien ou tout intervenant en santé, s'il participe à cette reprise, ne peut jamais conclure aux fruits de ses actions. On pourrait dire que la santé se cache, comme son équilibre insondable, en ce sens que l'important, au fond, réside dans le fait que le patient peut, sur ces bases d'une santé qui se cache, avoir un monde

---

<sup>85</sup> Nous verrons dans le sous-chapitre suivant une étude de cas célèbre, le cas Ellen West, où le mal-être est décrit comme implacable, telle une tortueuse et labyrinthique incapacité d'échapper à soi-même.

libéré des soucis handicapants cassant tous les rythmes dont la vie transcendante est tributaire, et donc réducteurs de l'horizon de vie de tout existant.

Il importe de trouver chaque fois, dans tous les secteurs, un équilibre entre ce qu'il est possible de faire et une action volontaire et responsable. À l'intérieur de ce vaste ensemble, les problèmes inhérents à la santé couvrent un domaine qui nous touche directement, à partir duquel seulement nous parviendrons nécessairement à nous accorder sur les limites d'action que nous enseignent la maladie et la mort. Le souci de la santé de chacun est un phénomène originel de l'être humain (Gadamer, 1998).

Cet équilibre difficile à évoquer ou cette santé qui échappe à tout déterminisme peuvent nous sembler mystérieux (tel que nous le mentionnions plus avant dans cet essai, Gadamer la qualifie de *prodigieuse*, en faisant presque son attribut essentiel), mais c'est sensiblement ainsi qu'en parlent d'autres auteurs, Canguilhem par exemple, précité comme d'un équilibre discret qui doit se rétablir. Celui-ci évoque en effet la santé comme la reprise d'un équilibre dont seule la nature connaît les conditions et termes (temps de guérison). Cette santé nous échappe, mais cela ne veut pas dire qu'elle n'existe pas ou qu'en parler est vain ; elle n'est toujours que plus évidente, bien sûr, dès lors que le souci concomitant à la maladie apparaît, ce qui, par la négative toujours, jette alors toute la lumière sur ce qu'elle a effectivement de prodigieux dans sa perte.

Le souci exacerbé de l'analysant, parfois inscrit dans un rapport à une pathologie des plus souffrantes, n'a de cesse de revenir sur un discours dans lequel il est empêtré. La thérapie existentielle est ce lieu où chaque humain peut déposer ce trop préoccupé de son être dans l'attente de pouvoir transcender, aller outre cette vive conscience de soi-même, ce questionnement (travail de sens) qui confère parfois jusqu'à l'obsession de sa propre condition. L'homme vivant les aléas du quotidien peut aussi se soucier d'une fâcheuse contravention de la route ou d'une de ces journées où la pluie tombe incessamment. Ce n'est que si cette contravention l'empêche stupidement de dormir ou que cette pluie déclenche un accès mélancolique qu'il entre alors dans un suspect

prolongement du souci, qui, s'il se poursuit, n'a alors cesse de le rappeler à lui-même ou au fondement de sa condition d'être préoccupé, voire angoissé. Une thérapie peut ouvrir sur un sens des plus subjectif, lié à des frustrations de tout ordre ou du fait d'apparentes humeurs saisonnières, qui ont parfois plus de conséquences qu'on ne le pense de prime abord. La psychothérapie existentielle herméneutique se propose d'entrer dans le discours subjectif de l'être et de l'accompagner, par tâtonnement d'abord et, comme on l'espère parfois, jusqu'au sens réel de sa souffrance. Le psychologue existentiel est conjoint du patient dans cette tâche, mais si son expertise théorique et son expérience clinique sont des phares, il doit surtout s'en tenir à la validation de ce qui préoccupe subjectivement son patient. Ce que nous voulons amener ici, c'est bien que celui qui arrive en consultation ressente avant tout une préoccupation parfois si forte (et qui l'a donc incité à avoir voulu consulter) que rien ne semble pouvoir arriver à la dissoudre. Il se sent dépassé et même jusqu'à étranger à ce discours qui en lui n'a pas de sens, qui a prise sur lui, car, quoi qu'il tente, il n'en demeure pas moins qu'en fin de journée, une préoccupation prégnante ou même malade persiste et l'appelle au sens de son être et de la signification de son monde propre<sup>86</sup>. C'est donc face à ce trop-plein de son être-en-souci, quand il sent qu'il ne peut plus se distancer de cette souffrance, qu'il se demande bien humblement si l'aide d'un psychothérapeute ne serait pas nécessaire. Ce pas est pour certains difficile à franchir, car c'est une ouverture à l'autre sur sa condition, l'intimité de son être-propre, là où il est au plus près de ses préoccupations et ce à quoi l'existence l'engage fondamentalement.

Aussi, le psychologue clinicien se doit d'être humble dans la rencontre avec l'autre, car il sait que rien ne le prépare réellement à la subjectivité d'une souffrance quelconque. En un sens, une herméneutique thérapeutique se fait presque exclusivement dans l'*ici et maintenant* de la rencontre. Ce n'est au fond qu'à partir de

---

<sup>86</sup> « Ainsi notre problème essentiel, en psychothérapie – et les thérapeutes existentiels insistent beaucoup là-dessus –, c'est de connaître le monde de l'autre et d'y participer » (May, 1972).

la demande initiale (comment traduit-il initialement sa souffrance et que désire-t-il changer ?) que se tisse une herméneutique de la compréhension en psychothérapie. Pour revenir sur l'humilité du thérapeute, elle a aussi beaucoup à voir avec cet insondable équilibre de la santé dont nous parlons, ce qui redonnera au patient cet équilibre latent pour que celui-ci soit à nouveau plus oublieux de lui-même. Bien malin est donc le psychologue clinicien ou le praticien médical<sup>87</sup> qui se porte alors garant de tout succès. Ce que nous savons, cependant, c'est qu'il mettra tout en œuvre pour que cela arrive et que la santé ne soit plus remise en cause. La mise en œuvre la plus garante de cela, authentique en son processus même, demeure l'engagement mutuel, l'inscription de la relation thérapeutique vers la reconquête de cette santé. Cela confirme peut-être même à quel point nous avons, avec la santé, affaire avec un phénomène échappant à toute mesure et dont le caractère phénoménologique principal est de *briller par son absence*, au sens où elle aussi impalpable qu'incom-mensurable en soi.

Nous savons comment d'une part, en psychothérapie, la demande du patient est d'une grande importance lors de la rencontre initiale et que, d'autre part, elle nous fait entrer dans le travail de sens et herméneutique des questionnements, soucis et préoccupations de ce dernier. Enfin, une herméneutique phénoménologique au sens où le patient est dans son expérience pathique du monde, et, plus subjectivement, liée aux phénomènes de sa propre maladie et de son histoire de vie. Thérapeute et patient *co-construisent* le sens dans l'ambiguïté et les voies possibles qui s'ouvrent à eux au hasard des choses comme des dires. Ils tâtonnent tous deux dans l'obscurité pour trou-

---

<sup>87</sup> Nous avons toujours cherché à nuancer que le monde médical versus la clinique psychothérapeutique s'appuie bien évidemment sur une pratique qui tient plus d'indications de nature causale et d'interventions qui se veulent plus tangibles, mais n'en demeure pas moins que pour un Canguilhem, essentiellement, cela demeure une forme d'assistance dont l'équilibre recherché (la santé recouvrée), même dans le corps, est toujours, là aussi, ce qui sait donc le mieux se cacher à nos yeux, ou, si l'on veut, demeure toujours sans garantie de guérison. On le voit bien dans ces dénouements de surprenantes guérisons faisant fi des pronostics présentés pourtant comme des moins encourageants.

ver des clés, afin de se sortir<sup>88</sup> du *sortilège* d'une incessante surpréoccupation de soi, de toujours rappeler à ce soi, opiniâtre, rarement oublié. Un processus thérapeutique arrivant à son terme est, dans la mire d'un concept comme l'oubli de soi, l'accès à un certain horizon de vie pour le patient, alors qu'avec le thérapeute un travail de sens (cercle herméneutique<sup>89</sup> de la quête d'un sens *convenant* à son expérience personnelle et d'un monde commun à la fois) a rendu celui-ci favorable à sa santé recouvrée. Le résultat quelque peu énigmatique, quoique souvent d'exercice d'atteinte long, voire laborieux, de cette compréhension et cette ouverture sur la santé (oubli de soi), ne sera pas tant le fait d'une explication partagée que d'une expérience authentique avec le thérapeute. « Le thérapeute n'est pas une ombre qui réfléchit, pas une ombre comme tout le reste du monde, mais un être humain vivant qui, à cette heure, se trouve concerné, non pas par ses propres problèmes, mais par celui de comprendre et de faire l'expérience aussi loin que possible de l'être et du monde du malade » (May, 1972). Où se situe surtout le besoin de son patient ? « Le malade n'a pas besoin d'une explication ; il n'a besoin que d'une expérience authentique » (May, 1972). Rollo May reprend ici les dires de l'un de ses professeurs : Freida Fromm-Reichmann.

Nous savons alors une chose : cet équilibre, au sens d'une santé en tant que force latente oubliée, a pris le pas sur un questionnement préoccupant. Le processus thérapeutique est donc cet effort (dans la *préoccupation* même) de situer entre la demande de la rencontre initiale et l'expression d'ouverture d'un cercle herméneutique dont le sens *co-construit* peut ou non être revisité par le patient « jugé »<sup>90</sup> alors guéri. C'est-à-dire que le patient peut disposer comme il veut des clés

---

<sup>88</sup> Au sens de « *ex-istence* » : se sortir hors pour inclure ce monde ambiant.

<sup>89</sup> Quand on arrive à donner un sens à quelque chose, c'est que cela enfin nous éclaire ; c'est comme arriver au cercle ouvert d'une clairière.

<sup>90</sup> « [J]ugé », parce que la fin d'une thérapie médicale ou psychologique est une entente contre-véifiée avec le patient. Dire à ce propos que le médecin, malgré une approche instrumentalisée, fait d'amples mesures de-ci de-là, est en attente, et comme l'affirme Gadamer à propos des limites du praticien, « [...] la nature elle-même qui contribue à son succès [...] capacité de la vie à se régénérer

pour une ouverture du sens même de son expérience personnelle et de la compréhension salutaire qui en est ressortie, il est libre de s'en préoccuper ou non, même de les égarer<sup>91</sup>. Pourtant, son discours associable à la pathologie, trop enfoncé dans le souci de l'existence et de la souffrance (en perte d'horizon) ne lui laissait pas de choix (ou très peu), l'ouverture de sens du cercle du questionnement herméneutique le laisse libre de vouloir se souvenir ou non. Par expérience, il est fréquent de voir en post-thérapie des patients qui préfèrent en général, même s'ils ont intégré des choses cruciales lors de celle-ci, oublier de revisiter un travail de sens qu'il leur a été pourtant des plus salutaires, malgré tout. Le vrai sens étant celui à construire avec l'avenir et tout cet horizon qui s'ouvre à eux. En un sens, si le passé est intégré et maintenant plus fréquentable, l'avenir présente un plus scintillant intérêt. Ce sur quoi nous voulons surtout nous appuyer ici, tout comme en ce qui concerne l'expérience du médecin et de son patient et avec les nuances que nous apportions et discussions plus haut, c'est l'assistance bienveillante et assidue et cette construction de sens (fusion des horizons) avec le thérapeute, surtout à travers cette authentique présence à l'autre et de cette volonté thérapeutique sincère, qui ne vise seulement, au fond, qu'à offrir les meilleures conditions<sup>92</sup> exploratoires et phénoménologiques cliniques à la reprise de l'équilibre de cette santé prodigieuse. Notre rapport à la santé n'est jamais qu'une attente dans le soin, où, certes, le meilleur du thérapeute et de ses connaissances est mis à contribution. On pourrait également dire que c'est dans ce souci partagé qu'une alliance thérapeutique entre thérapeute et analysant (patient) s'établit et demeure de part et d'autre, conjointement vécue,

---

d'elle-même et à se réapprendre elle-même » (1998). D'autre part, le patient en est le porte-parole de par sa jovialité retrouvée de bien portant, et donc le témoin primordial de ce succès.

<sup>91</sup> Le sens a également ce caractère de trouvé-perdu, tout comme la santé perdue-retrouvée.

<sup>92</sup> Ceci n'est pas à saisir comme une forme de contrôle de la part du thérapeute, mais bien de tout ce qui se manifeste à l'intérieur du cadre thérapeutique en soi, et bien qu'asymétrique, cette relation demeure une rencontre entre deux individus et le travail conjoint d'un processus herméneutique. En psychanalyse, on évoquera à la base une dynamique de transfert et contre-transfert, mais un travail d'interprétation (herméneutique) aussi.

l'espérance en la reprise d'une santé. Mais auparavant, le thérapeute est empathique et participant, c'est-à-dire qu'il s'applique à refléter l'indisposition, le mal-être, les malaises, les soucis, les interrogations et les préoccupations du patient : « L'art médical trouve son accomplissement dans le retranchement de soi-même et dans la restitution à autrui de sa liberté » (Gadamer, 1998). Ne dit-on pas de même *restitution diagnostique* : remettre à l'autre ce qui le concerne en propre, lui appartient.

Cela est tout à fait en lien avec ce que nous évoquions plus haut lorsque Gadamer parlait de travail thérapeutique et d'art médical. Ce que nous avons élargi à l'ensemble des interventions du soignant et du domaine de la santé tient de cette idée que la médecine se différencie des autres sciences par son rapport à l'humain (à l'*existant*), qu'elle ne peut produire la santé comme il en serait d'un objet. « La science médicale est la seule qui ne produise absolument rien » (Gadamer, 1998).

Quiconque travaillerait dans le domaine de la santé, à la production et au maintien d'un équilibre, est en quelque sorte repoussé<sup>93</sup> dans ses efforts et ses tentatives par ce qui se maintient soi-même et se suffit à soi. « On reconnaît là le principe du succès de toute action médicale : se supprimer soi-même en se rendant superflu » (Gadamer, 1998). Lors du rétablissement d'un équilibre, toute action médicale trouve son accomplissement dans la suppression de soi : telle est la perspective donc qui se profile d'emblée à l'horizon de tout soin. Dans l'expérience de l'équilibration, tout effort tend paradoxalement à se relâcher afin de laisser l'équilibre se mettre en place de lui-même ; le soin médical s'inscrit à l'intérieur du processus d'autorégulation propre à la nature. La qualité de l'oscillation propre à l'état d'équilibre diffère de

---

<sup>93</sup> On ne force pas la guérison.

celle de sa perte définitive où tout se dérègle : cette distinction détermine souvent l'horizon de toute action médicale<sup>94</sup>. En ce qui a trait à l'oscillation :

Il s'ensuit qu'il ne s'agit pas là, en vérité, de la fabrication d'un équilibre, c'est-à-dire de l'édification à partir de rien d'une nouvelle situation d'équilibre, mais toujours de la captation d'un équilibre vacillant. Tout trouble de celui-ci, toute maladie sont véhiculés par les innombrables facteurs de l'équilibre encore existant. C'est la raison pour laquelle l'intervention du médecin ne doit pas être comprise comme la fabrication ou la création de quelque chose, elle consiste en premier lieu à fortifier les facteurs constitutifs de l'équilibre<sup>95</sup>. Son intervention a toujours deux aspects possibles, elle est soit créatrice d'un facteur de perturbation, soit elle introduit dans le jeu des facteurs qui interagissent, un effet curatif spécifique. Envisager le passage de l'excès au déficit (ou mieux encore du déficit à l'excès et en quelque sorte l'anticiper) est ce qui définit l'art médical (Gadamer, 1998).

C'est par la suite qu'il introduit cette métaphore qui décrit la *co-participation* de tout professionnel ou intervenant en santé avec son patient, dans le but ultime de la guérison. Il prend l'image de ce type de scie à bois où chacun se trouve à un bout, l'un comme l'autre pousse en alternance et suit le mouvement : « les gestes des deux scieurs, unis dans un flux rythmique, se fondent en un seul et unique mouvement » (Gadamer, 1998). Cet effort conjoint est d'autant plus efficace quand chacun s'oublie dans sa fusion tiers-outil et forme une seule entité orientée vers un but. Dans la guérison, le médecin et/ou le psychologue clinicien avec le patient forment cette entité du traitement thérapeutique et c'est de cette alliance tierce que se trouve mise en place toute espérance en ce retour à l'équilibre de la santé. « D'où la prudence toute particulière du médecin obligé de prendre en compte un équilibre susceptible de se maintenir en dépit de toute perturbation et de s'immiscer, à l'instar de l'homme à la scie, à l'intérieur de l'équilibre naturel » (Gadamer, 1998). Il peut apparaître de

---

<sup>94</sup> Rappelons-nous le serment d'Hippocrate qui dit vouloir guérir bien sûr, mais surtout ne pas nuire : « Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. Je ne remettrai à personne du poison ».

<sup>95</sup> Mais où les retrouver ? Ce que l'on dit souvent de la santé, c'est le fait de retrouver un état antérieur à la maladie.



tout ceci, à l'image de cette activité de caractère robuste, comme une impression de tâche ardue, voire laborieuse par moments, mais tout réside comme traitant à la fois d'un savoir-faire et d'un oubli de soi dans la tâche. Thérapeute et patient doivent entrer dans la circularité du mouvement comme du meilleur effort créatif en vue de l'adhésion commune, ce résultat convenable où ils se rejoignent tous deux, parfois tacitement, rendant compte du travail de sens et ultimement du cercle herméneutique.

N'en demeure pas moins que l'image de la scie<sup>96</sup> à double ouvrier est percutante, rappelant comment, dans l'oubli de la tâche, le monde de l'existant-clinicien s'immisce discrètement (avec une éthique du soin imparable, toujours, comme prérequis) dans l'être-au-monde de l'existant-patient. Dans le soin, le rivage est atteint par le tiers émergent au sein même de la dyade soignant-soigné. C'est ce qui est peut-être suggéré ici par les paroles de Patrice Van Eersel : « Ce sont les êtres qui guérissent, pas la médecine ».

### 3.2 Une étude de cas : Ellen West

Those whom the gods love die young  
(*The Case of Ellen West*, 1958).

L'étude de cas que nous avons choisie ici pour illustrer cet impossible *décollement* de soi-même, et le caractère donc éminemment existentiel du rapport de l'être à lui-même, et la clinique existentielle herméneutique comme telle, est, selon nous, l'un des plus éloquents par rapport à notre sujet. Le très célèbre, sinon fort bien connu cas Ellen West (pseudonyme masquant la réelle identité de la patiente) est l'incursion dans l'enfer obsessionnel d'un trouble alimentaire sévère d'un cas on ne peut plus patho-

---

<sup>96</sup> Lien des plus à propos avec les notions de Heidegger (1986) et la représentation de l'outil comme subsumant l'existant dans sa tâche. Il en est tout autant du phénomène du jeu décrit chez Gadamer (1976) qui évoque l'oubli de l'être dans l'emportement du *jouer* dans *Vérité et méthode*.

logique. Cette patiente, qui fut suivie par plusieurs cliniciens et psychanalystes, a fait l'objet d'un texte clinique de Ludwig Binswanger, *The Case of Ellen West\* : An Anthropological-Clinical Study* (1958), alors qu'il a lui-même eu celle-ci en cure d'analyse existentielle, tout en recrutant de façon ponctuelle en cours de suivi des expertises collatérales de Bleuler et un fameux contemporain de ceux-ci, Kraepelin. Tour à tour, dans leurs évaluations, ils y allèrent d'hypothèses diagnostiques pas toujours concluantes, mais un trait fondamental demeurait, c'est l'entêtement, si je puis dire, à persister dans des obsessions quant à son aspect physique et l'entretien continu de questions morbides sur le désespoir de la vie et de la cause de son mal-être prégnant. Bref, une surdose quotidienne de questions et de préoccupations allant de ses penchants artistiques et intellectuels adressant la philosophie et l'existence, et un idéal de vie, jusqu'à la crainte de s'effondrer dans le remords et la culpabilité si elle osait prendre son petit déjeuner (certes dans son entièreté, et les meilleurs jours...) « *The thought of pancakes is still for me the most horrible thought there is* » (Binswanger, 1958).

Jeune fille idéaliste, elle faisait depuis sa prime enfance face à des contraintes inexplicables, absurdes, s'opposant dès le berceau au doux lait de l'enfance. Jusqu'à vingt-deux ans, elle s'arrangea tant bien que mal avec ses traits caractériels d'obstination. Cependant, Binswanger fait remarquer qu'elle a toujours entretenu des souhaits de mort passifs sous la forme de ce type de remarques ou d'attitudes : un jour où la fièvre la retient d'aller à l'école, elle exprime le désir que la maladie l'emporte, et à un autre moment, tout en faisant de l'équitation, elle souhaite bêtement tomber de cheval et succomber à ses blessures. Son enfance est jalonnée de ces compulsions fantasmatiques à souhaiter la mort, allant d'une simple nuit de sommeil où elle espère ne plus jamais se réveiller (mourir dans son sommeil) à l'« insouciance » franche en traversant une rue d'une circulation non négligeable. On l'imagine presque, dans sa provocation morbide, traverser dans une joie guillerette, sachant bien qu'elle sert ses souhaits de mort. Ce qui est constant aussi, et ce, dès son entrée à l'école, c'est le besoin d'atteindre l'excellence en étant première de classe (surtout dans les matières

qu'elle privilégie) et son mot d'ordre personnel résonne dans le secret de sa conscience intime comme un idéal implacable « *aut Ceasar aut nihil* » (la traduction libre en serait : « *je suis ou bien César ou je ne suis rien* »). Le penchant morbide à cette consécration pour l'idéal et l'excellence, et s'il n'est point atteint, ou des jours où elle traverse un orage mélancolique, est une nette conviction pour elle que la mort est heureuse : « *Death is the greatest happiness in life, if not the only one. Without hope of the end life would be unendurable* » (Binswanger, 1958).

Déjà, le parcours particulier d'une telle enfant est un fait notable en soi, mais il se poursuivra plus dramatiquement encore à l'adolescence. Elle souffrait alors d'une telle préoccupation d'elle-même, en plus des exigences d'excellence et des souhaits concomitants de mort revenants sous toutes les formes possibles que plus d'un professionnel en restait perplexe, et ils nourrissaient de grandes inquiétudes quant au développement ultime de ces prodromes de pathologie mentale<sup>97</sup>. L'enfance comprend des pathologies et de nombreuses crises développementales sans trop de conséquences futures. Le dénouement peut facilement être tout autre et les difficultés se résorber d'elles-mêmes. Malheureusement, dans le cas d'Ellen West, il se produit à 20 ans une cristallisation de l'ensemble de ses caractéristiques où le centre de ses préoccupations morbides, véritable générateur d'obsessions coupables et de danger physique pour sa santé, sera l'absorption de nourriture. C'est lors d'un voyage en Italie que la sévérité des symptômes se manifesta alors que se mettaient en place des idées précises, devenues par la suite indélogeables sur la nature idéale que serait son (ou le) corps dans ses représentations idéalisées. On pourrait dire que le déclencheur aurait été le fait d'un non négligeable gain de poids durant ce voyage, mais la courbe des préoccupations face à un idéal physique et spirituel était déjà, comme nous l'avons

---

<sup>97</sup> Dans le contexte d'une pré-évaluation clinique multidisciplinaire, il ne serait pas étonnant que plusieurs d'entre eux, qui sans pouvoir se prononcer d'ores et déjà sur un pronostic, se réserveraient peu quant à l'évidence d'une genèse ici de trouble de personnalité en devenir.

vu, en germe. C'est donc à cet âge que s'exacerbe la majeure partie de ses symptômes et que tout prend une forme réellement morbide, au sens bien clinique du terme.

Dans son compte rendu de cette étude de cas, Binswanger ne fera pas tant une description des obsessions de celle-ci à l'égard de son poids et/ou de ses tactiques à l'égard de son absorption ou non de nourriture qu'une analyse existentielle en tant qu'histoire de vie de sa patiente. Cette approche, qui tend à suspendre le jugement (qu'il soit clinique, psychiatrique, médical, ou bien de « sens commun », voire de type moralisateur), fait ressortir alors les aspects phénoménologiques et herméneutiques du vécu et de la traversée existentielle d'un individu, et, dans le « cas »<sup>98</sup> qui nous intéresse, de la tragique vie d'Ellen West. Nous ne chercherons pas non plus à évoquer tous les aspects de l'analyse et du suivi de celui-ci auprès de la patiente, mais nous voulons bien soulever le souci morbide de celle-ci et la permanente angoisse que suscitent ses questionnements dont la fin, par une mort tant désirée, est considérée par elle comme une extraordinaire délivrance. Cette attirance pour le vide et la fin de tout rapport soucieux à l'existence qui se manifeste comme nous l'avons vu dès l'enfance dans des scénarios passifs de mort accidentelle.

C'est donc surtout ce questionnement sans fin, assurément existentiel et hautement morbide, ici, qui sera décrit dans le texte comme un cercle sans fin ou d'un encerclement (comme être cernée), « *being encircled* », où tout oubli de soi est banni, sinon précaire, et où n'apparaît que d'exceptionnelles éclaircies au quotidien : un court intérêt ravivé pour un projet ou un travail, un désir sans ambiguïté pour son mari, une simple chose qu'elle se permet de manger au-delà de toute surveillance

---

<sup>98</sup> Ce mot est entre guillemets, car il suppose justement, que contrairement à cette évocation clinique de l'approche de Binswanger, la situation vécue par la personne ne serait réductible à une objectivation ou catégorie psychopathologique. Autrement dit, savoir que se présente, en effet, ce que l'on appelle un trouble dit « alimentaire » selon une classification nosographique, ne nous donne pas le sens même des préoccupations singulières, et exacerbées, certes incessantes qui nourrissent une trajectoire unique.

d'elle-même. Mais généralement, il est dit qu'elle méprisait tout ce qui fait la *workaday life*, ou, si l'on veut, la quotidienneté du bien portant. Ce qui est particulier c'est qu'ici, contrairement à la tendance de tous les exemples de malades et autres pathologies que nous avons décrits avant, au lieu de souhaiter le retour à la quotidienneté et la santé, Ellen West semble s'enfoncer dans une morbide complaisance existentielle d'elle-même. Ce n'est pas qu'elle ne veut pas guérir, mais elle porte des idéaux dont l'obsession de maigrir est la métaphore de la sublimité poétique et intellectuelle qu'elle cherche à atteindre. Dans cette recherche, elle est consciente qu'elle souffre beaucoup, que sa préoccupation quant à son être et le destin qu'elle souhaite l'étrangle avec force, et ce, même si elle ne l'achève jamais complètement. C'est pour cette raison d'ailleurs que la mort lui apparaît comme un soleil idéal, un pouvoir la libérant de toute préoccupation. On comprendra de même pourquoi l'oubli de soi dans cette quête ultime de sublimité d'une part, et de haine de soi d'autre part, est si problématique ici. L'oubli même de son corps est un enjeu quotidien, chose que nous pouvons constater d'ailleurs chez la plupart des troubles alimentaires pathologiques : ce souci de la perfection et de son atteinte obsédante chez les anorexiques qu'ils ne peuvent atteindre qu'avec la disparition du corps<sup>99</sup>. On pourrait dire aussi que c'est là la fin du règne de la surpréoccupation de par cet autre projet de disparition qu'est sa mort. Pour ce type de situation extrême rencontrée chez Ellen West, Binswanger cite Jeremias Gotthelf : « *Think how dark life becomes when a poor human wants to be his own sun* » (Binswanger, 1958) puis Kierkegaard, qui exprime ici de belle façon cette spirale intérieure de la surpréoccupation du malade et de l'impossible échappement à son être, dans la souffrance et la douleur : « *However low a man has sunk, he can sink even lower, and this "can" is the objet of his dread* »

---

<sup>99</sup> Ils ne semblent pas réaliser tout notre sentiment d'horreur alors qu'ils disparaissent sous nos yeux tant leur maigreur est extrême, mais pour eux cela ne peut être égal, au contraire, qu'à un sentiment de pureté.

(Binswanger, 1958). Autrement dit, l'angoisse met toujours en question son être-propre et le sujet peut toujours s'y enfoncer davantage.

Résumons ainsi : sans distance et rivé à un questionnement essentiel sur ce qu'il est, le malade, en perte d'un horizon du monde, arrive mal à se distraire (à faire oublier), il ne peut donc qu'*espérer* vivre pour la *re-capture* d'un horizon du monde ou espérer mourir pour enfin échapper à lui-même.

*It is not surprising but in keeping with the existential encirclement-process of this existence that the material restrictions also become still more massive : they are now walls against which Ellen West beats her own hands (as later she does against her own fat body) until her hands drop powerless. We see here, too, that existential dread isolates the existence and discloses it, in Heidegger's words, as solus ipse ; even in exalted mood Ellen is alone, no longer flying in airy heights, but standing, with a frozen heart, on icy peaks (Binswanger, 1958).*

Au fond, ce qui est évoqué ici par la solitude poignante d'Ellen West est son angoissante surpréoccupation et/ou ce cercle vicieux qui, dans sa maladie, la ramène dans la fermeture de son être-préoccupé, et qui est une velléité de transcendance quant à l'oubli de soi et l'ouverture au monde. C'est de la trop grande possibilité de son être en propre (*dread isolates the existence*) et à la fois de son ouverture à lui (*discloses*) dont il est question ici.

Ellen West, devant le trop-plein de sa souffrance, l'exprimera avec beaucoup d'éloquence grâce à des métaphores percutantes sur le cercle vicieux de sa condition d'existant éprouvé par la maladie. Comme nous le disions plus haut, sa pathologie est marquée d'un idéal qui se traduit par cette dichotomie entre le corps et l'esprit (un corps qui ne devrait même pas être, mais disparaître et un esprit pur où seule l'intellectualité prédomine). Cette dynamique conduit à un ascétisme de surpréoccupation cristallisée où l'impossibilité finale de nier en totalité le corps reconduit à l'angoisse exacerbée qui, nous savons, est l'ouverture à ce difficile sinon

impossible oubli de la question de l'être pour lui-même. Même s'il n'est pas exprimé ainsi dans le langage de West, Binswanger évoque constamment cette circularité (*encirclement*) du discours de la souffrance existentielle de sa patiente. Ellen West y va pour sa part d'image d'emprisonnement, d'inlassable « persécution divine, d'oiseau noir maléfique n'attendant que le moment propice pour l'empaler de son bec à la tête » (Traduction libre de Binswanger, 1958). Bref, il y a surveillance en la demeure et nous serions tentés même de dire *surveillance* imparable d'elle-même dans sa surpréoccupation cristallisée<sup>100</sup>. Mais les meilleures métaphores sont peut-être celles de la prison en Sibérie : « des hommes armés bloquant toutes issues » ou, encore mieux, celle de l'opiniâtre meurtrier à sa poursuite.

*For this "being encircled" Ellen finds extremely eloquent similes : that of the prison in Siberia, that of the stage "whose exits are all blocked by armed men from whom she must retreat back to the stage," and, the profoundest of all, the simile of the murderer who constantly sees the image of the victim before its mind's eye and is drawn back overpoweringly to the scene of the murder which makes him shudder. The picture of the murdered victim is the picture of Ellen's murder existence ; the scene of the murder which makes her shudder is the meal. Her being drawn to food, which is stronger than reason and will, and which rules her life and makes it a fearful scene of desolation, stands for her gluttony. Nowhere did she express her way of existence better and more profoundly than in this metaphor. As does the murderer, so Ellen feels herself excluded from all real life, removed from people, totally isolated (Binswanger, 1958).*

C'est donc dire que toute sa vie ses préoccupations eurent la forme de ce canevas, de ces répétitions circulaires revenant imperturbablement à la charge et dont force compulsions sont exprimées par les fortes images précédentes qui en témoignent. C'est cet impossible *échappement* à elle-même qui, jusqu'à la fin (elle se suicida à trente-trois ans), justifiera pour elle cette attraction (pour la porte de sortie) au long cours, ses fantasmes morbides d'enfance à la mi-temps de sa vie, pour la mort ou la mise à mort de ce qui s'avéra une implacable et indétrônable surpréoccupation de soi. Dans ce cas particulier de puissant trouble alimentaire et d'angoisse marquée,

---

<sup>100</sup>Au sens d'incontournable par rapport à soi.

Binswanger a tenté d'aider sa patiente à retrouver un équilibre, mais il a surtout su *reculer*, privilégiant même le plus souvent le repos pour celle-ci. Dans *Philosophie de la santé* (chapitre « Du lieu caché de la santé »), Gadamer exprime bien comment cette assistance réservée est tout autant essentielle dans l'art médical que les interventions plus directes (diagnostic, mesure, dosage optimal, pharmacothérapie, physionomie, acte médical, nosographie et évaluation du pronostic, etc.). Il y décrit comment d'une certaine façon le médecin peut faire partie de la solution (ou du problème), qu'il doit à un moment savoir s'abstenir et surtout éviter l'action forte dans la recherche de l'équilibre subtil et précaire de la santé. La santé ne se résume pas pour lui à des mesures externes. Elle a, dans les cas particuliers, des mesures inhérentes à l'équilibre de chacun.

Dans un état d'équilibre, les poids s'annulent réciproquement. Un trouble de l'équilibre ne peut être annulé que par l'action d'un contrepoids. Cependant, toute tentative de compenser un trouble par l'action d'un contrepoids menace d'entraîner une nouvelle perte d'équilibre, inverse celle-là. Souvenons-nous de la première fois où nous sommes montés à vélo. La force avec laquelle nous empoignons le guidon pour le redresser lorsqu'il se mettait à incliner d'un côté était telle qu'aussitôt, nous nous retrouvions étendus à terre de l'autre côté (Gadamer, 1998).

Le modèle du maintien de l'équilibre est, par conséquent, extrêmement instructif pour notre sujet parce qu'il montre le danger que comporte toute intervention. Bref, qu'il faut aussi être parfois dans l'oubli de l'intervention !

Tandis que l'action médicale qui guérit « trouve son achèvement dans sa suppression », la médecine qui conduit au salut prolonge l'action de l'intervention et de l'activité pour le moins démiurgique du médecin. Quoi qu'il en soit, s'arroger la capacité de conduire l'homme jusqu'à lui-même, de comprendre la présence humaine et son « projet de monde » signifie s'attribuer en tant que thérapeute un rayon de volonté et d'action extrêmement large, qui va de l'absence de toute intervention thérapeutique à la thérapie totale. On n'est pas surpris alors qu'une telle attitude puisse offrir les prémisses à une psychiatrie capable de décrire le suicide d'une patiente comme « l'accomplissement nécessaire du sens de la vie » de cette malade (Binswanger, 2011).



Par la mort, Ellen West s'est donné, ou a continué... un travail de sens. On peut dire que la circularité fermée<sup>101</sup> de ses pensées, si nocives dans son cas, reflète néanmoins sa résistance à quitter un état de toujours, du moins un dans lequel dans elle se reconnaît<sup>102</sup>. Cette circularité néfaste l'emporte malgré tout, malgré elle, comme si ce qui s'affronte ici en réalité, nonobstant le désir profond de changement, va au-delà de cela : il en est plutôt de cette vie qu'elle cherche à préserver. Voilà ce que Binswanger a probablement voulu respecter en se retirant des soins et dans la désinstitutionnalisation de sa patiente. Il faut mentionner que lui et d'autres collègues consultés (ceux mentionnés plus haut, Bleuler et Kraepelin) en étaient venus à la conclusion que toute thérapie était vaine. Néanmoins, Binswanger n'en est pas à sa première décision clinique visant la jonction d'un savoir-être et d'un savoir-faire en se retirant ainsi du processus thérapeutique actif pour laisser la patiente retrouver son milieu de vie et s'oublier en tant que malade (certes s'éloigner du *marquage* institutionnel « Bleuler accordera que “qui réussit à nouveau à se mouvoir tout seul à l'extérieur de l'institution est en un certain sens guéri” » (Binswanger, 2011) dans un retour à la vie et l'empreinte du rythme de la quotidienneté. Au demeurant, il s'en tient à une des maximes principales du serment d'Hippocrate qui dit que tout médecin doit au moins, s'il se doit de porter assurément assistance au malade, savoir aussi *ne pas nuire*, et, dans les termes plus près de ce que nous exposons ici, savoir se retirer face à l'équilibre fragile que requiert les bases plus certaines d'une bonne<sup>103</sup> santé. Dans la seconde étude de cas (le cas Aby Warburg) que nous verrons, Binswanger démontrera le même tact clinique, mais avec un franc succès cette fois, si toutefois il est possible de parler de transformations franches dans l'univers clinique thérapeutique.

---

<sup>101</sup> Une circularité « ouverte » serait dans l'esprit salutaire du travail de sens de cercle herméneutique.

<sup>102</sup> En psychanalyse, on parlera en termes de force compulsion de répétition chez le sujet.

<sup>103</sup> Bien que nous ayons la présomption de croire dans cet essai, et si nous maintenons notre logique d'essayiste, qu'il n'y ait pas de bonne ou mauvaise santé, au sens où « La santé n'est pas quelque chose que l'on ressent » (Gadamer, 1998).

Il faut le dire, le cas Ellen West se termine de façon on ne peut plus tragique alors qu'elle se donne la mort après s'être pourtant vivement laissée emporter par la vie, dans le goût et l'appétit de la vie : aimant, mangeant, lisant tout son soûl, s'oubliant... elle met finalement fin à ses jours. La mort, c'est l'oubli sans appel<sup>104</sup>.

### 3.3 Une étude de cas : Aby Warburg

*Il buon Dio di Aby Warburg (Mastroianni  
cité par Stimilli, La guérison infinie).*

Aby Warburg est ce patient vu par Binswanger qui avait une notoriété dans le domaine de l'histoire de l'art, où il a été reconnu fondateur de la discipline iconologique. Ce patient avait été interné en 1918 pour une psychose aiguë dont les symptômes particuliers ou *acting out* caractéristiques étaient des cris aussi tonitruants qu'incessants, résonnants partout dans l'hôpital. Les responsables ne savaient plus comment accommoder la maladie de l'illustre résidant. Ici, la surpréoccupation<sup>105</sup> prend l'allure d'une tourmente intérieure incessante et jusqu'à un certain point désorganisée, qui par surcroît entraîne dans son sillage toute la tranquillité d'un sanatorium. Pour mieux établir le contexte inquiétant des manifestations de sa pathologie, nous sommes en 1918, il est interné à la clinique Bellevue,<sup>106</sup> car il avait menacé son entourage d'un *acting out* homicide envers sa famille suivi d'un suicide. De l'avis de plusieurs de ceux voyant à ses soins, la situation semblait sans issue. Une schizophrénie selon Bleuler, et pour d'autres, un pronostic tout aussi funeste ou à bien faible chance de rémission.

---

<sup>104</sup>Pour Gadamer « la maladie chronique par excellence » (Gadamer, 1998).

<sup>105</sup>Il faut dire que nous nous retrouvons ici dans un registre tout autre que les préoccupations angoissantes du névrosé ou de la simple intranquillité d'esprit du mal existentiel, mais d'un discours relié à la franche angoisse d'un psychotique.

<sup>106</sup>Là où pratiquait Binswanger à Kreuzlingen.

Comme dans le cas d'Ellen West, Binswanger sera de nouveau contredit sur le plan du diagnostic par Kraepelin. Par contre, le tact clinique est bien plutôt ce qu'on lui reconnaîtra encore une fois. Malgré tout, Binswanger a su défendre son approche clinique, car c'est à lui qu'on avait reproché peu de temps avant de n'avoir rien fait pour le célèbre philosophe Nietzsche, qu'il avait eu comme patient, et d'avoir causé sa détérioration morbide et, finalement, fatale.

Il n'en demeure pas moins que les issues tragiques de l'une comme de l'autre (West et Nietzsche) ne rendent aucun compte de l'approche privilégiée par Binswanger, ainsi que de son tact clinique. Warburg, en guérissant, donnait finalement raison au pronostic pourtant plus favorable de Kraepelin à son égard, et restera toujours plus reconnaissant à Binswanger pour son sens de l'empathie et sa réserve (tact) dans l'approche de la maladie. Il qualifiera même l'énergie du pragmatisme déployé par Kraepelin dans sa façon d'attaquer la pathologie de barbare (2011). Ce qu'il faut retenir ici est une approche de la santé qui est de l'ordre du travail de sens (herméneutique) et de pose lorsque les préoccupations sont improductives. Que la santé mystérieuse est toujours cet animal étrange qui échappe aux mailles des concepts et élude même nos présuppositions les plus plausibles : elle ne se capture donc pas aisément. Elle est tapie, ou comme l'évoquerait Gadamer, ne se donne pas à voir, semble posséder au contraire cette « juste mesure inhérente à la chose elle-même » (Gadamer, 1998). Bref, elle ne correspond jamais tout à fait à ce que nous en attendons phénoménologiquement, tout comme médicalement d'ailleurs. On pourrait relancer que la guérison conjugue un travail à la fois de temps (préoccupation, rapport à soit même, recul) et de sens. Mais qui, une fois guéri, se souvient de tout ce travail accompli dans la maladie et de toute notre occupation à s'orienter vers la santé ? Toutefois, ce n'est pas de dire non plus que le patient guéri ne parte avec rien de son expérience et voilà qu'il a, trivialement, tout oublié de l'affaire. Il passe définitivement à autre chose (un autre monde l'oriente) alors que la surpréoccupation, le souci et l'angoisse ne rendent soudainement plus compte du travail de la maladie.

Dans des lettres de correspondance entre Warburg et Binswanger, ce dernier qualifie la nouvelle vie de son patient comme étant plus ou autre chose qu'un retour à la normalité, mais d'*être* définitivement sorti (*endgültig entlassen*) des sinistres remous de la maladie. Tel que nous le soulignons dans les chapitres précédents, au sens étymologique du mot exister vient d'*ex-istere* (sortir de), tandis que le rapport trop soucieux et préoccupé de soi-même (de son sort, son destin, sa maladie, sa mort) tient d'un plus difficile non-oubli<sup>107</sup>. Enfin, toujours en tant que travail sur la maladie qui nous confronte directement à notre être, en propre, et parfois sans sortie autre, souffrance et ruminations. Georges Didi-Huberman évoque ainsi le grand tact de Binswanger dans la rémission de Warburg. Ironiquement, avec l'appui de cet extrait du *Dialogue* de Nietzsche : « A – Ai-je été malade ? Je suis guéri ? Et qui donc m'a soigné ? Comme j'ai oublié tout cela ! » Et il aurait pu, comme le second, interpréter cet oubli comme la garantie la plus certaine de sa guérison : « B – Ce n'est que maintenant que je te crois guéri. Car on va bien quand on oublie » (2011). Pourtant, ce traitement dont le temps est un facteur certain, respectant le rythme et l'espoir du retour d'un équilibre perdu, ne va pas sans critique. La question en filigrane du livre *La guérison infinie* sur Aby Warburg, est bien en fait : qu'est-ce que guérir ? en lien avec cette parole de Freud disant de la maladie et de la santé, qu'au fond, c'est bien la seconde la plus intéressante.

Warburg lui-même doutait du processus. Pire, il se méfiait de ce médecin sadique « souriant froidement », comme écrit dans cette lettre à sa femme sur sa relation clinique avec Binswanger. Évidemment, il en va là aussi des symptômes mêmes de sa psychose d'extrême méfiance envers le personnel soignant :

Mon désespoir absolu commence sous le régime de Kurt Binswanger. Il est encore pire que les autres. Il est insaisissable comme l'anguille, me parle d'histoire de l'art au lieu

---

<sup>107</sup>Le cas West en est un exemple insigne.

de s'occuper de moi comme un médecin. J'ai de nouveau le diabète, ce qui a pour conséquence que je dois demander continuellement du chocolat à l'infirmière... Il me semble que Ludwig Binswanger travaille à mon élimination, mais, sous prétexte de partir en vacances, il a apparemment disparu. Que Dieu me vienne en aide (Binswanger, 2011).

D'un autre côté, critique somme toute positive de Heise : « Si je comprends bien, il ne s'est pas trop fatigué, il s'est contenté de surveiller et de pousser avec soin le processus d'autoguérison... Et il a bien fait, même si la perte de temps et d'énergie nous apparaît démesurément longue (six années entières) » (Binswanger, 2011). Et plus loin, on dit que la documentation de l'époque fait la description d'un « rapport médecin-patient véritablement exceptionnel » (Binswanger, 2011).

Un tournant décisif semble avoir été une conférence donnée par Warburg dans les lieux mêmes du sanatorium Bellevue. Le titre « *Le rituel des serpents : récit d'un voyage en pays pueblo* » marque une tranquille réappropriation de ce qui l'habite : passion et profession comme une reprise de transcendance. Cette conférence était aussi un gage avec, préalablement, une entente stricte de condition, pour un congé dans la famille pour celui-ci. Certes, Warburg s'était mis au défi lui-même, comme les autres, de pouvoir ramasser ses forces, démontrer cohérence et présence, une éthique de conférencier, et une « unité à soi » telle que Gadamer décrit la rythmicité chez l'homme à travers la santé/maladie dans *Philosophie de la santé* :

La constitution spécifique de l'homme éprouve son unité à soi en se projetant dans les entreprises les plus risquées tout en la conservant. Tel est ce que nous découvrons dans la constitution fondamentale de l'homme et qu'un médecin qui réfléchit devra toujours considérer comme son principal objectif : non pas uniquement rétablir le patient, mais lui faire également retrouver son unité à soi en lui redonnant, en lui restituant son être et son savoir-faire, en les lui faisant retrouver (Gadamer, 1998).

Kraepelin avait identifié chez Aby Warburg un état maniaque qui est loin d'être en contradiction, en effet, avec le type de personne et de chercheur qu'il était avant qu'il ne devienne dysfonctionnel. On lui a souvent reproché de manquer de fil conducteur

dans l'ensemble de son travail, mais reconnu malgré ses particularités méthodologiques les fruits de sa passion désorganisée. À travers les vues de la santé développée dans cet essai, nous pourrions parler d'un homme manquant de rythme, happé quotidiennement par un *pathos* pour son travail jusqu'alors productif, traduisant néanmoins des préoccupations maniaques. Mais cet excès a eu comme effet funeste de tracer une trajectoire où le manque de distance à soi dans un *pathos* exacerbé et une sensibilité malade dans son rapport entre son projet et l'autre s'exprimera même, tout à l'extrémité symptomale, sous les formes mêmes d'un délire persécutoire. Cette intranquillité d'esprit dans les cris continus et tonitruants, sans apaisement, mettait évidemment en échec toute possibilité de travail et de transcendance dans la poursuite de son œuvre, bien qu'elle l'habitait toujours. Intéressé par l'image en art (iconographie), cet intérêt perdait de son sens quand elle ne s'inscrivait plus dans une rythmicité qui inclut l'autre et ne se dépose plus dans un projet de transcendance, mais ne regarde que l'être de la personne préoccupé.

À l'image de Nietzsche se jetant au cou d'un cheval... La question, on le voit, est bien une question de *pathos*, et même, osons le dire, de *pathologie* : l'histoire de l'art est-elle capable de reconnaître jusqu'au bout la position *fondatrice* de quelqu'un qui demeura presque cinq ans dans un asile psychiatrique, entre « inhibitions de peur » et « agitation motrice » ? De quelqu'un qui « parlait aux papillons » des heures durant, et dont le médecin – qui n'était autre que Ludwig Binswanger – désespérait de toute guérison ? (Michaud, 1998)

On pourrait dire de Warburg qu'il n'a jamais su, malgré son génie troublé, asseoir son rapport à son œuvre, et son existence même, sur la force tranquille d'un recul et d'un oubli de soi. Les états maniaques sont un mouvement continu, insatiable, reculant l'instant, aux pauses brèves, dont on dira qu'il est le fait de « papillonner » ou « être sur la brèche » comme le DSM-IV-R qualifie, entre autres, l'impulsivité motrice et ce type de mégalomanie. C'est une autre façon, plus clinique, mais pas seulement, de décrire « l'excès warburgien – l'exigence si forte... le *pathos* de la pensée, bref, la

maladie de l'âme. Les positivistes, les amateurs de *corpus* clos appellent cela, de façon méprisante, "papillonner" » (Michaud, 1998).

Binswanger n'a-t-il pas voulu, au fond, chercher à remettre du sens dans tout cela et placer l'être, non pas au centre de la préoccupation, mais aux commandes d'une plus grande transcendance, plus capable d'oubli de soi ? Il se trouve que les symptômes exacerbés conduisent d'eux-mêmes au dysfonctionnement et, éventuellement, pour certains cas, à l'internement, donc à un « état » de pause face à un rythme insolvable, une ruine de transcendance et des rapports plus souhaitables à toute communauté, de ce qu'on appelle autrement dit la pathologie, mais avant la convalescence, l'internement nous coupe du quotidien et l'on assiste ensuite à un long travail de reprise de sens.

Mais dans la *con-valescence* [sic], il y a le temps, beaucoup de temps et de cette tentative de reprise de sens, de cette compréhension qui n'est pas préoccupation, mais un travail thérapeutique d'accompagnement du soignant principal et de l'encadrement offert par l'équipe soignante.

On ne connaît pas le symptôme sans le *comprendre*. Comprendre ? Prendre avec. Henri Maldiney, suivant Freud et Binswanger, réfère cette connaissance-là au *patheï mathos*, la « dimension pathique » du connaître que chantaient autrefois les tragiques Grecs... tout au moins une dimension d'épreuve *patheï mathos* : s'involuer dans l'épreuve et en tirer de cela une connaissance fondée (Michaud, 1998).

L'épreuve de la maladie, si elle conduit à une perte de transcendance et d'un horizon de vie, semble pour certains un passage obligé. Le dépressif est toujours l'exemple pathique le plus significatif en ce sens : acculé à soi, il n'a de cesse de revisiter souvenirs et questionnements en lui pour extraire du chaos, distiller le sens salutaire qui le mette enfin en marche. Mais le cas de Warburg est bien sûr différent au sens que son chaos est déterminé par la psychose. Nous avons dit que nous parlerions brièvement des particularités de la maladie schizophrénique en début d'essai. La

psychose est du point de vue intersubjectif une pathologie du dialogue ou dit de manière plus dramatique le « lieu » d'une certaine agonie du dialogue. Beaucoup plus que toute névrose d'angoisse ou psychopathologies quotidiennes, la pleine angoisse des psychotiques est un rapport à un soi préoccupé où le soi-même est en péril, risque de se dissoudre. Revenir des morts à la lumière du dialogue et de la locomotion du sens, de seuil de l'autre, est le défi passif que devait relever Binswanger. Qui plus est, cette présomption de faire de la maladie créatrice de Warburg une santé créatrice à l'intérieur d'un plus grand oubli de soi.

La relation thérapeutique est le lieu d'émergence du sens. Faire ressortir du sens, c'est ce qui nous guérit. Ce n'est pas n'importe quoi qui émerge. Cela dépend de notre propre histoire, de nos préjugés, etc. Le travail herméneutique est le travail du sens dans la mesure où l'on est travaillé par le sens qui émerge de notre questionnement. Lorsque nous donnons du sens à notre vie, celle-ci se trouve animée, portée par un souffle comme un vent favorable. C'est se donner une âme. Viser une thérapie, une guérison, c'est viser le réapprentissage du dialogue (Quintin, 2012)

En 1924, Warburg a retrouvé son projet de vie de belle façon et l'amitié et la reconnaissance de sa fratrie intellectuelle. Il meurt en 1929 d'une autre maladie, un infarctus, de ce mystérieux équilibre du corps qui se perd ici dans l'angoisse aussi brève qu'aiguë d'une mort foudroyante, laissant peu de temps au souci de l'être de se manifester, de cette eau noire qui toujours reflète sa propre existence, mais il n'a certes pas sombré dans une lancinante et permanente surréoccupation et l'angoisse de voir son être se dissoudre dans l'infini. On pourrait dire, sans contradiction ou aporie, qu'il était à la fin même, plus dans le dialogue avec soi-même<sup>108</sup> que la préoccupation.

---

<sup>108</sup>Tel qu'inspiré par un thème souvent évoqué dans les cours magistraux du professeur de psychologie Bernd Jager dont Approche humaniste, « l'homme est une conversation »



## CHAPITRE IV

### MÉTAPHORE SUR LA SANTÉ QUI SE CACHE : UN MYTHE ET UN EXEMPLE LITTÉRAIRE

#### 4.1 Retour sur l'équilibre latent de la santé

Médecin, aide-toi toi-même et tu sauras secourir ton  
malade. Que ce soit son meilleur secours de voir,  
de ses propres yeux, celui qui se guérit lui-même.  
Il y a mille sentiers qui n'ont jamais été parcourus,  
mille santés et mille terres cachées de la vie.  
L'homme et la Terre des hommes n'ont  
pas encore été découverts et épuisés.  
**Friedrich Nietzsche** *Ainsi parlait Zarathoustra*  
(première partie : « De la vertu qui donne »).

Le médecin échappe-t-il lui-même à la vertu de cette santé silencieuse ? Non, et ce, même s'il en connaît quelques *sentiers de la santé* à travers sa pratique ; le principal ou l'essentiel est toutefois peut-être celui d'en oublier parfois tout simplement la recherche, en ce sens que tous deux (clinicien et patient) ont un même combat. Tout intervenant en santé souhaite, de pair avec son patient, être dans l'oubli de soi, vivre autre chose<sup>109</sup> comme la *rencontre* dans la santé est autre en tant que seuil s'ouvrant sur un plus large horizon. L'objectif commun ultime est de se soustraire au *pathos* de la *pathologie*. Alors que le malade rappelle l'attention du clinicien ou médecin au fait qu'il est soucieux de sa condition, bien au sens de cette surpréoccupation maintes fois mentionnée qui tend à refermer un horizon et se trouver du coup davantage auprès de

---

<sup>109</sup>Au-delà de la préoccupation clinique qui les réunit comme clinicien et patient.

soi, alors que la santé ouvre au contraire à l'autre, à un *monde-de-la-vie*. Dans le fait de recouvrer la santé, intervenant et patient peuvent enfin discuter de tout et de rien, du quotidien et de l'avenir. Ils sont par la vertu de la santé face à un horizon de signifiants tout autre. Avant, le combat nécessitait l'engagement du médecin, son expertise et le souci de guérir celui dont la condition le place dans une quasi-permanente sollicitation, à l'affût des signes de rétablissement. C'est un rapport d'hommes et en tant qu'ils sont des existants. « L'homme est un animal malade », disait Nietzsche ; nous pouvons reprendre cette assertion au sens où il est, comme *existant*, malade de l'homme. Le malade est un existant soucieusement présent à lui-même. La rencontre clinique possède son horizon, mais il est réduit et sous ce constant « empressement » d'un effort qui tend vers un but ultime, celui de recouvrer cette santé oublieuse de soi.

Médecin et psychologue clinicien accompagnent le souffrant, se laissent concernés et sont complices de débusquer cette santé latente pour sa vertu silencieuse à l'encontre de toute symptomatologie bruyante. Les sentiers qu'il propose sont d'abord faits d'un regard sur le symptôme et le vécu du patient. Plus concrètement, ils ont la présomption d'opérer sur ceux-ci, de recalibrer une hygiène de vie, mais en fin de compte, il ne rivalise en rien avec la subtilité de la santé qui toujours nous échappe. Il arrive même parfois que, malgré toute la sollicitude, l'empathie, un sens clinique aguerris, une logique et une science avec l'appui de mesure franche et finalement une alliance thérapeutique optimale, le charme n'opère pas. La maladie, c'est le contraire de l'espoir rencontré dans un horizon de santé.

#### 4.2 *La Nausée* : un regard sur la maladie mélancolique (Roquentin : l'impossible échappement à soi)

Il est souvent préférable d'être très actif plutôt  
que de penser intensément (Louis Bromfield).

C'est à partir de cet ouvrage littéraire bien connu de Jean-Paul Sartre et son protagoniste Roquentin (personnage représentant l'homme on ne peut plus accablé par l'existence) que nous voulons maintenant exemplifier par cette description romancée (présenté d'abord comme une fiction, cela va de soi) ce rapport étroit de présence à soi dans l'existant de la pathologie. Ce n'est pas tant de chercher à faire le diagnostic d'un personnage, même s'il est issu de réflexions autobiographiques et de faits caractérisant directement le vécu et les états psychologiques de l'auteur, que de prendre en compte la riche description phénoménologique que cette œuvre recèle. Notre essai ne peut que bénéficier d'un tel apport au sens où les artistes, comme il est dit par Merleau-Ponty (1945), sont « des phénoménologues nés », et à partir de leurs œuvres, le plus souvent, une vérité se dégage, pour autant qu'on se prête au jeu de la compréhension et au travail d'interprétation herméneutique de l'œuvre appréciée. Une œuvre d'art, malgré sa gratuité et sa non-scientificité, offre un certain regard sur l'intentionnalité de son auteur et de son rapport au monde. On sait que Jean-Paul Sartre avait comme première intention d'intituler son roman *Melancholia*, mais se ravisa pour *La Nausée*. Voulait-il ainsi éluder un titre plus clinique que descriptif ? Certes, c'est de cette manière que nous voulons bonifier notre description phénoménologique de la santé et de la maladie, tout en parcourant les richesses descriptives du mal-être de Roquentin dans une autoréflexion qui ne le décolle jamais de son *soi-même*, avançant de détail en détail sur des choses et un monde qu'il n'intègre plus et dont toute transcendance est appauvrie. Maladie et pathologie sont donc avant tout vigilance sur soi et souffrance existentielle élevées ici au qualificatif de la nausée. De plus, comme nous l'avons évoqué à maintes reprises dans cet essai doctoral, même si la santé participe à un mieux-être, ne saurait être attribuable qu'à

l'atteinte d'un bien-être. Le phénomène de la santé s'avère aussi, et peut-être surtout, un horizon de sens, de signifiants s'ouvrant à nous, qui rejoint une *présence* (au monde, à l'autre) et toujours vécu dans un relatif souci d'existant<sup>110</sup>. En un sens, la santé nous engage à exister, mais on peut imaginer des cas atypiques, finalement peut-être pas si rares ou exceptionnels que cela, de certains ne souhaitant pas quitter l'hôpital ou chercher pas plus qu'il ne faut à s'affranchir de leur condition de malade. Aussi, si la santé qui s'efface dans son silence et aux effets prodigieux participe aux ingrédients du bonheur, il serait mal venu de chercher à le nier, mais elle laisse surtout place à une existence de transcendance<sup>111</sup>. On ne sait ce que lui-même Sartre pensait du bonheur, mais on peut croire qu'il ne serait pas tout à fait en désaccord avec cette autre citation de Bromfield : « Le bonheur est une chose bizarre. Les gens qui ne l'ont jamais connu ne sont peut-être pas malheureux » (Bromfield, 1943). Mais c'est quoi le bonheur pour Sartre ? Et s'il ne se prononce pas davantage sur ce qu'il peut être, ou ne pas être, on peut retenir de ce dernier cette considération face à la vie ou locution sur l'existence : « vivre ou exister, c'est boire sans soif ». L'homme serait plus souvent dans la préoccupation que dans le bonheur.

La maladie apparaît donc comme le souci exacerbé, qui est une forme proche et peut-être synonyme de *nausée*, et surtout au sens où Roquentin se penche quotidiennement sur son journal personnel pour espérer en évacuer les effets nauséabonds. Mais il peut aussi l'instant suivant, dans sa labilité mélancolique, se croire guéri et rejeter les bénéfices d'écrire, croire même son mal issu justement de faire cela, se surpréoccupant presque sans relâche de sa cause et de sa condition : être trop vigilant, « s'avoir » à l'œil. Aussi, c'est possiblement pour cette raison que les gens et les choses l'oppressent, que son rapport au monde n'est pas sain. Le maître bouddhiste et

---

<sup>110</sup>Il y aurait beaucoup à comprendre ici du fait que nous avons à charge notre existence et les bénéfices (de la non-responsabilisation) de la maladie.

<sup>111</sup>Même que ces deux derniers mots constituent un pléonasme.

philosophe japonais De Dôgen disait « Se connaître soi-même, c'est s'oublier. S'oublier soi-même, c'est s'ouvrir à toutes choses ». Dans sa mélancolie, c'est tantôt tout ce qui se trouve dans le monde, l'extérieur, qui lui procure une nausée, comme tout autant ses interminables et angoissantes considérations par rapport à lui-même. Préoccupation sur sa propre existence avec l'acuité qui fait qu'Antoine Roquentin est pour ainsi dire étanche à toute transcendance salutaire (que ce soit les gens qu'il côtoie ou même son activité d'écrivain qu'il dit faire parfois sans courage, voire sans conviction). Il semble surtout incapable d'échapper à lui-même à travers une hypervigilance ou une sensibilité qui vont de son inexplicable dégoût et son mal-être devant les moindres détails des choses du quotidien, jusqu'à l'évaluation déplorable de son propre visage dans le miroir. Ce corps, ce visage qui sont les siens, il ne peut les oublier, et plus c'est le cas, plus il est incompréhensible, plus il est laid, voire chosifié<sup>112</sup>, à force de les scruter.

La chose grise vient d'apparaître dans la glace. Je m'approche et je la regarde, je ne peux plus m'en aller. C'est le reflet de mon visage. Souvent, dans ces journées perdues, je reste à le contempler. Je n'y comprends rien, à ce visage. Ceux des autres ont un sens. Pas le mien. Je ne peux pas me décider s'il est beau ou laid. Je pense qu'il est laid, parce qu'on me l'a dit. Mais cela ne me frappe pas. Au fond, je suis même choqué qu'on puisse lui attribuer des qualités de ce genre, comme si on appelait beau ou laid un morceau de terre ou bien un bloc de rocher (Sartre, 1938).

Tout ce temps passé à se préoccuper de son visage, à ne pouvoir se détacher d'une contemplation néfaste, l'amène à l'évidence à une piètre estime de soi ; mais c'est cet impossible recul par rapport à son corps et donc à lui-même qui porte à conséquences. Il en est conscient, mais n'y peut rien, c'est pourquoi il se rappelle, faute de trouver un sens à tout cela, cette remarque d'une de ses tantes qui disait : « Si tu regardes trop

---

<sup>112</sup>Comment ne pas penser ici à cette énergie compulsive qui contraint l'anorexique à toujours donner un sens à ce qu'il ou elle voit dans le miroir ? Elle ne récolte qu'une image déformée (de l'ordre d'une problématique de dysmorphophobie) et dans cette lutte sans fin avec elle-même, se « refuse » tout oubli de soi. L'ironie dans tout cela ne serait-elle pas qu'on ne peut se connaître qu'avec un recul face à soi, face à sa propre image ?

longtemps dans la glace, tu y verras un singe ». Il renchérit dans ses ruminations solitaires que plus on se regarde, pire c'est « au-dessous du singe, à la lisière du monde végétal, au niveau des polypes » (Sartre, 1938).

Roquentin est décrit comme un homme qui aime la nuit et le refuge. Il ne veut laisser place qu'à ses implacables ruminations qui pourtant sont sans sortie, débouchant plus souvent sur la nausée ou le mal-être de la mélancolie qu'un sens plus salutaire à sa condition. Il a à comprendre son être et ne peut donc se libérer de la question fondamentale quant-à-soi dont toute angoisse dans la maladie est productrice. Dans sa mélancolie profonde, le passé est toujours rappelé, des souvenirs récurrents, comme s'ils avaient plus d'importance ou de sens que tout ici et maintenant de sa vie. Il a le sommeil léger et il fuit les repères de sa vie présente, car ils sont source de nausée. Il a peine à se connaître, mais aussi, il tient à se questionner sans arrêt. Il se réveille brusquement avec des questions qui inconsciemment le tenaillent et le taraudent en continu, « Est-ce que les autres hommes ont autant de peine à juger de leur visage ? » (Sartre, 1938)

Roquentin n'est pas que cet homme complexé perdu dans le vertige de son propre visage dans la glace. Certes, il se compare, tel que l'exemplifie ce qui précède, et cela témoigne d'ailleurs d'une expérience personnelle qu'il érige presque, nous verrons, en une fine analyse phénoménologique et existentielle de son vécu. En effet, il examine son rapport aux phénomènes et aux choses avec une obstination qui participe malheureusement grandement à son trouble. Roquentin est en effet présenté par Sartre comme un malade mélancolique (en fait, c'est ce que nous croyons nous-mêmes également le plus près en termes de pathologie classique en psychologie par cette description de vertige et nausées orientées vers un passé perdu, continuellement à saisir et à renouveler dans son expérience vécue), mais dans le cas présent, vivement exacerbé par une capacité d'analyse fine de ses états existentiels et psychologiques. Pour se représenter quelque peu en clinique ce qui nous rappellerait le mieux les traits d'un Roquentin, ainsi que sa problématique, on serait devant des gens si portés à

l'analyse fine de leurs états mélancoliques qu'ils trouvent toujours une nouvelle façon, en rationalisant, de se complaire dans leur souci. Ce sont des clients difficiles, néanmoins très souffrants. Marc-Simon Drouin, professeur de psychologie et superviseur dans le cadre d'un stage (2005), commentait ainsi le narcissisme : dans toutes interventions cliniques possibles et envisageables avec ce type de clientèle problématique, le fait de confronter avec empathie le client face à son discours rationnel comme n'étant pas inintéressant en soi reste circulaire et peu aidant dans sa situation actuelle ou même face au processus thérapeutique en cours.

Si nous avons dit auparavant comment le moi est plus présent que jamais dans la dépression,<sup>113</sup> si la mélancolie a ces aspects, elle est plus une quête de sens de par son aspect existentiel et endogène peu attribuable à des déclencheurs identifiables comme des ruptures ou situations circonstanciées. Elle est une maladie d'une fixation au *passé* alors que les souvenirs subjuguent par leur présence réitérée le temps *présent* du vécu. L'avenir est comme de raison sans horizon, voire sans espoir. Le dépressif peut toujours échafauder à partir de ses déclencheurs ou des événements (rupture, deuil, perte d'emploi) causant sa difficile adaptation, mais la mélancolie est un exemple éloquent de rapport exacerbé à soi de par la faute et culpabilité dont le malade s'accuse. C'est à lui qu'il s'en prend, cultivant les formules d'une attitude de sans espoir, ce qui pour Sartre prend la forme d'une aussi absurde qu'indélogeable nausée, ou pour un auteur plus franchement littéraire comme Kafka, à travers les thèmes récurrents dans son œuvre, la quête d'un sens face à une culpabilité flottante devant une faute dont les protagonistes sont introuvables. Bref, un sens à trouver devant une préoccupante culpabilité<sup>114</sup>. Un lien à la fois simple et non (Kafka),

---

<sup>113</sup>En fait, comme le désespoir tel qu'évoqué par Kierkegaard, il est, comme celui-ci, ce moi jamais tranquille, exacerbé.

<sup>114</sup>Souvent, ces auteurs – c'est le cas d'un Dostoïevski dans la nouvelle intitulée *Le sous-sol* – font parler leur protagoniste au « Je », plaçant le lecteur aux premières loges de cette conscience surpréoccupée d'elle-même. Et tout comme une recherche de sens et introspection en

comme divers sentiments pouvant surgir dans le souci, comme le désespoir, la honte, la culpabilité. De cette « culpabilité flottante » absurde et existentielle qui réclame un sens, mais qui est toxique en soi. Dans Kafka, préoccupation et culpabilité telle un acte, une faute qui demeure floue, impalpable, et semble toujours accabler ses personnages, portant ceux-ci à se soucier, et dont le sens recherché reste immotivé. La force de cette douleur morale plonge le mélancolique dans ce fleuve interminable de récapitulations de souvenirs et recherche de sens pour ne plus être à contre-courant de soi au sens d'intégrer son expérience vécue. Pour Binswanger, « la mélancolie est un trouble de la constitution des objectivités temporelles et de la présentation », le présent étant la temporalité la plus affectée.

Les états dépressifs [pas la tristesse !] commencent par le retrait du sentiment des choses, qui pourtant signifie beaucoup pour vous ; on se sent intérieurement devenir faible, on se sent *privé de support* ; on cherche un support quelconque auprès des hommes, dans les choses, les occupations ; si le sentiment, avec un tel ancrage, *s'exalte de nouveau*, alors *l'avenir* devient *plus léger* et peut-être *s'oublie-t-on* de nouveau complètement... Si aucun retour à un contact vivant ne réussit, on se débat comme un *noyé*, on se *cramponne* à tout ce qui semble offrir un *espoir*. On est dans l'état du juif errant qui ne trouve jamais de repos. Les *pensées se déroulent à vide*, tournent autour des mêmes choses (Binswanger, 1987).

C'est bien en effet ce que semble ressentir quotidiennement le protagoniste de *La Nausée*, à la façon dont, sans ancrage, il semble glisser sur les choses (et les gens, au sens des relations intersubjectives et de perte de contact), ne vivre que des pensées récurrentes (tourné vers un passé chaque fois plus réel) et n'être surpréoccupé que de leur surgissement alors qu'il les observe, chaque chose lui apparaissant unique, isolée, sans lien. Il écrit son journal, et c'est mardi, samedi midi, pour se donner l'illusion de

---

psychothérapie, c'est même un travail herméneutique plus ou moins conscient de la part du personnage allant toujours vers une meilleure compréhension de soi-même. Mais le sens c'est aussi la maturité psychique au sens finalement de l'oubli, c'est savoir aussi abandonner la préoccupation existentielle ou psychologique. Le personnage dans *Le sous-sol* est un maniaco-dépressif obsédé par sa physionomie, trop sensible dans ses rapports aux autres, et convaincu de la supériorité de son dialogue intérieur. Il vit aussi des moments de bonheur d'une manie suspecte.



se raccrocher au présent et à la quotidienneté. C'est tout autant ce rapport de transcendance aux choses et à un monde commun qui s'en trouve considérablement amoindri puisque la conscience en santé, oublieuse d'elle-même, est concorde dans sa réalité psychique d'une vie de transcendance<sup>115</sup>. « J'ai voulu que les moments de ma vie se suivent et s'ordonnent comme ceux d'une vie qu'on se rappelle. Autant vaudrait tenter d'attraper le temps par la queue » (Sartre, 1938). Cela, il croit pouvoir le faire en écrivant, en se racontant, au risque de se maintenir dans la préoccupation de soi, dans une recherche de rythmicité de la santé, tel que nous avons déjà évoqué dans des chapitres précédents alors que rythme et santé, oubli de soi sont presque synonymes. En un sens, une histoire bien racontée a un passé, un présent et un à-venir. Christian Thiboutot parle de ce triptyque de temporalisation où la présence aux choses ou aux autres va au-delà de son sens commun certes entendu comme présence charnelle :

- a) Le **présent**, en outre, offre aussi la présence<sup>116</sup>.
- b) Le **passé**, quant à lui, n'est pas seulement passé. Certes, il n'est plus présent, mais il vient encore à la présence, nous concerne comme être-été. L'être-été appartient suivant son mode propre (c'est-à-dire une certaine absence qui n'est pas et qui est constitutive de la présence) à la présence. Dans l'être-été, la présence nous est offerte. « l'être-été : offrant et apportant l'à-venir »
- c) L'**à-venir**, à son tour, tient de l'absence en ce sens que cette dernière nous concerne aussi comme ce qui vient de nous. L'avenir, à sa manière, est aussi un mode de la présence : « Dans l'à-venir, dans le venir-sur-nous la présence est offerte... L'à-venir :... (résume-t-il)... offrant et apportant l'être-été » (Dubois, 2000).

« Quand on vit, il n'arrive rien. Les décors changent, les gens entrent et sortent, voilà tout. Il n'y a jamais de commencements. Les jours s'ajoutent aux jours sans rime ni raison, c'est une addition interminable et monotone... Lundi, mardi, mercredi. Avril, mai, juin. 1924, 1925, 1926... ça, c'est vivre. Mais quand on raconte la vie, tout change » (Sartre, 1938). Antoine Roquentin est un homme pour qui le passé a plus de

---

<sup>115</sup>Nous reviendrons sur cette transcendance ou cette vie de transcendance qui prend, dans cette description littéraire du mélancolique de Sartre, un rapport particulier aux choses qui *cernent* le personnage et lui procure nausée.

<sup>116</sup>Schématisation présent/passé/avenir de Christian Thiboutot (2004).

résonance, son autoréflexion soucieuse jusqu'au mal-être et la nausée abonde pour ce parti pris. La musique qu'il aime entendre dans les cafés semble avoir le même effet que le processus de l'écriture : bien que nostalgique, elle arrive pour un *temps* à unifier sa présence au monde pour le sortir de sa triste, voire pathétique mélancolie. Une sorte de *moment* de bonheur ou de transcendance assumée dans un désert de surpréoccupation où l'être ne peut prétendre à aucun oubli de soi salutaire, *sa nausée*. Ma vie présente n'a rien de très brillant : mais de temps en temps, par exemple quand on jouait de la musique dans les cafés, je revenais en arrière et je me disais : autrefois, à Londres, à Meknès, à *Tokio* [sic] j'ai connu des moments admirables, j'ai eu des aventures. C'est ça qu'on m'enlève, à présent (Sartre, 1938).

Roquentin semble toujours conscient de ce manque de rythmicité dans sa vie présente, ce qui le fait à plusieurs reprises déclarer forfait devant les symptômes de la nausée qu'il finit par écrire avec une majuscule : « Nausée ». Ce rapport qui fait défaut de temporalisation et de *présence à*, et qui induit cet impossible échappement à soi dans la Nausée, est omniprésent dans le roman : « Je construis mes souvenirs avec mon présent. Je suis rejeté, délaissé dans le présent. Le passé, j'essaie en vain de le rejoindre : je ne peux pas m'échapper » (Sartre, 1938). D'autre part, cette Nausée majuscule qu'il respecte tant atteint son paroxysme dans des actes quotidiens, si banals en soi, comme son hésitation lors de ses longues marches d'homme fort inquiet de son sort, à prendre tel ou tel passage ou rue pour son retour. « Devant le passage Gillet, je ne sais plus que faire... Je suis plein d'angoisse : le moindre geste m'engage. Je ne peux pas deviner ce qu'on veut de moi » (Sartre, 1938). En effet, tout l'engage dans cette vie, tout à conséquence, comme si l'angoisse paralysait la transcendance, l'appauvrissait, la ruinait, face à tout engagement en ce monde. L'homme préoccupé, tel qu'on pourrait le nommer, est aussi peu engagé envers l'Autre. C'est connu, le mélancolique s'abreuve à lui-même, il est donc seul et peut vouloir, dans les cafés ou ailleurs, rechercher une âme sœur tout autant dans le souci, peut-être pour se sentir lui-même moins inquiet face à sa propre étrangeté.

Le voilà encore qui me regarde. Cette fois, il va me parler, je ne sens tout raide. Ce n'est pas de la sympathie qu'il y a entre nous : nous sommes pareils, voilà. Il est seul comme moi, mais plus enfoncé dans la solitude. Il doit attendre sa Nausée ou quelque chose de ce genre... Il doit bien savoir que nous ne pouvons rien l'un pour l'autre. Les familles sont dans leurs maisons, au milieu de leurs souvenirs (Sartre, 1938).

L'extrait précédent rappelle une sorte de confrérie des alités, qui, sans trop se connaître, partagent à l'hôpital un lieu, parfois l'exiguïté d'une chambre, mais surtout, la lassitude et le souci de se savoir malade et le sentiment de ne pouvoir échapper à son sort, une vive préoccupation. Il y a, bien évidemment, des moments où le malade peut s'occuper à autre chose, arriver à parler à son voisin de chambre, évitant absolument ou parlant tout à fait de ce qui les fait souffrir, de leur maladie respective, mais tous deux ont en commun des restrictions de mobilités, comme de brefs contacts qui se font surtout avec le personnel soignant et les rares visites. Pour tous malades, physiques ou psychologiques, hospitalisés ou aliénés, même parmi le monde côtoyant les bien portants, un certain rapport à la transcendance et au monde est remis en question alors que dans des maisons vivent des gens, entre le quotidien et les souvenirs et l'espérance en l'avenir de leur famille. Alors que Roquentin a une vie limitée : son lit de chambreur, allant et venant, faisant comme il le dit, les cent même pas vers le café d'en face, il ne tolère pas plus son ombre que sa conscience trop préoccupée d'elle-même, et le projet de ses écrits semble vain dans sa solitude et l'étreinte noire de sa mélancolique. Comme tout malade il n'a pas de monde, ou enfin il faut toujours considérer le monde du malade comme restreint, le mélancolique n'aspire qu'à revenir sur son passé, néglige le présent, et n'a ainsi donc pas de base pour imaginer une saine projection et investissement de son à-venir. Roquentin erre à la découverte de lui-même, mais son mal-être tient justement au fait qu'il n'arrive pas à se lever du lit de ses préoccupations et se trouver présent et disponible à un horizon où ouverture à toutes choses est transcendance. Et c'est essentiellement la conquête de celui-ci dans ce roman existentiel ou comme tout malade le souhaite, et du fait qui cela caractérise

ou s'adjoint immanquablement à l'expérience vécue de toute pathologie, retrouver le rapport à son monde et par le fait même l'oubli qui participe de la transcendance. Il veut oublier le questionnement qui le taraude quotidiennement et conquérir une distance dans le rapport à soi en s'inscrivant dans l'évènement dont le quotidien est fait. En un sens, sa conquête ultime serait l'oubli même de ce projet, un peu comme le patient en cure, trop fidèle à ses rendez-vous, qui finit enfin par en oublier un, puis deux, et trois, puis avant longtemps il souhaiterait même consciemment sauter une semaine. Est-ce que son thérapeute le retiendra ? Bien sûr que non ; au plus agira-t-il de manière clinique en abordant, sans trop insister, le sens ou la motivation du patient. Il en est de même pour le médecin, car verrons-nous celui-ci trop insister lorsque son patient jure qu'il va mieux et que sa douleur et ses symptômes se résorbent ? Malgré ce qu'il sait, les causes et l'étiologie à la source du mal, il ne peut que faire des recommandations prudentes de l'ordre du pronostic. C'est le cas aussi du psychologue clinicien qui, en ayant une bien bonne idée de sa problématique, voire du type de structure de personnalité de son patient, connaît ce qui en découle, symptômes manifestes et comportements, risque de décompensation à partir du moment où les mécanismes de défense s'en trouvent éprouvés. Mais quand le patient n'est plus dans la demande, nul ne serait indiqué de le retenir plus longtemps. Antoine Roquentin ne consulte pas, c'est vrai, mais sa souffrance, bien que réelle, n'est pas encore formulée en demande clinique. Il n'est peut-être pas encore là, il épuise ses ressources, il a droit de se questionner et trouver lui-même le sens de son mal et une issue à celui-ci. Il a d'autres voies : il tente d'écrire, il arpente les rues de son quartier, il trouve refuge dans les cafés. Après tout, on consulte souvent quand on ne peut vraiment plus assumer le poids de notre questionnement et le fait de cette conscience calée dans le surpréoccupé. C'est alors seulement peut-être que Roquentin aura une demande qui l'amènera en consultation. Qu'elle soit claire ou non, cela importe peu : il sait qu'il souffre et qu'à un moment il souhaitera aller mieux, s'oublier, arriver à passer à autre chose, à oublier le passé. Le clinicien sera alors, comme il se doit de l'être, dans cette écoute attentive qui caractérise bien son métier.

Le patient, s'il va mieux après plusieurs mois, ou plusieurs années selon le cas, ne quittera pas avec une connaissance tellement plus claire de lui-même. Il aura peut-être atténué significativement sa propension à la mélancolie, il aura une idée de lui-même moins embrouillée et surtout ce qu'il souhaite ou ses projets d'avenir deviendront plus faciles à décider et à actualiser. Le clinicien et la thérapie seront devenus eux-mêmes synonymes de surpréoccupation, souvenir d'un trop grand souci de trop chercher à se connaître. Peut-être aura-t-il même dans sa quête été trop désireux de comprendre, et, de façon autoperverse<sup>117</sup>, il aura maintenu son état morbide. Réalisant qu'elle fait partie du problème, il voudra mettre fin à la thérapie, au questionnement, et le départ, s'il diffère du début de suivi (la demande initiale), se fait aussi dans l'ambiguïté. Ambiguïté certes, questionnement, anxiété, dépression, et pour d'autres, franche mélancolie, Nausée, tout ce à quoi l'on ne veut plus être associé : ce difficile échappement à soi.

D'aucuns diront aussi qu'il faudrait au fond mettre Roquentin à l'ouvrage, qu'il travaille tout simplement, mais une occupation, aussi absorbante que le serait par exemple un emploi rémunéré, ne représente pas essentiellement – ce que nous avons d'ailleurs toujours soutenu dans cet essai – l'équivalence de ce que l'on entend par transcendance et oubli de soi. Plusieurs couvrent une pathologie à la façon dont ils s'investissent sans réserve leur fonction ou souffrent, parallèlement à une vie qui elle est d'apparence très fonctionnelle. Le malade, nous l'avons dit, a lui aussi un *certain* horizon de transcendance. Aussi, bien portant et malade n'échappent jamais, dans une échelle du souci, à un rapport à soi. Dans les deux cas, nul n'est congédié de l'existence. Ce n'est que dans la mesure où une pathologie physique ou une maladie mentale conduisent à ce rapport existentiel et intime à soi, à l'hôpital, en clinique psycho-

---

<sup>117</sup>Mais ne pas consulter est peut-être d'autant plus pervers ou morbide ; c'est demeurer avec le corps malade de ses pensées.

thérapeutique, ou encore maquillée par une vie fonctionnelle, que la transcendance s'effrite et s'appauvrit. Roquentin finira par admettre le caractère essentiel de sa maladie « La Nausée, c'est l'existence, l'existence c'est la Nausée », « La Nausée n'est pas en moi » ou « la Nausée, c'est moi » (Sartre, 1938). Ce qu'il entend par là, c'est que la surpréoccupation de soi concomitante à la maladie est une recherche de la conscience nue et donc ce rapport étroit à la question de soi-même comme existant. Celui qui consulte, s'il souffre et aborde divers enjeux qui le concernent, n'est jamais trop éloigné de la question qui mène à la question du *qui suis-je ?* Cette question qui flotte toujours au-dessus de nos existences devient soudainement très à propos dans la préoccupante souffrance de différentes formes de la maladie.

C'est ainsi que tout malade ressent un à la fois vif et patient besoin de s'affranchir de lui-même, de se nettoyer<sup>118</sup>, faire maison nette de soi et de toute préoccupation pour s'engager plus complètement dans des projets de transcendance de son être. Roquentin vit les symptômes de la mélancolie, le passé l'interpelle à outrance et endommage constamment un oubli de soi nettement plus assimilable au présent et à l'ici et maintenant. C'est ce qui fera dire à l'auteur de *La Nausée* que la mauvaise foi, c'est bien ici de ne vivre que dans le passé.

Est-ce à dire que la santé est propre ? Nous rappelons souvent dans cet essai que le souci accompagne toujours l'homme, bien portant ou non, que le sentiment d'exister se polarise toujours à une manifestation plus ou moins grande d'angoisse. Maintenant, il semblerait juste de dire qu'à travers l'oubli de soi la santé est ce qui réussit à s'effacer d'elle-même pour laisser place à..., est en quelque sorte inodore, permettant de pivoter vers cet *être-au-monde* de la transcendance. Être en santé, c'est oublier que l'on est en santé. Cette formule leitmotiv de notre essai doit faire résonance aussi à

---

<sup>118</sup> « Je pense... donc j'essuie », citation en exergue dans *Titanus* (McCluskey, 2009).

une santé qui s'oublie parce que son rapport aux trois topiques du temps (passé, présent, avenir) est mieux calibré, ou pourrait-on dire existentiellement optimal.

Roquentin est un homme pour qui le rapport aux autres et aux choses, dans le hic et nunc, est teinté de sa surpréoccupation : la Nausée. Cette attitude place le monde à côté de lui, visqueux et sans signification. Comme tout patient en consultation, ses enjeux le placent à côté du monde ; il en recherche les significations et à partir du sens vise de réintégrer le monde pour y vivre, pour s'y engager. Il est surdéterminé par son rapport à soi. « C'est parce qu'il n'a aucun rapport direct avec la matière, c'est parce qu'il ne travaille pas que Roquentin se sent "de trop pour l'éternité" et confond saisie du monde et contemplation » (Ansel, 1991). Il faut interpréter ici un trouble de transcendance du protagoniste et comment il est si peu disposé à l'oubli de soi. La santé est donc ce tissu d'appui qui nous échappe et qui semble d'autant plus efficient qu'il est donc ainsi antithétique à la conscience de soi.

La nausée, c'est le contraire de l'espoir.

#### 4.3 Le mythe de Pandore

On dit qu'avec les Grecs (Edith Hamilton, 1997), les hommes prirent pour la première fois conscience d'eux-mêmes et ils imaginèrent leurs dieux à leur image, ce qui était nouveau. Le mythe de Pandore est bien connu sous la simplification de son emploi commun « ne pas ouvrir la boîte de Pandore », mais combien connaissent vraiment le déploiement plus complet de ce fameux mythe ?

Pandore est le nom donné à cette beauté exquise et mythique offerte en cadeau par les dieux aux hommes et qui ne signifie rien de moins que « don de tout ». Elle est, en tant que première femme du monde et symbole féminin, la mère et la terre qui

recèlent mille troubles et trésors et dont le ventre enfante en quelque sorte la condition humaine. Car si elle vient étayer celle-ci comme beauté tranquille et immuable parée des dieux des plus beaux ornements et de sa somptueuse robe blanche (neutre), elle arrive pourtant avec la jarre contenant tous les maux de l'humanité. Dans cette jarre, mieux connue comme la « boîte » de Pandore, chaque dieu y a mis une chose néfaste pour l'homme. Il va sans dire que le conseil le plus important est de ne pas ouvrir cette fameuse jarre, mais c'est la curiosité légendaire de Pandore elle-même qui forcera le punitif péché de son ouverture. « Un jour, n'y tenant plus, elle souleva le couvercle et tous les maux, crimes et chagrins qui depuis affligent l'humanité s'en échappèrent » (Hamilton, 1997). Cette faute conduira à la maladie récurrente (inguérissable) de Prométhée, son bien-aimé<sup>119</sup>.

Dans ce mythe, nous retrouvons une métaphore d'une identité double de la santé aussi inséparable que les revers d'un médaillon. Elle est cette terre tranquille et neutre, soutenante d'un côté, et de l'autre son déferlant plus manifeste dans la maladie au sens ici qu'elle apporte son torrent d'inquiétude et de soucis. Plus manifeste donc, car la santé se définit le plus souvent comme neutre, et comme nous le savons par la négative de la pathologie, un peu à la façon que tous retiennent plus de ce mythe le danger intrinsèque de la jarre, mais bien peu s'arrête pour évoquer la beauté paisible de Pandore. La bonne santé est donc toujours, malgré tout, une expression creuse qui prend seule une valeur affichée quand la maladie ose se manifester dans nos vies. Et pour reprendre à nouveau le qualificatif de Gadamer, elle se découvre alors comme « prodigieuse » (Gadamer, 1998). Mais le reste du temps, elle est ce phénomène qui se cache comme les piliers secrets de notre expérience du monde. L'homme engagé dans son expérience vécue, et porté par les projets de son existence, n'en a au fond guère cure, et s'il a le souci de toucher du bois quand il se vante de sa *prodigieuse*

---

<sup>119</sup>Allusion ici au mythe du sort bien connu aussi de *Prométhée enchaîné* au rocher par Zeus et condamné à un éternel cancer de la dévoration de la chair et du foie par un volatile féroce et insatiable.



bonne santé, il préfère grandement s'oublier dans l'horizon de vie qui se présente à lui et qui semble bien, selon l'idée soutenue dans cet essai, proportionnel à l'oubli même des fameux dons de cette santé.

N'oublions pas que c'est la belle Pandore qui ouvre sa jarre comme si ce mythe enseignait ou avertissait des conséquences des deux côtés d'une même chose. Pour nous, connaître la santé cela revient à être convoqué à une immédiate préoccupation et dans la pathologie souffrante comparable à ce qui peut se trouver de plus ténébreux et angoissant dans cette jarre. Mais comme la motivation de curiosité de Pandore, on souhaite comprendre et connaître la santé, c'est un beau sujet, on espère qu'en la connaissant mieux, on l'améliore, on s'éloigne la mort et l'on sera devant une vie d'autant plus prospère et heureuse. Pandore symbolise cette terre de bonheur qui nous soutient dans le balayage de nos horizons de vie. Elle est après tout un cadeau des dieux offert à Prométhée et Epithémée<sup>120</sup>. Avant qu'elle ne soit ouverte, la jarre est latente en ce qui a trait au sens de son utilité. Il faut croire, et c'est ce que le mythe évoque ou transporte comme préjugé qu'il ne faut pas en tenir compte et surtout ne pas l'ouvrir, et le monde ne s'en portera que mieux. Cependant, Pandore succombe à sa curiosité, et dans ce revers d'une même chose que sont donc pour nous la santé et la maladie. Ouvrir la boîte de Pandore, comme le dit l'expression connue, c'est faire face au surgissement appréhendé d'immenses préoccupations. Ce n'est jamais autre chose qu'une mauvaise nouvelle, c'est bien souvent se plonger dans des préoccupations existentielles ou autres, de ces nœuds et intrications sans fin. Bref, si la santé est prodigieuse et un cadeau des dieux, elle repose sur la force tranquille de cette jarre scellée, sa métaphore même. C'est en quelque sorte une force scellée par l'oubli et le précieux loisir de vaquer à toutes besognes de la quotidienneté sans trop

---

<sup>120</sup>La compréhension, conscience intranquille de soi et souci sont au cœur de ces deux mythes présentant des demi-dieux, car pour l'un, Prométhée c'est « pro », ou comprendre à l'avance, tandis qu'Épiméthée c'est « épi », ou comprendre après.

s'en préoccuper, car l'unité du mythe, c'est bien que Pandore est inséparable du phénomène de la jarre avec laquelle les dieux l'envoyèrent dans le monde. En effet, Zeus nous envoie un malheur si beau que nous serons pour toujours malheureux. C'est de la complexité de la notion de santé dont il est question ici, car nos lieux communs nous ramènent souvent à une fausse impression de connaître<sup>121</sup> un phénomène dans un préjugé sommaire installé dans le champ de l'habitude et de la culture : la santé est alors trop associée à mieux-être, bien-être et l'action, l'agir, le travail<sup>122</sup>, le mouvement, et parfois même vu comme une prémisse au bonheur. Comme le disait Louis Bromfield : « le bonheur est une chose bizarre » (1997). Le bonheur, dès qu'on s'en occupe trop, le but est perdu d'avance. Le psychologue Rollo May semble commenter cette habitude culturellement inscrite de références douteuses quand chacun s'y prend à tenter d'évoquer la santé ; il parle à sa façon de l'échec ou du résultat par défaut en lien avec notre velléité à définir cette santé.

*First, the problem of defining health, illness and neurosis. In our field we have been in the strange position of deducing our image of the normal, healthy man from sickness*

---

<sup>121</sup> Nous avons vu dans les chapitres antérieurs, plus particulièrement sur nos références théoriques, comment Heidegger part de la destruction des préjugés pour « tasser » l'oubli de soi et nous remettre dans la compréhension et le souci quant à la question du sens de l'être ou de l'homme. Être qui est rappelé comme jamais dans la maladie et l'homme de la rue qui n'ose participer à aucun débat philosophique est alors confronté malgré lui, par le biais de la maladie, aux soucis des grandes questions ou considérations suivantes : qui suis-je ? La maladie et son chapeau, la mort, rappellent à ma conscience les limites existentielles dans cet horizon de vie, et dans cet horizon, et sa fin (la mort), quels liens ai-je vécus ou quelle personne ai-je été face à mes amis et proches ? Mais aussi, et peut-être principalement, quelle est cette santé qui permet d'échapper à toutes ces questions ?

<sup>122</sup> À propos de cette expression commune disant que « le travail, c'est la santé » ou comment les paramètres de fonctionnalité sont évoqués dans l'évaluation de la santé mentale. Le concept de transcendance chez Heidegger (1986) ne se résume pas à des normes culturelles de fonctionnalité, mais si le fait d'œuvrer ou s'occuper d'une tâche favorise grandement l'oubli de soi, il en est tout autant d'une mère dévouée totalement à son enfant à la naissance, ou de l'artiste sans cadre précis, pris par la complétion de son œuvre, ou des enfants s'oubliant frénétiquement dans le jeu. Si la conscience populaire, et elle n'a pas tort, encourage en général à substituer le travail à l'oisiveté, d'autres instances peuvent rappeler à la population comment il est salutaire (tel cet exemple du Gouvernement du Québec à une certaine époque et tiré d'une publicité faisant la promotion de la santé avec le slogan suivant : « *Va jouer dehors !* ») de s'investir dans une quelconque activité physique, sortir, aller à l'extérieur. La transcendance est au fond toute chose ou tout rapport au monde qui *sort* l'être de sa préoccupation expresse à lui-même.

*and neurosis. The people who don't break down don't come for help ; and problems of a kind which does not fit our techniques we tend not to perceive. Since we identify neurosis (and many forms of psychosis) only by virtue of the fact that the sufferers therefrom cannot fit into society, and since we understand illness by virtue of our techniques, we are bound to end up with a view of man which is a mirror of our culture and our techniques. This inevitably results in a **progressively empty** view of man. Health becomes the vacuum which is left when so-called neurosis is cured. On the psychosis level, if a man can stay out of jail and support himself, we call that vacuum health.*

*This empty view of health (filled only by some vague biological assumptions about "growth", "satisfaction of libido" and so forth) has had much to do with general tendencies in our day toward ennui, passionlessness, emotional and spiritual emptiness. The empty view of health often puts psychiatry and psychology, as well as other forms of science, on the side of making life increasingly more possible and longer at the price of making existence more boring. From this point of view we can understand why our patients often show a strange lack of zest for getting better, for they may not be so irrational in suspecting that neurosis is more interesting than health, and that health may be the royal road to apathy (May, 1967).*

Pour May la santé est indéterminée, « vacuité », une facture neutre où l'on est tenté de tout remiser : ajustement aux règles de la société, du fonctionnement, de la normalité et du bonheur. En ce qui a trait à ce dernier, May parlera même des névrosés préoccupés d'eux-mêmes plus heureux, alors qu'en thérapie ils sont bien enfoncés dans un travail de sens. C'est là quelque peu une contradiction ou aporie de la thèse même de cet essai, mais elle est à prendre au sens de la dualité de la métaphore de Pandore, c'est-à-dire que le monde sous le couvert de la jarre symbolise l'existence surréoccupée qui réclame un sens, alors que la santé par l'oubli nous engage sur une route généralement plus apathique qu'heureuse. *Tomber malade* est l'accident de la jarre ouverte ou renversée. Nous verrons que finalement la jarre recèle une ultime vertu, attribuable aussi à notre idée de santé. Un seul bien parmi les malheurs enfermés dans la boîte. *Pan-Dôra* (tous/cadeaux) est le cadeau de tous les dieux, mais avant l'ouverture de la jarre, elle symbolise en totalité cette bonne santé, blanche et neutre, qui accompagne et soutient l'homme dans les aléas et soucis de ses tâches de la quotidienneté et du monde qui l'engage. Avant même Pandore, ce cadeau à deux faces (cadeau empoisonné et vengeance de dieux sur Prométhée), il n'y avait sur Terre que des hommes dont l'existence était sans peine et sans souci. Ce fait est

important, car il renvoie à une idée de la santé comme introduite par le mythe de Pandore : après elle, la santé est tout sauf une dichotomie. Elle est plutôt un reflet nuancé et complexe de la condition humaine alors qu'il y a du souci aussi dans cette santé qui se trouve donc imparfaite. Le revers de la santé dans le phénomène de la maladie et de la pathologie tient, au sens existentiel, d'une surpréoccupation versus une relative inquiétude retrouvée dans la santé. C'est un aspect en quelque sorte quantitatif de la préoccupation qui peut rappeler dans certaines approches en psychologie (notamment en psychanalyse) comment la normalité fait place à une notion quantitative du symptôme. L'angle existentiel adopté dans cet essai veut faire valoir un autre point de vue : au-delà de toute approche en psychologie ou démarches méthodiques, cette santé qui demeure silencieuse et indéterminée est vue au niveau phénoménologique existentiel comme un rapport d'abord au souci de soi que toutes souffrance et maladie viennent exacerber. Cet essai ne cherche pas à attacher toute notion de santé à une définition sèche<sup>123</sup>, sans appel, mais démontrer à travers l'expérience vécue de l'homme, et en suspendant les préjugés sur celle-ci, quelle est notre rapport existentiel au phénomène de la santé. C'est retourner *aux choses elles-mêmes* dans l'expérience du phénomène et de l'homme (au sens d'une méthodologie de la compréhension se substituant, en place même, de l'explication méthodique que d'autres privilégient et que l'on respecte).

Cette santé est blanche en ce sens qu'elle est tout sauf la pathologie ou les démons et obscurités de la jarre. La santé est, comme nous l'élaborions au chapitre précédent, par la vertu de l'oubli de soi une *présence à*<sup>124</sup>. Nous avons nommé le temps présent ou *l'ici et maintenant* comme étant ce qui est temporellement le plus atteint dans la maladie et de meilleurs contacts et présences aux choses, événements et personnes dans une santé accrue. Il y a, en effet, entre le mélancolique surchargé de son passé et

---

<sup>123</sup> Elle a cependant la prétention de présenter cette ambition comme finalement vaine.

<sup>124</sup> Tel que dit comme « *präsentatio* » chez Binswanger (1987).

l'anxieux dont les inquiétudes ne servent à rien de mieux qu'à repousser l'avenir, voire l'état maniaque qui subjugue sa présence à un mode d'être qui s'illusionne face à un avenir où ne fait que se multiplier des amorces de projets. Le mélancolique aspire, consciemment ou non, à l'évolution vers une simple tristesse ou un meilleur oubli de soi. Sinon, il est pour Binswanger comme le « juif errant qui ne trouve jamais le repos » (1987). Toujours le souci, jamais l'oubli. Il évoque aussi dans son essai *Mani et mélancolie* (1987) la tentative de suicide d'un homme souffrant d'une psychose mélancolique, voulant se pendre à un arbre dans la forêt. La vue d'une petite belette qui passe par là le raccroche par cette *présence à (präsentatio)*, bien fortuite, à un sillon d'horizon de vie. Cet ancrage suffit à le remettre sous le joug de la temporalisation et il esquive l'impulsion envahissante de se pendre.

Pour tous ceux-ci, un travail clinique sert à recentrer le patient dans l'ici et maintenant de son rapport au monde, car pour chacune de ces pathologies, et pour ne nommer que celles-là, la constitution d'intentionnalité<sup>125</sup> et la transcendance au monde sont des phénomènes passablement mis en cause.

Il faut croire que pour Prométhée et Épiméthée, nos deux protagonistes opposés du conte mythique de Pandore, au sens où tous deux évoquent à sa façon un rapport temporel à la compréhension, le premier rappelle la sagesse de voir avant l'événement, mais c'est Épiméthée, naïf (comprends après) dans sa relation intime à Pandore qui voit trop tard. Jusqu'alors, Pandore aura signifié cette santé dans un horizon de transcendance, la quotidienneté d'un cadre relationnel, voire familiale de la maison d'où les ébauches se font et d'où partent tous les projets et possibles. Mais tous projets de sens reposant sur les bases silencieuses d'une santé sont remis en question par le déversement tragique de la jarre où les dieux avaient, avec

---

<sup>125</sup>De ce concept basique en phénoménologie : « intentionnalité » ou rapport soi/monde.

préméditation il faut dire, refoulé mille malheurs et désastres. Le sort en est lancé de la condition humaine et son lot de surpréoccupations : souci, angoisse, maladie, mort. La clinique médicale et psychologique, depuis ses balbutiements mystiques à l'empirisme naïf d'Hippocrate et le « pharmakon », n'a de cesse de tenter de refouler le souci à l'intérieur de cette fameuse jarre en faisant œuvre de guérison ou de promotion à un horizon de vie.

Or, peut-on cibler la guérison sans se poser la question de la « nature » phénoménologique de la santé ? Santé au sens d'accès à celle-ci en regard des diverses expériences vécues et existentielles, et comme il y aurait autant de santés que de vécus possibles. Si nous croyons qu'un apaisement de la préoccupation de soi n'est pas que secondaire au phénomène de la guérison et de la santé, c'est qu'elle est au cœur de tous projets de sens, transcendance et vertu d'oubli de soi. Elle est constitutionnelle des expériences de la maladie, que ce soit la douleur vive ou chronique du mal physique paralysant, ou de la simple mobilité réduite<sup>126</sup>, les soucis qui taraudent le dépressif et le rendent tout aussi apathique qu'inactif, la psychose faite de pure angoisse et mort, être foncièrement perturbé dans son identité et sa capacité de rencontrer l'autre. Pour tous ceux-ci demeure, dans la frayeur et l'obscurité de leurs pathologies respectives, un espoir qui tient place de veilleuse salutaire. Si la santé s'efface elle-même comme phénomène, inversement proportionnelle en tant que base nécessaire à l'ouverture d'un vaste horizon de vie, c'est aussi parce qu'elle est identifiable à l'*espoir*. Même l'alité, à travers ses doléances, identifie bien la santé à l'espoir, à cet allant mieux, cet espoir de cesser de souffrir pour enfin se tourner enfin vers autre chose, s'accrocher enfin à un rien d'une simple habitude qu'il a déjà connue et du quotidien retrouvé ou revenir à l'inventaire des projets qu'il espérait. Il faut juste se rappeler comment même à la suite d'une

---

<sup>126</sup>Un simple incident fortuit comme une fracture réduit à lui seul l'horizon, mais dans une psychose par contre, ce sont les rideaux fermés sur un monde dans l' psychique.

courte fièvre, deux à trois jours à peine, ce qui frappe surtout, c'est à quel point, comme un corridor ouvert, aussi large qu'infini, on redevient disponible à espérer davantage. La retempolarisation de l'à-venir et un vertige heureux face à des décisions engageantes, transcendantes.

Dans la jarre, les dieux avaient laissé un seul attribut positif : l'Espoir.

Projet de sens et de vie. La santé est l'espoir<sup>127</sup>.

En vérité, la Terre deviendra un jour un lieu de guérison ! Et déjà, une odeur nouvelle l'enveloppe, une odeur salubre – et un nouvel espoir !

**Friedrich Nietzsche**, *Ainsi parlait Zarathoustra* (première partie : « De la vertu qui donne »).

---

<sup>127</sup> Comme elle conjure de même le sort de la nausée, si contraire à celle-ci.

## CHAPITRE V

### CONCLUSION

Nous avons dans un premier temps tenté d'énumérer quelques-uns des nombreux paramètres possibles : santé mentale/physique, douleur aiguë ou chronique/oubli de soi, santé/normalité, diagnostic ou non, degrés du souci dans la maladie de la céphalée à l'incurable ou du trouble de l'adaptation au trouble de la personnalité, la capacité de fonctionner malgré une pathologie, l'horizon et l'espoir chez le malade versus le prodigieux oubli chez le bien portant. Et puis, de façons plus amples, au sens des méthodologies possibles (scientifique, médicale, psychologique expérimentale, phénoménologique, etc.) par lesquelles un tel sujet pouvait être abordé. Notre intention était donc de démontrer le caractère particulier d'une approche phénoménologique à l'égard d'autres façons qui sont tout aussi pertinentes et cohérentes à l'intérieur de leur paradigme respectif de recherche, et qui pouvaient tout autant apporter leur contribution à une compréhension du phénomène de la santé. Cependant, le phénomène dans une approche phénoménologique n'est pas l'objet de la science ni cette autre rigueur face à la chose objectivée que l'on retrouve en psychologie expérimentale. En médecine, on avait tout de même remarqué qu'une formule revenait souvent et qui se trouvait être plus relative à un *art médical* que l'arrêt sur une définition avec son étiologie et ses effets : on parle, on évoque la santé en médecine comme un « état en creux » du *silence des organes*. Pour une psychologie phénoménologique et existentielle, nous ne pouvions écarter l'expérience du sujet dans la santé et la maladie et, conséquemment, dans la tentative de



circonscrire le phénomène de la santé, nous devons donc partir de situations de vie empreintes de subjectivité.

En effet, sujet et objet convergent en phénoménologie existentielle, et c'est à partir de l'homme en situation que se déploie alors cette perspective humaniste de la santé. Le concept d'oubli de soi se veut la représentation du grand déploiement de la santé en tant qu'un horizon des possibles où le souci est moindre, mais il n'est pas exclu. On pourrait même dire que la moindre évocation de la santé, même à travers ses nombreux lieux communs, en fait un sujet qui interpelle, une sorte de *persona non grata*. La santé est le revers silencieux et indissociable du bruit, et parfois de la cacophonie de la maladie : « la santé est un état en creux qui échappe aux différents discours sur l'homme » (Gadamer, 1998). Mais nous disions juste avant, concernant la santé, que l'oubli de soi n'est pas non plus un horizon sans nuages. Le souci accompagne toujours le bien portant, marqueur de l'être (de l'homme) au fil d'une quotidienneté. Est-ce que souci, maladie et être convergent ? En un sens oui, car *l'être se préoccupe* par définition et *trop*, dans la maladie ; il y a donc, si je puis dire, trop d'êtres. Mais cette place où la transposition de l'être à travers les tâches et les « affaires » du quotidien se retrouve fort bien évoquée dans un autre des concepts prépondérants de cet essai : la transcendance. Pour Heidegger, il évoque la clairière, le seuil pour un Bernd Jäger, où sujet et objet se confondent en une intersubjectivité de l'existence. Voilà pourquoi l'expérience et la somme des subjectivités (patients, études de cas, auteurs et chercheurs) participent d'une herméneutique qui veut essentiellement dire « interprétation ».

Cet essai doctoral se voulait une façon originale de se questionner sur la santé à partir d'un point de vue existentiel en psychologie. S'inspirant principalement d'un travail de réflexion de Hans-Georg Gadamer qui, dans son ouvrage *Philosophie de la santé*, évoque une santé aussi insondable que prodigieuse, et ce, à mesure qu'elle se cache.

Cela lui fait dire que non seulement elle se cache, mais être en santé, c'est ainsi oublier que l'on est en santé !

C'est en partant de ce concept d'oubli de soi que l'essai explore le rapport de l'homme quand il est soit préoccupé dans la maladie (psychologique et physique) ou dans la santé, plus oublieux de lui-même ou de tout questionnement quant au souci, de la souffrance dans son rapport à la maladie, à la mort. La santé serait tel un pilier invisible qui soutient un horizon qui s'ouvre de façon prodigieuse au sortir de la maladie (ou avant d'y perdre pied, *tomber malade...*). Si bien que celui qui recouvre la santé est raccroché à un quotidien qu'il intègre progressivement, ou parfois même avec un surprenant empressement, quand les forces de la santé se refont silencieuses pour faire place à un horizon d'existant.

Le silence des organes ou de « la santé (qui) a le sens de l'abri » (Gadamer, 1998) ne se mesurerait point et elle aurait son propre équilibre. Si elle est proportionnelle à quelque chose, c'est dans l'oubli de soi dont la relative « antithèse » est donc la surpréoccupation du malade physique ou psychologique. Bref, sortir de l'hôpital ou d'un suivi psychologique, c'est sortir d'abord d'une préoccupation générique, d'une santé en question, voire de la question même de la santé.

Si l'homme en santé (le bien portant, *porté* par le socle invisible de la santé) est plus oublieux de sa santé et s'éloigne du Soleil noir de la surpréoccupation du malade dans sa condition, la vue d'un hôpital, d'un voisin malade ou d'un cimetière lui sont autant d'occasions de souhaiter « Bonne santé ! » que des exemples parmi tant d'autres qui lui rappellent ce qu'il veut franchement oublier. Par prudence, par crainte, voire par superstition, il respecte le thème de la santé. Un cordial souhait de bonne santé, voire trinquer « Santé ! », rappelle ce qui, comme *existant allant* face à un horizon de possibles, produit l'effet contraire qu'un oubli de la santé lui procure. Un peu comme la fameuse question : *C'est quoi le bonheur ?* On pourrait répondre : avant la question

posée et donc son oubli, je ne m'en sentais que mieux. Être préoccupé de la santé, c'est ne pas pouvoir l'oublier, autant comme réalité vécue que concept à définir. Son silence est d'or.

La thérapie (le traitement) doit trouver son moment de suffisance, car si elle ne permet pas l'oubli de la santé, elle est nuisible et contrevient à un premier principe du serment d'Hippocrate : « ne pas nuire ».

Cela étant dit, l'essai se termine sur l'évocation d'un autre principe de la Grèce antique sous la forme d'un mythe. En effet, Pandore est la jarre qui, une fois renversée, libère tous les maux et calamités auxquels sont destinés les hommes par les dieux. Mais au fond de la jarre se trouve une seule vertu qui peut sauver l'homme de l'angoisse. Bien portant et malade ont à des degrés divers, ou simplement par des vécus différents, une relation de transcendance au monde, et l'espoir est relatif à ce concept heideggérien de l'être-au-monde. L'espoir est un œil qui regarde devant, une confiance du malade et du bien portant, grande dans un cas, limité dans l'autre, dans le fait que son être retrouvera le chemin d'une meilleure actualisation au monde, de sa transcendance. Espoir et transcendance tiennent du fait d'être remis en jeu sur l'échiquier du temps. C'est s'y confondre comme à ses possibles et à ce qui peut donc advenir pour soi. Oui, le malade peut espérer de la visite, terminer une peinture au coin de son lit, *espérer guérir*, mais le bien portant espère tout le temps ; cependant, pour lui, l'horizon est définitivement un vaste espace à meubler.

## BIBLIOGRAPHIE

- Ansel, Y. (1991). *La Nausée de Jean-Paul Sartre*. Paris : Pédagogie moderne.
- Arendt, H. (2002). *Qu'est-ce que la philosophie de l'existence ? Suivi de L'existentialisme français*. Paris : Éditions Payot & Rivages.
- Balzac, H. (1965). *Le médecin de campagne*. Paris : Garnier-Flammarion.
- Binswanger, L. (1958). *The case of Ellen West\*: An Anthropological-Clinical Study*. New York : Basic Books, Inc
- Binswanger, L. (1987). *Mélancolie et manie*. Paris : PUF.
- Binswanger, L., Warburg, A. (2011). *La guérison infinie : Histoire clinique d'Aby Warburg*. Paris : Rivages poche/Petite bibliothèque.
- Bouchard, M.-A. (1990). *De la phénoménologie à la psychanalyse : Freud et les existentialistes américains*. Bruxelles : Pierre Mardaga.
- Braconnier, A. (2002). *Petit ou grand anxieux ?*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Bromfield, L. (1946). *Madame Parkington*. Paris : Stock.
- Bureau, S. (2008). *Contact : entrevue avec Michel Onfray*. [Série télévisée]. Montréal : Télé-Québec.
- Canguilhem, G. (1980). *La connaissance de la vie*. Paris : J. Vrin.
- Canguilhem, G. (1998). *La santé : Concept vulgaire et Question philosophique*. Toulouse : Sables.
- Canguilhem, G. (2000). *Le normal et le pathologique*. Lyon : ENS éditions.
- Comte, J., Dussault, A., Vanier, M.-C. (réal.). (2011). *Une pilule, une petite granule : soigner la douleur autrement*. Montréal : Télé-Québec.
- Dagonet, F. (1997). *Georges Canguilhem : philosophie de vie*. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo.
- Dartigues, A. (1972). *Qu'est ce que la phénoménologie ?*. Toulouse : Privat.
- Dastur, F. (2001). *Heidegger et la question du temps*. Paris : PUF.
- De Visscher, J. (2006). En attendant Albertine : Une petite phénoménologie de l'attente à propos de Proust. *Les Cahiers du CIRP* (Montréal). 1. 16-32. Récupéré de < <http://www.cirp.uqam.ca/documents%20pdf/ArticleJ.DeVisscher.pdf> >.

- Depraz, N. (1999). *Écrire en phénoménologie : Une autre époque de l'écriture*. La Versanne : Encre Marin.
- Dostoïevski, F. (1909). *Le sous-sol*. Paris : Gustave Charpentier.
- Drouin, M.-S. (2005). Communication présentée lors d'une supervision de stage en psychologie à l'Université du Québec à Montréal. Montréal.
- Dubois, C. (2000). *Heidegger : Introduction à une lecture*. Paris : Seuil.
- Fonagy, P. (2004). *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Ramonville-Saint-Agne : Eres.
- Gadamer, H.-G. (1982). *L'art de comprendre : Herméneutique et tradition philosophique*. Paris : Édition Aubier Montaigne.
- Gadamer, H.-G. (2004). *Esquisses herméneutique : Essais et conférences*. Paris : Vrin.
- Gadamer, H. G. (1976). *Vérité et méthode : Les grandes lignes d'une herméneutique philosophique*. Paris : Seuil.
- Gadamer, H.-G. (1998). *Philosophie de la santé*. Paris : Grasset-Mollat.
- Goldstein, K. (1938). *The Organism: A Holistic Approach to Biology Derived from Pathological Data in Man*. New York : American Book
- Goldstein, K. (1983). *La structure de l'organisme : Introduction à la biologie de la pathologie humaine*. Paris : Gallimard.
- Grondin, J. (1993). *L'universalité de l'herméneutique*. Paris : PUF.
- Grondin, J. (2003). *Du sens de la vie*. Montréal : Édition Bellarmin.
- Grondin, J. (2003). *Le tournant herméneutique de la phénoménologie*. Paris : PUF.
- Grondin, J. (2007). *Herméneutique II, PHI-3735*. Université de Montréal, Département de philosophie.
- Hamilton, E. (1997). *La mythologie : Ses dieux, ses héros, ses légendes*. Alleur : Marabout.
- Heidegger, M. (1986). *Chemins qui ne mènent nulle part*. Paris : Gallimard.
- Heidegger, M. (1986). *Être et Temps*. Paris : Gallimard.
- Husserl, E. (1989). *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*. Paris : Gallimard.
- Jaccard, R. (1975). *L'exil intérieur : schizoïde et civilisation*. Paris : PUF.
- Jager, B. (1971). *Horizontality and Verticality: An Exploration into Lived Space. Duquesne Studies in Phenomenological Psychology. 1.*

- Jager, B. (1998). *Human Subjectivity and the Law of Threshold. Phenomenological Inquiry in Psychology*. New York : Plenum Press.
- Jager, B. (2001). *Psychologie humaniste, PSY-4190*. Université du Québec à Montréal, Département de psychologie.
- Jager, B. (2004). Rilke's Archaic Torso of Apollo: About Coming onto the Presence of a Work of Art. *Journal of Phenomenological Psychology*. 34(1).
- Jasper, K. (1970). *Introduction à la philosophie*. Paris : Librairie Plon.
- Kierkegaard, S. (1988). *Traité du désespoir*. Paris : Gallimard.
- Labelle, R. (2001, mai). *Les troubles de l'humeur*. Formation présentée à l'Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal.
- Landman, P. (2015). *Tous hyperactifs ?*. Paris : Albin Michel.
- Le Blanc, G. (1998). *Canguilhem et les normes*. Paris: PUF.
- Lévine, É., Touboul, P. (2002). *Le corps*. Paris : Garnier-Flammarion.
- Maldiney, H. (2007). *Penser l'homme et la folie*. Grenoble : Éditions Jérôme Millon.
- Martel Surveillante, F. (1988). La méthode descriptive – Son fondement théorique. *Recherche en soins infirmiers* (Toulouse). 15. 56-68. Récupéré de < <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/15/56.pdf> >.
- May, R. (1967). *Psychology and the Human Dilemma*. New York : D. Van Nostrand Company.
- May, R. (1972). *Le désir d'être*. Paris : Epi S.A. éditeurs.
- May, R., Ellenberger, H.-F., Angel, E. (1958). *Existence : A New Dimension in Psychology and Psychiatry*. New York : Basic Books.
- Mayor, C. (2007). Le sens et la valeur de l'approche phénoménologique. *Recherche qualitatives* (Trois-Rivières). 4. 103-118. Récupéré de < <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/les-collections/hors-serie-les-actes/> >
- McCluskey, N. (2009). *Titanus*. Montréal : Éditions Carthage.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et l'invisible*. Paris : Gallimard.
- Michaud, P.-A. (1998). *Aby Warburg et l'image en mouvement*. Paris : Éditions Macula.
- Nietzsche, F.-W. (1961). *Ainsi parlait Zarathoustra*. Paris : Gallimard.
- Patocka, J. (1992). *Introduction à la phénoménologie de Husserl*. Grenoble : J. Million.

- Pommier, F. (2008). Traitement moral, exclusion et temporalité : Psychiatrie, psychanalyse et santé du bien-portant. *Psychiatries dans l'histoire*. PUC : Caen. 257-266. Récupéré de  
 < [https://www.unicaen.fr/puc/images/22psychiatries\\_histoire.pdf](https://www.unicaen.fr/puc/images/22psychiatries_histoire.pdf) >.
- Proust, M. (1920). *Le côté de Guermantes*. Paris : Gallimard.
- Quintin, J. (2005). *Herméneutique et psychiatrie : Pouvoirs et limites du dialogue*. Montréal : Liber.
- Quintin, J. (2007, mai). *La phénoménologie essentialiste versus herméneutique : Sens, points communs et différence*. Conférence présentée à l'Université du Québec à Montréal, Département de psychologie.
- Quintin, J. (2008). La connaissance de soi. Un mirage de la psychologie ou une expérience herméneutique ?. *Les Cahiers du CIRP* (Montréal). 2. 71-83. Récupéré de  
 < <http://www.cirp.uqam.ca/documents%20pdf/Cahiers%20vol.%202/ArticleQuintin.pdf> >.
- Quintin, J. (2012). La mise en sens de l'expérience humaine. *Les Cahiers du CIRP* (Montréal). 3. 43-59. Récupéré de :  
 < [http://www.cirp.uqam.ca/documents%20pdf/CahiersVol3/ArticleJ\\_Quintin.pdf](http://www.cirp.uqam.ca/documents%20pdf/CahiersVol3/ArticleJ_Quintin.pdf) >.
- Ricoeur, P. (1986). *Du texte à l'action : Essais d'herméneutique II*. Paris : Seuil.
- Salanskis, J.-M. (1997). *Heidegger*. Paris : Les Belles Lettres.
- Sartre, J.-P. (1938). *La Nausée*. Paris : Gallimard.
- Sartre, J.-P. (1943). *L'être et le néant : Essai d'ontologie phénoménologique*. Paris : Gallimard.
- Sartre, J.-P. (2008). Lire Sartre aujourd'hui. Les textes fondamentaux commentés. *Le Point* (Paris). 17. 18-35.
- Skrabanek, P. (1994). *La fin de la médecine à visage humain*. Paris : Odile Jacob.
- Sontag, S. (2009). *La maladie comme métaphore : Le sida et ses métaphores*. Paris : Christian Bourgeois.
- Thiboutot, C. (2004). *Approches phénoménologiques, PSY-5120*. Université du Québec à Montréal, Département de psychologie.
- Thiboutot, C. (2007). *Herméneutique et psychothérapie, PSY-9433*. Université du Québec à Montréal, Département de psychologie
- Unger, C. (2002). *Les grands entretiens. Œdipe : Entrevue avec Jean-Pierre Vernant*. Genève : Télévision suisse romande.
- Van den Berg, J.-H. (2006). « Garder le lit » – Essai de phénoménologie de l'alitement. *Les Cahiers du CIRP* (Montréal). 1. 27-72.

- Van Eersel, P. *La pensée positive guérit-elle ?*. Récupéré de  
 < <http://www.cles.com/enquetes/article/la-pensee-positive-guerit-elle> >.
- Vaysse, J.-M. (2000). *Le vocabulaire de Martin Heidegger*. Paris : Ellipses.
- Vinit, F. [s. d.]. *Drs Clown*.
- Winnicott, D. (1983). *La mère suffisamment bonne*. Paris : PBP.
- Zarafian, É. (2001). *La force de guérir*. Paris : Odile Jacob.