

# La transformation de l'expérience dans le récit médical

## Un outil pour l'exercice de l'autonomie en santé publique ?

Gilles MERMINOD

Université de Lausanne, Suisse

---

<https://doi.org/10.17184/eac.8651>

**Résumé :** Comment les récits transforment-ils l'expérience personnelle ? Et en quoi cette transformation contribue-t-elle à favoriser l'exercice de l'autonomie ou à la limiter ? Voilà deux questions centrales pour qui souhaite employer les récits en contexte médical. Pour y répondre, la contribution s'appuie sur les acquis de la narratologie et de l'analyse du discours, exemplifiant son propos par une étude de cas, le récit autobiographique d'une transplantation d'organes. En synthèse, les récits peuvent donner aux personnes auxquelles ils s'adressent les moyens d'exercer leur capacité de choix en matière de santé, leur suggérant des modèles d'action et de pensée. Néanmoins, la mise en récit de l'expérience peut aussi conduire à imposer certaines visions du monde et à dénier la légitimité de certaines positions, mettant en péril l'exercice même de l'autonomie. Pour éviter de tels écueils, la contribution invite à porter attention aux dynamiques relationnelles construites par les récits et propose un schéma d'évaluation en six questions soutenant la réflexion éthique.

**Mots-clés :** médecine narrative, santé publique, bioéthique, analyse du discours, don d'organes

---

### 1 Le récit en tension entre émancipation et contrainte

La présente contribution examine la manière dont les récits peuvent, dans le domaine de la santé, contribuer à favoriser l'exercice de l'autonomie ou la limiter. Cet examen s'inscrit dans un contexte de recherche et de pratique qui perçoit souvent les approches narratives comme une alternative à la bioéthique nord-américaine ou, du moins, comme un moyen d'intégrer à cette perspective principielle l'expérience propre à chaque individu (Benaroyo 2006). La bioéthique (Beauchamp & Childress 2008), on le rappelle, distingue, au fondement de l'évaluation de l'action, quatre principes : l'autonomie (respecter la liberté et capacité de décision de l'individu), la bienfaisance (contribuer au bien-être d'autrui), la non-malfaisance (ne pas infliger intentionnel-

lement de préjudice), et la justice (favoriser l'équité de traitement). Mis en balance les uns avec les autres, ces quatre principes permettent d'envisager si une action est ou non souhaitable, articulant de cette manière logique conséquentialiste et déontologique<sup>1</sup>. Mais la bioéthique a souvent le problème d'une vision rationaliste qui ne tient pas compte de tout ce qui fait la complexité de l'expérience vécue (émotions, enjeux interpersonnels et institutionnels, etc.). De cette limite résulte tout l'intérêt des approches narratives dans lesquelles « l'attention portée par les soignants aux récits de malades permet de mieux comprendre sous quelle forme l'expérience singulière de la souffrance s'inscrit dans la trame historique de leurs vies, ouvrant ainsi la voie à l'élaboration d'un jugement éthique circonstancié qui fait sens pour ces derniers » (Benaroyo 2005 : 76).

Nombreuses sont ainsi les approches dans le domaine de la santé qui voient dans les récits le moyen privilégié d'exprimer la singularité des points de vue et de faire sens de l'expérience personnelle (Hydén & Mishler 1999 ; Charon 2014). C'est par ce biais que les individus peuvent considérer leur prise sur les événements et mettre des mots sur qui ils sont et ce qu'ils sont capables de faire ou non (Bamberg 2011). Les récits s'offrent comme autant de ressources pour accompagner la prise de décisions en matière de santé et leur communication à autrui (Mishler 2005). En ce sens, savoir produire des récits et les interpréter sont des compétences fondamentales pour agir et penser par soi-même (Ochs & Capps 2001) et ainsi exercer son autonomie. De telles compétences sont d'autant plus importantes dans un monde contemporain où la capacité que les individus ont d'agir ou de penser par eux-mêmes est affectée par la liquéfaction et l'accélération de la vie sociale (Roelens 2020). Mais, à rebours de ce potentiel émancipateur, les récits peuvent aussi assujettir les individus en leur imposant certaines visions du monde ou en déniaient la légitimité de certaines positions (Briggs 1996 ; Jones 2013). Prenant acte de cette tension entre liberté et contrainte, la présente contribution fait l'analyse critique de la façon dont, dans les contextes de communication de santé publique, les récits transforment l'expérience personnelle pour inciter à l'action et peuvent faire vivre à leurs interprètes une expérience propre à développer leur autonomie ou au contraire à l'amoindrir.

Pour mener à bien cette réflexion, la contribution part d'une étude de cas<sup>2</sup> : un livre, *À cœur ouvert*, d'une soixantaine de pages, dans lequel Pascal, le fondateur d'une association œuvrant pour le don d'organes, raconte son expérience de transplanté du cœur (de l'accident cardio-vasculaire à la création de l'association)<sup>3</sup>. Édité en 2010 en Valais (Suisse), l'ouvrage a d'intérêt que tout en relatant l'expérience du protagoniste principal, il fait la promotion du don d'organes. En cela, il est une trace des activités de communication réalisées par les acteurs de l'espace associatif du don d'organes en Suisse romande (Kaech *et al.* 2015 ; Hammer & Kaech 2021) et permet ainsi de

<sup>1</sup>En synthèse, le conséquentialisme pose qu'une action est juste si ses suites sont bonnes (Driver 2012). Dans une perspective déontologique, c'est une logique du devoir qui prime : la pesée d'intérêt s'effectue en vertu d'une série de principes qui sous-tendent l'évaluation positive ou négative de l'action envisagée.

<sup>2</sup>Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une recherche doctorale en éthique de la communication de santé publique (2016-2020, Faculté de biologie et médecine, Université de Lausanne).

<sup>3</sup>Conçu comme un livre destiné à être diffusé largement en Suisse romande, l'ouvrage pouvait être commandé sur le site de l'association. Il était aussi distribué par le fondateur de l'association à l'occasion de manifestations concernant le don d'organes. C'est de cette façon que nous avons eu connaissance de cet ouvrage.

rendre compte d'une situation récurrente en santé publique : celle dans laquelle le discours produit pour être diffusé publiquement n'est pas le fait de professionnels de la communication mais plutôt de personnes directement concernées.

Puisant dans les ressources descriptives de la narratologie et de l'analyse du discours, la contribution propose un examen détaillé de l'ouvrage, avec l'objectif de montrer de quelles façons une expérience personnelle peut être représentée en vue d'inviter la population à se mobiliser face à un problème de santé publique. Ici, le problème est celui de la pénurie d'organes transplantables, dans un contexte où le don *post-mortem* est encadré par un régime légal de consentement explicite, c'est-à-dire impliquant d'exprimer sa décision au préalable (Hammer *et al.* 2021). L'analyse de l'ouvrage procède en trois temps, qui structurent la contribution. Tout d'abord, est décrite la nature de l'expérience racontée (section 2 : *l'expérience mise en récit*). Puis, sont détaillés les formats de participation en jeu dans l'ouvrage (section 3 : *les voix de l'expérience*). Enfin, est traitée la façon dont le texte construit l'identité de Pascal, narrateur et principal protagoniste du récit (section 4 : *l'exemplarité de l'expérience*). En conclusion, la contribution revient sur les forces et limites de l'expression de l'expérience. Si un récit peut permettre de sensibiliser les individus à une problématique de santé spécifique et peut ainsi accompagner la prise de décision, son emploi doit être considéré avec soin. Un récit peut en effet être instrumentalisé dans une logique de conviction (persuader par l'émotion, en particulier) ou conduire à l'exclusion de certains groupes (notamment par l'inscription des protagonistes dans certaines communautés d'appartenance ou par la mise en scène de scénarios stéréotypés et potentiellement discriminatoires).

## 2 L'expérience mise en récit

L'ouvrage étudié présente la *récapitulation d'une expérience passée* (Labov & Waletzky 1967 ; Labov 2013). Une *expérience dont on fait la récapitulation* peut se caractériser sous plusieurs aspects : tout d'abord, comme étant *personnelle* – elle a été vécue par celui qui la raconte – ou *vicariante*, le narrateur raconte ce qui est arrivé à un autre que lui (Fludernik 1996). Outre l'opposition *personnelle/vicariante*, l'expérience peut être *individuelle* ou *collective* (Fludernik 2017). Dans le premier cas, l'expérience est singulière, elle ne concerne qu'un individu ; dans le second, elle est partagée par un groupe, de taille et de nature diverses. L'expérience peut également se caractériser au travers des degrés de connaissance qu'en ont les participants (Labov & Fanshel 1977) : elle peut être *connue* par un seul des partenaires de l'échange ou par l'ensemble de ceux-ci, et son déroulement peut *faire consensus* ou *polémique*. Enfin, l'expérience peut être *habituelle* ou *inhabituelle* (Riessman 1990), soit qu'elle s'inscrive dans une forme d'itérativité ou qu'elle soit le fruit d'une rupture dans l'ordre des choses.

Le récit qui nous occupe est celui d'une expérience *personnelle*, comme l'indiquent le sous-titre (« Ma deuxième vie ») et le fait que l'histoire soit narrée à la première personne par le protagoniste principal. La récapitulation de l'expérience est néanmoins nourrie à plusieurs reprises par les points de vue de personnes ayant accompagné ou participé à son déroulement. Le récit ne rend dès lors pas seulement compte d'une expérience *individuelle* mais aussi, à un autre niveau, d'une expérience *collective* – une expérience vécue à plusieurs mais à des places, avec des connaissances et selon

des modalités d'intervention variées. Ces personnes, prenant la parole en alternance du récit principal, viennent attester l'authenticité de l'expérience racontée et spécifier (détailler et modaliser) le déroulement des événements (Ochs & Capps 1997).

Comme récapitulation d'une expérience *passée*, le récit implique de reconstituer un monde disjoint de la situation actuelle de communication (Bronckart 1996), un cadre dans lequel sont précisées les coordonnées spatiales, temporelle et actantielles des événements représentés. Il s'agit notamment d'identifier les personnages, et particulièrement le protagoniste principal, cela même dans un récit à la première personne (Schiffrin 2006). C'est un point essentiel dans le cas étudié qui est celui d'une transformation et même d'une renaissance. Le JE qui raconte ce qu'il a vécu n'est plus tout à fait le même JE que celui qui l'a vécu (Bamberg 2011). Ceci n'empêche pas que s'observe une sorte de fusion entre l'identité du narrateur et celle du personnage (Norrick 2013 : 386) : ce qui est arrivé au personnage devient un paramètre de l'identité de celui qui raconte. La mise en récit de l'expérience est l'occasion d'une construction identitaire dans laquelle le passé, tel que récapitulé, nourrit l'identité actuelle du protagoniste : ici, celle d'une personne qui voue son existence à la promotion du don d'organes.

*Récapituler* l'expérience passée, c'est en outre proposer une façon de séquencer les événements passés, de les découper en unités de sens (Herman 2003 ; Adam 2011 ; Baroni 2021). Le découpage des événements se présente comme suit : T0, *l'accident* (chap. 1) ; T+1, *l'attente* (chap. 2) ; T+2, *la greffe* (chap. 3) ; T+3, *la convalescence* (chap. 4, 5 et 6) ; T+4, *l'engagement associatif* (chap. 7 et 8). On le constate, ce récit n'est pas seulement l'histoire d'une maladie et d'une guérison, mais également d'un projet nouveau qui donne sens à la « deuxième vie » du protagoniste (Robinson 1990 ; Frank 1993, 1995). Autrement dit, le découpage des événements donne à voir un processus de transformation, qui peut être décrit en termes de dysphorie et d'euphorie (Greimas 1986).

Le début du récit présente un monde préalable euphorique (par la mention d'un événement heureux et d'un protagoniste doté d'une grande capacité d'action). Ainsi, dans les premières lignes du texte :

« Vous savez comment sont les hommes. Ce sont juste de grands enfants ! On était le 9 juillet 2003. L'année de LA Canicule. Et pour mon anniversaire, comme tous les grands enfants qui se respectent, je m'étais offert un petit plaisir : un roadster Opel [...].

Bref, le jouet rêvé des vieux gamins que nous sommes tous. J'avais rendez-vous avec mon copain Christian près de Monthey et le noble but de la journée était d'aller frimer, cheveux au vent, du côté de Genève, la plus grande « ville valaisanne » de Suisse romande ! » (Pascal, p. 7)

Puis, rapidement apparaît une fissure dans ce monde euphorique :

« - Salut Pascal ! On y va ?

C'est mon pote Christian. Je lui fais signe d'attendre un instant.

Il me regarde, se rend compte de mon triste état.

– Qu'est-ce qui se passe, mon vieux ?

– Faut que tu m'emmènes à l'hosto !

C'était le cœur, je le savais. J'avais déjà eu plusieurs alertes et dans le canton, je connaissais tous les établissements suffisamment équipés pour prendre en charge une victime d'infarctus. » (Pascal, p. 8)

Cette fissure a tôt fait d'être une rupture qui plonge le lecteur dans un monde dysphorique :

« Quelques instants plus tard, on m'allonge sur une table de soin, je sens qu'on commence à me déshabiller... et plus rien.

Je vais rester 60 jours dans le coma. » (Pascal, p. 8)

S'ensuit l'attente d'un organe transplantable avec son lot d'espoirs et de déceptions. Puis, vient la greffe, la convalescence, et l'engagement associatif. C'est au travers de l'engagement associatif que se rétablit une forme d'euphorie, moins insouciante cependant, davantage concernée par les problèmes du monde social. Une telle mise en récit de l'expérience vécue, souvent observée dans les travaux sur les récits médicaux (Robinson 1990 ; Frank 1995 ; Hydén 1997), donne à voir le rétablissement d'une forme de continuité, le retour à la « vie » après la rupture qu'a été la maladie. Elle permet également de comprendre la transformation du protagoniste au travers de l'épreuve qu'il a été amené à traverser : un mouvement de transformation qui va d'un « à soi » – guérir, c'est-à-dire *se battre pour soi* – vers un « aux autres », faire la promotion du don d'organes, qui signifie *prendre fait et cause pour les autres*. Et c'est par conséquent l'identité d'un « battant » qui est construite au travers du récit, l'identité d'un protagoniste ayant une forte capacité d'agir et une forme de prise sur sa destinée malgré les épreuves.

### 3 Les voix de l'expérience

Organisé autour d'une figure centrale (Pascal, à la fois personnage et narrateur), l'ouvrage fonctionne comme un récit polyphonique, en s'appuyant sur deux formats de participation différenciés : l'un liée à la prise de parole du protagoniste principal ; l'autre associée à celles de « personnages secondaires ». Goffman (1981) observe que la notion de locuteur (*speaker*) n'est pas suffisante pour analyser l'épaisseur communicative des énoncés. Il distingue pour un même énoncé les rôles d'*animateur* (celui qui communique physiquement le message), d'*auteur* (celui qui sélectionne et organise le matériau sémiotique par lequel se construit l'histoire), de *responsable* (celui qui prend à sa charge l'histoire) et de *personnage* (celui qui est représenté comme protagoniste dans l'histoire) ; ces rôles pouvant renvoyer à une seule et même personne ou, au contraire, à une pluralité d'entités.

Dans le récit de Pascal, le format de participation est le suivant. Le *responsable* et le *personnage* correspondent bien à Pascal (« je »), c'est lui qui à la fois assume la

responsabilité du propos et voit son expérience vécue représentée. Néanmoins, l'histoire a été mise par écrit par deux personnes, Pascal et Paul, qui reçoivent le statut d'*auteur*. Il s'agit bien pour Pascal de raconter « sa vie » mais avec le soutien d'un scripteur professionnel, journaliste et satiriste, qui – en substance – met en forme le propos. Ce format de participation se déploie sur les huit chapitres composant l'ouvrage : (1) *l'accident* ; (2) *l'attente* ; (3) *la greffe* ; (4) *la période post-opératoire I* ; (5) *la période post-opératoire II* ; (6) *la réhabilitation* ; (7) *le retour chez soi et la fondation de l'association* ; (8) *l'engagement associatif*.

On dénombre également neuf autres textes, chacun signé par une personne différente et s'intercalant entre les chapitres exprimant la voix du protagoniste principal. Ces textes ont été rédigés respectivement par (a) le président d'un programme de coordination du don d'organes, (b) le directeur d'un hôpital, (c) le médecin-chef d'un service de cardiologie, (d) le médecin-chef d'un autre service de cardiologie, (e) le chirurgien ayant effectué la greffe, (f) un directeur de la santé publique, (g) un directeur d'une fondation pour la promotion du don d'organes, (h) le secrétaire de l'association et (i) un médecin généraliste.

Six de ces textes intercalaires sont consacrés à l'engagement associatif (a, b, f, g, h et i), les trois autres à la maladie (c, d et e). Le grand nombre de textes portant sur l'engagement associatif met en exergue la centralité de ce thème. Dans les textes intercalaires, le format de participation est le suivant : l'*auteur* comprend le signataire du texte ainsi que les deux personnes ayant écrit et composé l'ouvrage (Pascal et Paul) ; le *responsable* correspond toujours au signataire du texte ; les *personnages* mis en scène comptent en tout cas le signataire du texte et Pascal. Plus précisément, l'analyse de la distribution des marques de personne dans les textes indique les configurations de *personnages* suivantes :

- JE (signataire) + IL (Pascal) ;
- JE (signataire) + IL (Pascal) + VOUS (lecteur) ;
- JE (signataire) + IL (Pascal) + VOUS (lecteur) + TU (Pascal).

Les *signataires des textes intercalaires* sont représentés en position d'adjuvant, soutenant Pascal à un moment donné de l'histoire, lors de son séjour à l'hôpital ou dans l'engagement associatif en faveur du don d'organes. Leur texte est soit narratif – dans ce cas, il détaille un épisode ou un aspect d'un épisode évoqué dans le récit de Pascal (par exemple : le chirurgien racontant le déroulement de la greffe) – soit évaluatif – il témoigne alors de la personne qu'est Pascal ou évalue l'action effectuée par ce dernier. Les textes intercalaires sont organisés autour du récit principal : tant du fait de leur arrangement dans l'économie globale de l'ouvrage (ils en assurent l'ouverture et la clôture) que du propos qu'ils développent. Ces textes attestent de l'histoire racontée et complètent certains épisodes dans lesquels Pascal n'est pas conscient. Ils servent à présenter le protagoniste principal comme un « battant » et à légitimer son action en faveur du don d'organes.

## 4 L'exemplarité de l'expérience

Du point de vue rhétorique, cet ouvrage forme un *récit exemplaire* (Aristote 2007). Il ne sert ni à généraliser un cas particulier, ni à illustrer une règle déjà établie mais s'offre en modèle à suivre (Perelman & Tyteca 1988 : 471-488 ; Danblon *et al.* 2008). Pour faire office de modèle, Pascal doit être « représentatif » d'un auditoire donné, auquel l'ouvrage est destiné. Cette représentativité est multiplement construite par le texte : dans le récit principal, il est à la fois le sujet et l'objet du discours, *se disant* et *se montrant* (Ducrot 1984 ; Maingueneau 2002 ; Amossy 2010 ; Jacquin & Micheli 2013) alors qu'il est, dans les textes intercalaires, uniquement l'objet du discours d'autres sujets. L'exemplarité du récit est *in fine* le produit des qualités attribuées au personnage associées à son inscription dans diverses communautés d'appartenance (les hommes, les greffés, les Suisses romands, etc.).

### 4.1 Une identité qui se dit et qui se montre

Le récit principal voit à plusieurs reprises le protagoniste dire son identité :

« J'étais plutôt teigneux comme patient, mais on ne m'en voulait pas trop. Ce sont les teignes qui s'en sortent dans ce genre de circonstance. »  
(Pascal, p. 19)

L'attribution d'une propriété relative à l'expérience vécue (« j'étais plutôt teigneux comme patient, mais on ne m'en voulait pas trop ») est ici associée à un énoncé à valeur gnomique (« ce sont les teignes qui s'en sortent dans ce genre de circonstance »). Le texte procède ici à la caractérisation explicite d'une attitude active, voire combative, face à l'épreuve qu'est la maladie.

Le protagoniste montre par ailleurs son identité en rendant compte de ses actions, comme à l'occasion de l'évocation d'un rêve, dans lequel il fait fuir une personnification de la mort :

« Mais ne croyez pas que le coma est un état qui n'est fait que de vide et de latence. J'ai beaucoup vécu durant ces deux mois sans vie apparente. Je m'en souviendrai à mon réveil. Ainsi, cinq fois j'ai vu apparaître l'Homme à la faux. Je l'ai vu, comme je vous vois. Il était habillé tout en blanc et sortait d'un étang. Je le voyais s'approcher avec son outil de Mort et à chaque fois je le chassais, en hurlant des imprécations dignes du capitaine Haddock. » (Pascal, p. 10)

L'évocation de ce rêve et la représentation des actions entreprises par le protagoniste participe à la construction d'une identité de combattant face à la maladie. N'étant pas assertée par le narrateur, cette identité *montrée* dépend donc des hypothèses interprétatives produites par les destinataires du texte (Maingueneau 2002). Dans le récit, le *dire* et le *montrer* produisent de façon convergente l'identité du protagoniste.

[Après avoir raconté un épisode où il désobéit aux recommandations du corps médical] « Cela dit, tous ceux qui me soignaient et me maternaient

dans le service n'étaient pas trop mécontents de me voir m'accrocher, ser-  
rer les dents et tenter de m'offrir encore quelques petits plaisirs normaux.  
Les médecins devaient bien admettre que sans cette sale tronche, je n'au-  
rais pas résisté à tous les maux qui m'accablaient et que le fil qui me  
retenait à la vie se renforçait grâce à mon caractère de cochon.

Un jour, une infirmière prévenante et froide, comme toujours, sous son air  
souriant, arrive dans ma chambre avec... une chaise roulante !

- Bougre d'extrait de créatine des Alpes ! Calamité ! Cataclysme  
ambulant ! Chouette mal empaillée ! Doryphore en blouse blanche !  
Espèce de coloquinte à la graisse de seringue !

Je lui ai tout dit ! Moi, dans une chaise roulante ? Non, mais, qu'est-ce  
qu'ils croyaient cette bande de Bachi-bouzouks ? » (Pascal, p. 22)

Dans cet extrait, ce qui est dit de l'identité du protagoniste (« cette sale tronche »,  
« un caractère de cochon ») est également montré dans la représentation de son com-  
portement verbal (phénomène d'amplification par accumulation d'expressions insult-  
tantes : « "Bougre d'extrait de créatine des Alpes ! Calamité ! Cataclysme ambulant !  
Chouette mal empaillée ! Doryphore en blouse blanche ! Espèce de coloquinte à la  
graisse de seringue !" »). De cette manière, c'est à nouveau l'agentivité du protago-  
niste qui est mise en évidence, associée à des attitudes et des comportements combatifs  
face à l'adversité.

Plus intéressante encore est la référence culturelle que le protagoniste-narrateur évoque  
par son discours (phénomène d'accumulation et choix d'expressions spécifiques) : celle  
du capitaine Haddock, personnage des aventures de Tintin connu pour son caractère  
colérique. La référence au capitaine Haddock ne rapproche pas seulement le protago-  
niste du récit d'un personnage de fiction, alliant courage, impétuosité et vulnérabilité  
(par sa dépendance à l'alcool), c'est-à-dire d'une figure qui, malgré ses fêlures, ne se  
laisse pas abattre. Cette référence invoque aussi tout un substrat culturel de connais-  
sances partagées entre le narrateur et son auditoire. Se construit ici une forme de  
relation de communauté basée sur des connaissances partagées. C'est une apparte-  
nance collective du même type qui s'exprime dans l'extrait ci-dessous :

« Ce jeune médecin avait eu un bon réflexe. En fait, j'étais bel et bien  
allergique et sans sa clairvoyance, mon compte était bon ! Bref, comme le  
disait Robert Lamoureux : "Le canard était toujours vivant !" Et comme  
canard, j'étais quand même solide et je commençais à aligner pas mal  
d'heures de vol ! » (Pascal, p. 37)

L'énoncé « le canard était toujours vivant ! » – issu d'une brève pièce humoristique  
de Robert Lamoureux (*la chasse au canard*, 1950) dans laquelle il apparaît à maintes  
reprises, servant de formule pour ponctuer les péripéties d'un père de famille qui  
n'arrive pas à tuer un canard – permet de souligner la capacité de résistance de  
Pascal face à un problème répété. L'emploi d'une telle référence culturelle a aussi

pour effet de signaler l'appartenance du protagoniste à une génération capable de rétablir le contexte d'origine de l'énoncé et ainsi d'en saisir plus complètement le sens. La structure concessive (« j'étais quand même solide ») qui suit cette référence vient souligner le caractère inattendu de la propriété attribuée au protagoniste (*solide*) en regard des circonstances, mettant en évidence la force dont il fait preuve dans cette situation de vulnérabilité.

Dans les textes intercalaires, l'identité du protagoniste n'est plus construite par ce dernier mais est dite par d'autres que lui, à l'instar des extraits suivants :

« Après avoir traversé ces différentes épreuves que sont le diagnostic d'un grave problème cardiaque, l'inscription sur la liste d'attente puis la toujours trop longue attente d'un donneur et enfin la greffe, beaucoup d'entre nous se seraient contentés de vivre de leur côté. Mais Pascal n'est pas de ceux-là ! La promotion du don d'organes a été pour lui une évidence et il s'est impliqué à 100 % dans cette cause dès le début de ce qu'il aime appeler sa deuxième vie. » (Un directeur de la santé publique, texte (f) p. 33).

« Ce cher Pascal, s'il n'existait pas, il faudrait l'inventer. Un Valaisan, un vrai de vrai. La moustache volontaire, le regard si pétillant mais parfois aussi plus sombre aux jours difficiles. Et toujours, un sourire qui revient, lorsque l'on sait l'écouter, et qu'il laisse parler son cœur. Enfin, une "sacrée tronche", comme on dit. » (Un médecin-chef de service de cardiologie, texte (d), p. 17)

Dans le premier extrait, le protagoniste est décrit comme étant doté d'une forte agentivité, d'un caractère combatif. Cette description se voit renforcée par la dénomination des temps de maladie (« épreuves ») ainsi que par la construction d'un groupe (ceux qui « se seraient contentés de vivre de leur côté ») duquel le protagoniste est distingué radicalement (ainsi que le signale le connecteur « mais » et la ponctuation expressive « ! »). Dans le second extrait, la forte agentivité du protagoniste est associée à une communauté spécifique : les Valaisans, appartenance mainte fois convoquée par le protagoniste lui-même, et dont il est présenté ici comme étant un membre exemplaire, c'est-à-dire prototypique (« un vrai de vrai »).

L'identité de « battant » du protagoniste se construit ainsi de multiples façons dans l'ouvrage. D'une part, le texte offre un certain nombre de caractérisations explicites orientant dans cette direction. D'autre part, il présente le personnage dans des situations lors desquelles il incarne cette identité en action. Outre de fonctionner indépendamment, le dire et le montrer sont mobilisés conjointement : soit pour montrer ce qui a été dit, soit pour dire ce qui a été montré. Le fait que ces caractérisations ne soient pas uniquement du fait de Pascal mais également des personnes s'exprimant dans le cadre des textes intercalaires vient authentifier ce que le narrateur-protagoniste dit de lui-même. D'où qu'ils viennent et quelle que soit la façon dont ils sont construits, les traits identitaires associés au protagoniste principal sont convergents. Cette cohérence crédibilise dès lors non seulement le propos de ce dernier mais également le fait

même qu'il prenne la parole pour témoigner de son expérience. Une telle construction de l'identité répond à des impératifs stratégiques : ici, elle légitime Pascal comme individu capable d'agir. Son identité de protagoniste hautement agentif par le passé est une garantie de réussite pour les actions présentes et à venir. Pascal est ainsi présenté comme un individu doué d'une forte agentivité, qui n'abandonne pas face à la difficulté, qu'il s'agisse de la maladie ou de la promotion du don d'organes.

#### 4.2 Une identité distribuée dans diverses communautés

En plus d'être multiplement construite, l'identité de Pascal est distribuée dans diverses communautés, régionale et générationnelle notamment. La seule observation du pronom « nous » – dont la plasticité référentielle peut servir tant à inclure qu'à exclure certains (groupes de) participants (Benveniste 1966 ; Van De Mieroop 2015) – montre le narrateur s'affilier explicitement à cinq communautés différentes : les hommes, les greffés, les Suisses romands, le couple narrateur-narrataire, l'association.

*NOUS, les hommes, JE + ILS (et possiblement TU/VOUS)*

« Vous savez comment sont les hommes. Ce sont juste de grands enfants ! On était le 9 juillet 2003. L'année de LA Canicule. Et pour mon anniversaire, comme tous les grands enfants qui se respectent, je m'étais offert un petit plaisir : un roadster Opel [...].

Bref, le jouet rêvé des vieux gamins que nous sommes tous. J'avais rendez-vous avec mon copain Christian près de Monthey et le noble but de la journée était d'aller frimer, cheveux au vent, du côté de Genève, la plus grande "ville valaisanne" de Suisse romande ! » (Pascal, p. 7)

*NOUS, les greffés, JE + ILS (et possiblement TU/VOUS)*

« C'est dans les couloirs que j'ai fait la connaissance de Léon. Il se promenait comme nous tous, avec son totem chargé de bouteilles [...]. Nous étions bien conscients de notre renaissance et nous pouvions partager des sentiments qui n'appartiennent qu'à ceux qui sont passés par où nous sommes passés. » (Pascal, p. 41)

*NOUS, les Suisses romands, JE + ILS (et possiblement TU/VOUS)*

« Je sonne et j'envoie une infirmière à la rescousse. Le pauvre Léon s'était "encoublé" (comme on dit chez nous) dans un vélo de chambre. » (Pascal, p. 41)

*NOUS, le narrateur et le narrataire, JE + TU/VOUS*

« Je téléphone à mon ami Christian au Bouveret. (Oui, oui ! Celui-là même qui m'avait conduit à l'hôpital de Monthey, tout au début de notre histoire ! ) » (Pascal, p. 42)

*NOUS, l'association, JE + ILS (et possiblement TU/VOUS)*

« Les choses ont commencé à bien bouger. Les médias notamment qui jouent toujours le jeu chaque fois que nous montons une opération.

Nous ne sommes pas plus de 25 personnes au sein de l'association. Mais chez nous, il n'y a pas de membre passifs. Tout le monde collabore. » (Pascal, p. 63)

Par l'emploi de « nous », le narrateur ne s'affilie pas seulement à certaines communauté, il se présente également comme formant avec d'autres des collectivités de pensée et d'action (Fludernik 2017), plus ou moins délimitées (Brügger 2022). De cette manière, le parcours du protagoniste est non seulement celui d'un être singulier mais aussi celui d'un représentant de diverses communautés, dans lesquelles il s'insère – celles des Suisse romands, des greffés ou des hommes – ou qu'il vient à créer, comme c'est le cas pour l'association *A cœur ouvert*, communauté qu'il fonde suite à la maladie, ou pour le couple narrateur-narrataire, communauté éphémère qui naît du fait même de raconter.

Il convient de revenir brièvement sur la question du genre. Tout au long de l'histoire, l'identité de Pascal semble prise dans un monde d'homme où les femmes n'ont que peu de place (qu'il s'agisse de la mère, de l'amie ou de la fille du protagoniste qui ne sont jamais vraiment présentées comme actrices ou accompagnatrices de sa transformation). À deux cas près (une religieuse et une doctoresse), les femmes ne sont en général pas identifiées au-delà de leur fonction (à l'exemple des infirmières) et se trouvent en position d'adjuvant, soit comme instrument de la volonté du protagoniste principal ou comme instrument contre la volonté de ce dernier<sup>4</sup>. Les femmes n'ont en outre pas l'occasion de s'exprimer dans les récits intercalaires : sur onze personnes, on ne compte pas une femme.

A l'absence de figure féminine s'ajoute que l'identité du protagoniste est prise dans un monde d'hommes de pouvoir. Sont mobilisés des acteurs bénéficiant d'un certain statut dans le monde dans la santé – médecin, chirurgien, chef de service, directeur, président – comme cela est mis en évidence dans les légendes qui présente les signataires des textes intercalaires. Point n'est fait mention d'hommes en position subalterne. De fait, la légitimité que se construit le protagoniste ne vient pas seulement de l'histoire qu'il raconte mais est également nourrie par le poids du statut social

<sup>4</sup>Il faut peut-être voir aussi dans ces évaluations négatives du personnel hospitalier féminin l'écho d'une forme d'impuissance au quotidien face à la maladie, quotidien dans lequel le malade a peut-être davantage de contact avec du personnel soignant féminin que masculin.

des personnes auxquelles il s'associe. Cette mise en avant d'individus au statut légitime est peut-être le signe d'un individu – et, par transitivité, d'une association – qui cherche une validation institutionnelle et publique de son action.

## 5 Forces et limites de l'expression de l'expérience

Le récit étudié ici répond à une logique de type psychothérapeutique dans laquelle la récapitulation de l'expérience passée est tournée vers soi et le dépassement d'un vécu traumatique. Raconter sert à (r)établir la continuité après la perturbation de la maladie (Robinson 1990 ; Frank 1993, 1995 ; Cheshire & Ziebland 2005) et permet à la personne qui en a été affectée de (re)trouver une forme d'agentivité (Hydén & Mishler 1999 : 182). Par son potentiel réflexif (Winance 2019), le récit participe à la restauration de l'autonomie du sujet, donnant à voir un passé, un présent et un avenir dans lesquels la personne qui a été affectée par la maladie est pleinement actrice et responsable de son existence. Mais, on l'aura compris au travers de l'analyse, il faut se garder de voir les récits comme la simple représentation – c'est à-dire la reproduction immédiate et sans artifice – de l'appréhension que les individus ont de leur expérience de vie. Au contraire, il faut avoir conscience que cette expérience se transforme du fait même d'être racontée. Et si ce constat est valable pour les récits produits dans le face-à-face d'une relation interpersonnelle (De Fina & Georgakopoulou 2012), il l'est tout autant – et même peut-être plus encore – dans les récits diffusés par les médias de masse (Jones 2021). En communication de santé publique, ces transformations peuvent être sous-tendues par des motifs tactiques – à l'instar de la volonté de privilégier d'abord tel ou tel angle d'une thématique avant d'en traiter un autre – et des contraintes légales, parmi lesquelles celles d'être strictement tenus d'informer la population sans l'influencer ou, au contraire, d'inciter à un comportement spécifique (Merminod 2015).

En communication de santé publique, les récits ne sont généralement pas confinés dans le cadre d'un échange interpersonnel – par exemple, entre malade et personnel soignant – mais sont produits à destination d'un large public ; celui-ci ne sera concerné par l'expérience racontée qu'en ce qu'elle peut faire écho – d'une manière ou d'une autre – à ses préoccupations existentielles. Le récit analysé ici répond à un tel besoin de réappropriation : pour promouvoir le don d'organes et appeler à la mobilisation autour de cette question, il transforme l'expérience individuelle en un enjeu collectif (Hydén 1997 : 55-60 ; Riessman 1990). En construisant l'image d'un individu combatif et en exploitant l'appartenance du protagoniste-narrateur à certaines communautés, le récit tend à rendre le don d'organes pertinent pour un public donné et incite ce dernier à se positionner en faveur de cette cause. Il trace ainsi un chemin d'action et de pensée, et invite par-là les personnes auxquelles il s'adresse à exercer leur capacité de choix en matière de santé publique. En d'autres termes, le récit fournit un modèle pour accompagner la décision individuelle. Ce modèle – loin d'être la pure abstraction d'un schéma de pensée ou de comportement – est doté d'une épaisseur expérientielle, nourrie par l'expression des émotions du protagoniste et celles des adjuvants auxquels il donne la parole : en cela, il ouvre, pour les membres du public, un espace de projection dans lequel il leur est possible de se reconnaître et crée les conditions d'émergence d'une réflexion sur leurs choix personnels.

Ce modèle n'est pourtant pas dénué de paradoxes et de problèmes. Comme l'analyse l'a montré, la mise en récit de l'expérience conduit à l'exclusion et la représentation négative de certains groupes ; et la portée de ce modèle peut se trouver dès lors limitée. L'exclusion de certains groupes peut être le signe de l'absence d'un travail explicite d'évaluation de l'auditoire projeté par le texte et par conséquent de la relation qu'il établit avec autrui (Duranti 2003, 2005). Cette dynamique d'exclusion participe probablement d'une forme d'authenticité, qui est celle du témoignage « à cœur ouvert », dans lequel ce qui est communiqué et la façon dont c'est communiqué n'est pas filtré par le « politiquement correct » ; cette absence de filtre pourrait ajouter, pour certains, de la force au témoignage présenté. L'ouvrage proposerait la mise en scène singulière d'une expérience personnelle qui, dans une dynamique tout à la fois de confiance et de confession, procéderait à une exhibition de soi pour promouvoir le don d'organes et sauver des vies. Cependant, cette stratégie de communication reste extrêmement discutable, même dans le cas où l'on considérerait cet ouvrage comme le cas d'une adaptation radicale à un auditoire spécifiquement délimité au plan géographique, générationnel et social. Elle devient clairement inacceptable dès lors que les stéréotypes véhiculés ne le seraient pas par un particulier agissant de sa propre initiative, comme dans le cas étudié, mais par une instance collective intervenant au nom d'un mandat public, c'est-à-dire légitimé par l'intérêt général.

Les récits ont, en matière de santé, le potentiel de favoriser l'autonomie de celles et ceux qui les produisent ou qui les lisent. Mais, dans le même temps, ils font courir le risque à ces mêmes personnes de s'enfermer dans des visions du monde qui limitent leur action. En conséquence – et sans pour autant adopter une position surplombante qui rendrait toute discussion infructueuse voire simplement impossible (Pahud 2022) – on voit tout l'intérêt d'inviter les personnes souhaitant employer des récits en contexte de santé publique à bien évaluer leurs stratégies de communication et à s'assurer qu'elles ne mettent pas leurs destinataires dans des positions indésirables. Pour ce faire, il est possible de suivre un questionnement éthique (adapté de Merminod & Benaroyo 2022), qui tient compte des dynamiques relationnelles instaurées par les textes dans une situation de communication où l'auditoire est nécessairement pluriel et insaisissable dans sa singularité :

- (1) Qui les ressources langagières utilisées dans le récit privilégient-elles ? Et, en retour, qui excluent-elles ?
- (2) Qui suis-je, moi qui raconte, au préalable de ma narration ? Et quelle posture prends-je par mon récit ? Assume-je ma narration ou délègue-je (une partie de) la responsabilité de mes propos à une autre entité que moi ?
- (3) A qui s'adresse mon récit ? Et dans quelle posture mets-je cette personne ? Cette posture est-elle désirable pour elle ? Et, si non, quelles sont les raisons pour lesquelles je considère que ce récit est tout de même approprié ?
- (4) Quelle est l'intention derrière ma narration ? Que souhaitez-vous faire faire ou faire croire à autrui par mon récit ?
- (5) Dans le récit, cette intention est-elle manifeste ou est-elle dissimulée ? Et, si dissimulation il y a, celle-ci est-elle néanmoins perceptible dans mon récit ?

- (6) Quel est l'effet principal visé par mon récit ? Quels en sont les effets collatéraux présumés ? Les moyens utilisés sont-ils légitimes au regard des effets ?

Ce type de questionnement a l'avantage de ne pas poser la transmission d'informations et l'efficacité rhétorique comme seuls ressorts de l'évaluation de l'action communicative mais d'intégrer également le caractère proprement relationnel de l'usage des récits en santé publique ; ce que le référentiel bioéthique classique ne permet pas de saisir complètement, centré qu'il est sur l'individu plutôt que sur l'écologie relationnelle entre les individus. Néanmoins, le questionnement proposé ici n'est pas suffisant en lui-même. Il doit, s'il veut être pertinent pour les personnes concernées, tenir compte des spécificités propres à chaque situation de communication. À cet égard, il se veut avant tout une *mise en discours* des problématiques attachées à l'emploi des récits en santé publique, une *mise en discours* qui puisse être réinvestie par les personnes concernées avec toute la latitude et la créativité possible (Pahud 2019). En ce sens, le questionnement présenté n'est que l'auxiliaire d'une conduite prudentielle, basée sur la délibération et sur la capacité de faire dialoguer règles générales et cas particuliers. Il s'offre comme un moyen d'éviter que les récits mobilisés en contexte de santé publique ne perdent tout leur potentiel émancipateur pour devenir des carcans dont on ne rêve que de s'affranchir.

## Références

- Adam, Jean-Michel, *Genres de récits. Narrativité et généricité des textes*, Academia, Louvain-la-Neuve, 2011.
- Amossy, Ruth, *La présentation de soi. Ethos et identité verbale*, Presses Universitaires de France, Paris, 2010.
- Aristote, *La Rhétorique*, trad. par Pierre Chiron, Flammarion, Paris, 2007.
- Bamberg, Michael (2011), « Who am I? Narration and its contribution to self and identity », *Theory & Psychology*, vol. 21, No. 1, p. 1-22.
- Baroni, Raphaël (2021), « Configuration and Emplotment : Converging or Opposite Paradigms for Storytelling ? », *Poetics Today*, vol. 42, No. 3, p. 425-448.
- Beauchamp, Tom L. ; Childress, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, Oxford, 2008 [1979].
- Benaroyo, Lazare (2005), « Responsabilité éthique au quotidien : la narration au cœur du soin », *Éthique & Santé*, vol. 2, p. 76-81.
- Benaroyo, Lazare, *Éthique et responsabilité en médecine*, Médecine & Hygiène, Genève, 2006.
- Benveniste, Émile, *Problèmes de linguistique générale, I*, Gallimard, Paris, 1966.
- Briggs, Charles, *Disorderly discourse : Narrative, conflict, and inequality*, Oxford University Press, New York, 1996.
- Bronckart, Jean-Paul, *Activité langagière, textes et discours*, Delachaux et Niestlé, Lausanne-Paris, 1996.
- Brügger, Arthur (2022), « Narrer au nous », *Poétique*, vol. 91, p. 95-112.
- Charon, Rita (2014), « Why read and write in the clinic? The contribution of narrative medicine to health care », in Hamilton, Heidi ; Chou, Wen-ying Sylvia (dir.), *The Routledge Handbook of Language and Health Communication*, Routledge, New York, p. 245-258.
- Cheshire, Jenny ; Ziebland, Sue (2005), « Narrative as a resource in accounts of the experience of illness », in Thornborrow, Joanna ; Coates, Jennifer (dir.), *The Sociolinguistics of Narrative*, John Benjamins, Amsterdam, p. 17-40.

- Danblon, Emmanuelle ; De Jonge, Emmanuel ; Kissina, Ekaterina ; Nicolas, Loïc (dir.) (2008), *Argumentation et narration*, Éditions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles.
- Driver, Julia, *Consequentialism*, Routledge, London, 2012.
- Ducrot, Oswald, *Le dire et le dit*, Minuit, Paris, 1984.
- Duranti, Alessandro (2003), « The Voice of the Audience in Contemporary American Political Discourse », in Deborah, Tannen ; Alatis, James (dir.), *Linguistics, Language, and the Real World : Discourse and Beyond*, Georgetown University Press, Washington, p. 114-136.
- Duranti, Alessandro (2005), « On theories and models », *Discourse Studies*, vol. 7, No. 4-5, p. 409-429.
- Fludernik, Monika, *Towards a 'Natural' Narratology*, Routledge, London, 1996.
- Fludernik, Monika (2017), « The Many in Action and Thought : Towards a Poetics of the Collective in Narrative », *Narrative*, vol. 25, No. 2, p. 139-163.
- Frank, Arthur W. (1993), « The rhetoric of self-change : illness experience as narrative », *The Sociological Quarterly*, vol. 34, p. 39-52.
- Frank, Arthur W., *The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics*, Chicago University Press, Chicago, 1995.
- De Fina, Anna ; Georgakopoulou, Alexandra, *Analysing Narrative. Discourse and Sociolinguistic Perspectives*, Cambridge University Press, Cambridge, 2012.
- Goffman, Erwing, *Forms of Talk*, Blackwell, Oxford, 1981.
- Greimas, Algirdas J., *Sémantique structurale*, Presses Universitaires de France, Paris, 1986 [1966].
- Hammer, Raphaël ; Barras, Vincent ; Pascual, Manuel (dir.), *Don et transplantation d'organes en Suisse. Enjeux historiques et sociologiques (1945-2020)*, Georg Editeur, Genève, 2021.
- Hammer, Raphaël ; Kaech, François ; (2021), « L'espace associatif du don d'organes », in Hammer, Raphaël ; Barras, Vincent ; Pascual, Manuel (dir.), *Don et transplantation d'organes en Suisse. Enjeux historiques et sociologiques (1945-2020)*, Georg Editeur, Genève, p. 213-236.
- Herman, David (2003), « How stories make us smarter », *Recherches en communication*, vol. 19, p. 133-153.
- Hydén, Lars-Christer ; Mishler, Elliot G. (1999), « Language and medicine », *Annual Review of Applied Linguistics*, vol. 19, p. 174-192.
- Hyden, Lars-Christer (1997), « Illness and narrative », *Sociology of Health & Illness*, vol. 19, No. 1, p. 48-69.
- Jacquin, Jérôme ; Micheli, Raphaël (2013), « Dire et montrer qui on est et ce que l'on ressent : une étude des modes de sémiotisation de l'identité et de l'émotion », in de Chanay, Hugues ; Colas-Blaise, Marion ; Le Guern, Odile (dir.), *Dire/Montrer. Au cœur du sens*, Université de Savoie, Chambéry, p. 67-92.
- Jones, Rodney H., *Health and Risk Communication. An Applied Linguistic Perspective*, Routledge, New York, 2013.
- Jones, Rodney H. (2021), « The wounded leader : the illness narratives of Boris Johnson and Donald Trump », *Discourse, Context & Media*, vol. 41, 100499.
- Kaech, François ; Barras, Vincent ; Pascual, Manuel ; Hammer, Raphaël (2015), « Le rôle des associations de patients face au don d'organes en Suisse romande », *Revue Médicale Suisse*, 11, p. 2250-2253.
- Labov, William, *The Language of Life and Death. The Transformation of Experience in Oral Narrative*, Cambridge University Press, Cambridge, 2013.
- Labov, William ; Fanshel, David, *Therapeutic Discourse : Psychotherapy as Conversation*, Academic Press, New York, 1977.
- Labov, William ; Waletzky, Joshua (1967), « Narrative analysis : Oral versions of personal experience », in Helm, June (dir.), *Essays on the verbal and visual arts*, University of Washington Press, Seattle, p. 12-44.
- Maigneueau, Dominique (2002), « Problèmes d'éthos », *Pratiques*, vol. 113-114, p. 55-67.
- Merminod, Gilles (2015), « Entre information et incitation. Stratégies et expertises dans les discours publics du don d'organes », in Burger, Marcel ; Merminod, Gilles (dir.), *L'expertise dans les discours de la santé. Du cabinet médical aux arènes publiques*, CLSL, Lausanne, p. 121-151.

- Merminod, Gilles ; Benaroyo, Lazare (2022), « Ethical issues in public health communication : Practical suggestions from a qualitative study on campaigns about organ donation in Switzerland », *Patient Education and Counselling*, vol. 105, No. 4, p. 881-886.
- Mishler, Elliot G. (2005), « Patient stories, narratives of resistance and the ethics of humane care : a la recherche du temps perdu », *Health*, vol. 9, No. 4, p. 431-451.
- Norrick, Neal R. (2013), « Narratives of vicarious experience in conversation », *Language in Society*, vol. 42, p. 1-22.
- Ochs, Elinor ; Capps, Lisa (1997), « Narrative Authenticity », *Journal of Narrative and Life History*, vol. 7, p. 83-89.
- Ochs, Elinor ; Capps, Lisa, *Living Narrative : Creating Lives in Everyday Storytelling*, Harvard University Press, Cambridge, 2001.
- Pahud, Stéphanie (2019), « Une mise en circulation située des savoirs sur le langage », in Delaloye, Laura ; Merminod, Gilles (dir.), *La médiation des savoirs sur le langage*, CLSL, Lausanne, p. 67-86.
- Pahud, Stéphanie (2022), « 'Rembourser ses dettes' : pour une linguistique éthique », in Merminod, Gilles ; Weber, Orest ; Wenger, Vincent (dir.), *Langues, médecine et société*, Lambert Lucas, Limoges, p. 157-168.
- Perelman, Chaïm ; Olbrecht-Tyteca, Lucie, *Traité de l'argumentation*, Éditions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles, 1988.
- Riessman, Catherine (1990), « Strategic Uses of Narrative in the Presentation of Self and Illness », *Social Science and Medicine*, vol. 30, p. 1195-1200.
- Robinson, Ian (1990), « Personal narratives, social careers and medical courses : analysing life trajectories in autobiographies of people with multiple sclerosis », *Social Science and Medicine*, vol. 30, p. 1173-1186.
- Roelens, Camille (2020), « Couler, surfer ou naviguer dans un monde liquide et accéléré : Critique de la patience à l'horizon de l'autonomie individuelle », *Revue française d'éthique appliquée*, vol. 9, p. 59-73.
- Schiffrin, Deborah, *In Other Words. Variation in Reference and Narrative*, Cambridge University Press, Cambridge, 2006.
- Van De Mierop, Dorien (2015), « Social Identity Theory and the Discursive Analysis of Collective Identities in Narratives », in De Fina, Anna ; Georgakopoulou, Alexandra (dir.), *The Handbook of Narrative Analysis*, Wiley Blackwell, Malden, p. 408-428.
- Winance, Myriam (2019), « Histoires de normes. Articuler récits biographiques et analyses des processus de normalisation par les sciences sociales », in Tabin, Jean-Pierre ; Piecek, Monika ; Perrin, Céline ; Probst, Isabelle (dir.), *Repenser la normalité. Perspectives critiques sur le handicap*, Le Bord de l'eau, Lormont, p. 35-57.