Réfracter
La pharmacie imaginaire de Spinoza

Maud Benetreau
ENS de Lyon – IHRIM

Ce n'est pas sans incongruité que l'on croise Spinoza, et sa pharmacie imaginaire, au détour d'un des couloirs blanchâtres de nos hôpitaux modernes. Et pourtant. C'est bien là, sur ce terrain, que je l'ai rencontré, plus vivant que jamais. D'une lumière réciproque, comme réfractée, la pharmacie qu'il tenait à bout de bras éclairait sa figure enjouée, et lui-même teintait l'atmosphère d'une autre lumière que celle des néons électriques.

Ce n'est pas sans incongruité, parce que la place de Spinoza serait plutôt dans les bibliothèques. Que ce soit par une approche théologique, ou par un travail d'histoire de la philosophie, les textes de Spinoza ont rarement été confrontés à un matériel anthropologique, fourni par une enquête de terrain. Récemment, des lectures ont bien été menées, notamment sur le terrain hospitalier, par des entreprises d'actualisation philosophique, ou bien d'élucidation philosophique des théories spinozistes [1]. Ces dernières s'avèrent extrêmement fructueuses pour l'éthique en santé, et la clarification des textes et thèses spinozistes, mais elles ne se donnent pas pour objectif de penser la manière dont peut être créée une médiation philosophique, par l'intermédiaire d'un terrain [2].

C'est de cette nouvelle entreprise dont je vais exposer le déroulement à travers le processus de création d'une médiation philosophique par l'intermédiaire d'un terrain.

1. Voir notamment les travaux d'Éric Delassus, *De l'*Éthique *de Spinoza* à *l'éthique médicale*, publié aux Presses Universitaires de Rennes en 2011. Ou encore les travaux de Julie Henry, notamment sa thèse *Spinoza, une anthropologie éthique – Variations affectives et historicité de l'existence*, Classiques Garnier, 2015, ou encore sa direction de programme au Collège international de philosophie (2013-2015) intitulée *Anthropologie spinoziste et éthique en santé*.

2. Nous nous rapprochons ainsi des chapitres de Margaux Dubar, de Marine Fauche et de Vincent Camus, respectivement « Réfléchir. Pascal en service d'addictologie », « Résonner. Hobbes au bloc opératoire », et « Défouir. La guérison d'après Canguilhem ».

Ce projet est ancré dans un processus de recherche, rythmé par des étapes, qui sont autant de strates de réfraction. Pour mieux en saisir la portée et les enjeux, j'en déroulerai ici le cours, des premières lectures autour de Spinoza, aux lectures qui retournent à Spinoza, en passant par les résultats de l'enquête de terrain. Ainsi, l'épreuve du modèle théorique spinoziste par l'enquête de terrain par réfraction sera rendue dans toute son acuité, et la médiation philosophique apparaîtra plus clairement au terme du parcours.

Je suis partie d'une intuition, celle de rapprocher l'affect de tristesse de l'épreuve de la maladie. Cette intuition m'a amenée, d'une part, à porter mes choix de lecture vers le corpus spinoziste proprement éthique, qui comprenait sa théorie des affects, et, d'autre part, à me tourner vers le terrain hospitalier, qui permettait de rencontrer de nombreux patients, dont les expériences de la maladie sont diverses. Ainsi, j'ai lu l'*Éthique*, incontournable pour la théorie des affects, mais également le *Traité de la réforme de l'entendement*, dont l'infléchissement par la réfraction du terrain montrera, par la suite, qu'il en contient quelques éléments intéressants pour notre propos. Après ces lectures, je me suis rendue sur le terrain, en observation participante au Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard, où j'ai pu faire quelques entretiens, puis au service de réanimation de l'Hôpital de la Croix-Rousse et à l'Hôpital neurologique, où j'ai fait une vingtaine d'autres entretiens encore.

Mon intuition de départ – rapprocher l'affect de tristesse et l'épreuve de la maladie – m'a ainsi conduite à poser une interface entre les textes Spinoza et le terrain hospitalier. À cette interface, un problème s'est posé : si la tristesse s'enchaîne à la tristesse selon le modèle de l'empoisonnement proposé par Gilles Deleuze [3], comment l'épreuve de la maladie peut-elle échapper à la spirale des affects tristes ? Ce problème se développe en deux branches. La première voit émerger deux figures de l'histoire de la philosophie : d'une part, celle de Deleuze, figure repoussoir du lecteur de Spinoza qui sépare radicalement les affects de joie des affects de tristesse, dans une perspective nietzschéenne [4], et d'autre part, celle de Spinoza, figure adjuvante, qui va nous permettre de penser le passage de la tristesse à la joie, une fois ses textes réfractés et diffractés par les résultats de l'enquête de terrain. En effet, la théorie des affects de Spinoza se prête particulièrement à l'épreuve du terrain, en bon milieu réfringent, par sa portée anthropologique et ses raffinements psychologiques, qui permettent de revenir sur certaines nuances théoriques, et de les mettre en perspective.

La seconde branche concerne les modalités de ce passage de la tristesse à la joie, et nous amène à considérer de plus près le rôle de l'imagination dans la théorie des affects de Spinoza. En effet, c'est par l'imagination que la tristesse entraîne la tristesse. C'est pourquoi Deleuze pense ce processus par le modèle de l'empoisonnement : l'imagination serait le poison de la tristesse. Néanmoins, cette lecture, qui voit dans l'imagination fomenter des idées inadéquates, consiste à conclure du dualisme épistémologique (vrai et faux) au dualisme éthique (joie et tristesse). Opérer une réfraction

3. Tel qu'il est élaboré dans sa thèse G. Deleuze, *Spinoza et le problème de l'expression*, publiée aux Éditions de Minuit en 1968, et dans un recueil postérieur, publié en 1981 aux mêmes éditions, *Spinoza, philosophie pratique*. À son tour, Deleuze devient le personnage d'une autre histoire. Voir le chapitre de Jean-Baptiste Vuillerod « Enrôler. Le Hegel de Deleuze ».

4. G. Deleuze, *Spinoza et le problème de l'expression*, Paris, Éditions de Minuit, 1968, p. 233.

entre la théorie des affects de Spinoza et l'épreuve de la maladie serait une manière de remettre en question ce « glissé » : en effet, à l'interface entre les deux se produit non un « glissé », mais un fléchissement.

1 Autour de Spinoza

Me voilà, au début de l'hiver 2014, devant une fenêtre de la bibliothèque Diderot de Lyon, quelques ouvrages de Spinoza sont ouverts, étalés sous des lampes vertes. Au cours de mes lectures, je tombe sur ce scolie de l'*Éthique* :

> Quand nous fixons le soleil, nous l'imaginons à une distance d'environ deux-cents pieds de nous, erreur qui ne consiste pas dans cette seule imagination, mais dans le fait que, tandis que nous l'imaginons ainsi, nous ignorons sa vraie distance et la cause de cette imagination [5].

Cet exemple vient illustrer une proposition qui définit la fausseté par ses causes : « La fausseté consiste dans une privation de connaissance qu'enveloppent les idées inadéquates, autrement dit mutilées et confuses [6]. »

L'erreur, dans l'exemple pris par Spinoza, résulte non de l'imagination en elle-même, mais de l'ignorance de la distance exacte entre la terre et le soleil, ignorance ignorée, tant que nous en restons à cette imagination. Les idées inadéquates naissent de l'imagination en tant qu'elle participe, d'une certaine manière, à la privation de connaissance : elles empêchent d'aller chercher plus loin, de remonter la chaîne des causes. L'imagination ne conduit donc qu'à des idées partielles, mais également partiales, comme le montre la suite du scolie :

> Car, même si plus tard nous savons qu'il est à une distance de nous de plus de 600 diamètres de la terre, nous n'en continuerons pas moins à l'imaginer proche de nous ; car, si nous imaginons le soleil si proche, ce n'est pas parce que nous ignorons sa vraie distance, mais parce qu'une affection de notre corps enveloppe l'essence du soleil, en tant que le corps lui-même est affecté par lui [7].

La partialité de l'idée inadéquate tient au point de vue du corps. Quand bien même les causes soient recherchées et la privation de connaissance palliée, le corps ne cesse pas d'être affecté d'une certaine manière par le soleil, qu'il se trouve sur une longue route déserte et noire, ou à l'ombre d'une terrasse estivale. Et l'imagination demeure, parce qu'elle dépend du point de vue du corps, et de ses affections.

Ainsi, ce que nous retenons de ce scolie est moins la distance exacte qui nous sépare du soleil que cet indice de la positivité de l'imagination. Si elle n'est pas supprimée par le vrai, en tant que vrai, il reste à considérer la positivité de l'imagination du corps, en tant qu'il est affecté par ce soleil, qui lui colle à la peau. Or, Spinoza revient sur

5. B. Spinoza, *Éthique* (1677), Paris, Éditions du Seuil, 1988, Partie II, Proposition 35, Scolie (EIIP35S), p. 159.
6. *Ibid.*, p. 157.
7. *Ibid.*, p. 159.

ce point, plus loin dans l'*Éthique* : « Rien de ce qu'a de positif une idée fausse n'est supprimé par la présence du vrai, en tant que vrai [8]. » Ainsi : « Si nous imaginons le soleil si proche, ce n'est pas parce que nous ignorons sa vraie distance, mais parce que l'esprit conçoit la grandeur du soleil en tant que celui-ci affecte le corps [9]. »

L'idée inadéquate n'est négative, inadéquate et fausse que si on la considère selon un critère cognitif et épistémologique. Si on la considère selon un critère affectif, elle est positive : elle indique l'état et les variations de puissance du corps, et la manière dont les choses extérieures viennent l'affecter.

C'est ainsi que ces propositions et scolies m'ont amenée à lire à nouveaux frais la proposition suivante : « L'esprit, autant qu'il peut, s'efforce d'imaginer ce qui augmente ou aide la puissance d'agir du corps [10]. » Nous y reviendrons.

2 Détour par le terrain

Ayant ainsi relevé la positivité de l'imagination chez Spinoza, nous pouvons formuler l'hypothèse suivante : le rôle de l'imagination dans la théorie des affects ne peut pas se comprendre à l'aune du rôle de l'imagination dans la théorie de la connaissance. En effet, le critère aléthique, qui prévaut dans la théorie de la connaissance, ne semble pas valoir pour la théorie des affects, si nous prenons ainsi en compte la positivité de l'imagination. D'autres critères sont nécessaires pour distinguer l'imagination qui est un poison, de l'imagination qui peut s'avérer être un remède.

Et c'est l'entrée de la tristesse qui permet de mieux distinguer le rôle de l'imagination dans la théorie des affects. En effet, c'est l'affect de tristesse qui a le plus souffert du « glissé » de la théorie de la connaissance à la théorie des affects. Spinoza étant communément accepté sous le titre de « philosophe de la joie [11] », la tristesse est radicalement séparée de la joie, cantonnée à une spirale d'affects tristes enchaînés par l'imagination et ses idées inadéquates, poison de la tristesse.

En associant l'affect de tristesse et l'épreuve de la maladie, j'étais amenée à tester ce modèle théorique avec les entretiens et les observations de terrain, et je suis partie de la bibliothèque, avec mes bagages philosophiques (les textes de Spinoza en bandoulière) et mon kit de survie anthropologique (les méthodes d'observation participante et les guides d'entretiens sous la main). C'est ce test qui est ici présenté, non sous la forme de données éparses et d'observations éparpillées, mais sous la forme de résultats, classés et organisés en typologie [12].

Cette typologie part de Spinoza, et revient à Spinoza, en passant par l'interface du terrain, qui permettra donc une réfraction et un fléchissement de la théorie des affects. Le recueil des informations s'est donc fait avec un point de vue spinoziste, qui a circonscrit l'observation à certaines données, à certaines situations. Les critères, pour

8. EIVP1, p. 345.
9. *Ibid.*, Scolie, p. 347.
10. EIIIP12, p. 225.
11. Un éminent tenant de cette figure de Spinoza est Robert Misrahi.
12. Pour réaliser cette typologie, j'ai procédé selon la méthode décrite par Jean-Paul Grémy et Marie-Joëlle Le Moan dans leur article « Analyse de la démarche de construction de typologies dans les sciences sociales », publié dans la revue *Informatique et sciences humaines*, 1977, numéro spécial.

cette typologie, auraient pu de même s'inspirer de Spinoza. Néanmoins, l'épreuve de Spinoza par le terrain a révélé un manque à sa propre typologie. En effet, si nous lisons sans réfraction, nous voyons qu'il partait d'un critère cognitif, pour distinguer entre l'idée inadéquate et l'idée adéquate, entre l'affect qui est une passion, et l'affect qui est une action [13]. Mais, si nous repartons des résultats de l'enquête de terrain, nous devons prendre en compte un critère affectif. Par conséquent, la typologie spinoziste n'est pas légitime : elle met en place une hiérarchie épistémologique qui, telle quelle, n'a pas lieu d'être dans la théorie des affects. Elle n'est pas exhaustive, puisque le terrain, appréhendé depuis le point de vue de la théorie des affects de Spinoza, a révélé la présence de deux autres types d'imaginations à l'œuvre au cours de l'épreuve de la maladie. Ainsi, c'est à l'interface entre Spinoza et le terrain qu'opère la réfraction, et le fléchissement de la théorie des affects, comprise à l'aune d'un nouveau critère.

J'ajouterais donc au critère cognitif de Spinoza un critère affectif, étant donné que les patients que j'ai rencontrés parvenaient à s'affecter de joie par des idées imaginaires. La typologie de Spinoza sortira donc reprise, et complétée, par le test empirique. Comme il est élaboré depuis une perspective spinoziste, ce nouveau critère fait apparaître une nouvelle figure de Spinoza, avec une nouvelle compréhension du rôle de l'imagination.

3 L'idée inadéquate, ou le poison de la tristesse

Le premier type d'imagination que j'ai dégagé des observations de terrain et des entretiens correspond au poison de la tristesse. Ces imaginations relèvent d'idées inadéquates, mutilées et confuses [14], c'est-à-dire d'idées partielles et partiales. Ce sont des erreurs : elles ne peuvent être expliquées complètement par celui qui en est le sujet, qui ne voit que depuis le point de vue de son corps. Les idées inadéquates jouent donc, dans les affects, le rôle d'imaginations empoisonnées : elles partent de l'affect de tristesse, et viennent affecter de nouveau l'individu de tristesse. C'est pourquoi je classerais les différents types d'idées inadéquates en autant d'affects de tristesse, que j'ai identifiés chez les patients.

Le critère cognitif qui préside à cette typologie s'accompagne d'un critère de succession : en effet, j'ai distingué deux temporalités de redoublement de la tristesse par des idées inadéquates, chez Spinoza : la tristesse qui passe, immédiatement, et la tristesse qui dure, médiatisée par d'autres affects de tristesse.

13. EIIIP1-3, p. 205-215.
14. EIIP35, p. 157.

4 Le passage de la tristesse, et sa chaîne d'idées inadéquates

4.1 Orgueil

> *« Cette imagination, quand elle regarde l'homme lui-même qui fait de soi plus d'état qu'il n'est juste, s'appelle l'orgueil, et cet espèce de délire à cause que l'homme, les yeux ouverts, rêve qu'il peut toutes les choses qu'atteint son imagination et que, pour cette raison, il contemple comme des réalités qui le transportent de joie, aussi longtemps qu'il peut ne pas imaginer ce qui en exclue l'existence et délimite sa propre puissance d'agir*[15]*. »*

C'est d'après un critère cognitif que Spinoza définit l'orgueil comme une imagination qui est une illusion, parce qu'elle provient d'idées inadéquates. Cet affect est « une espèce de délire », qui consiste essentiellement à se faire des illusions sur sa propre personne, c'est-à-dire à contempler une puissance d'agir, et une puissance de pensée, que l'individu s'imagine être siennes. L'idée inadéquate réside en ce que l'individu n'imagine pas ce qui remet en cause cette imagination de soi, et se méprend quant à sa puissance d'agir, jusqu'à ce que cette illusion bute sur la réalité. Ainsi, cette imagination est partielle parce que partiale : tant qu'il ne se confronte pas à ce qui révèle sa véritable puissance d'agir, l'individu se conforte dans une illusion [16].

Les entretiens et les observations de terrain, compris à l'aune de cette définition de l'affect d'orgueil, nous ont permis d'en souligner la dimension psychologique : cet affect s'apparente au déni. Dans une perspective spinoziste, je parlerais plutôt du décalage entre l'état du corps, affecté de tristesse par la maladie, et l'idée du corps, qui ne se résout pas à formuler une idée de cette tristesse, et à être affecté de tristesse à son tour. L'orgueil ainsi réfracté par le terrain serait un affect de tristesse, si nous le comprenons seulement selon un critère cognitif : sans idée de son corps affecté de tristesse, le patient n'accepte pas de traitement médical, ou, du moins, manque d'observance. L'orgueil crée un malentendu entre le patient et les soignants.

Parmi la quarantaine de patients que nous avons rencontrés, que ce soit en entretien ou au cours d'observations, la majorité nous paraissent répondre à ce type, à des degrés divers, selon la durée de l'affect d'orgueil, et la force de l'illusion. Un cas typique est celui de cet homme d'une cinquantaine d'années qui souffrait d'un cancer et refusait systématiquement, depuis plusieurs mois, un implant (une pompe qui délivre des médicaments, notamment de la morphine). Une fois son état dégradé, il était devenu impossible de pratiquer cet implant. Une autre solution consistait à porter une petite bourse contenant les médicaments, reliée par intraveineuse. Le patient a fini par l'accepter, et a demandé au médecin s'il ne pouvait pas plutôt bénéficier du premier. Au refus et à l'explication du médecin, il était abasourdi, et disait ne pas « s'être rendu compte ». En plus de sa peur d'être hospitalisé, soulignée par les soignants, nous pourrions ajouter qu'il était affecté d'orgueil, dans le sens où l'idée de son corps ne correspondait pas à l'état de son corps.

15. EIIIP26, p. 243.

16. Nous verrons plus loin en quoi cette interprétation de l'orgueil selon un critère cognitif ne prend pas en compte toutes ses dimensions.

4.2 Épouvante

La temporalité de l'affect de l'épouvante peut se comprendre par rapport à celle de l'affect de l'orgueil : l'épouvante peut survenir aussi bien à la place de l'affect d'orgueil, simultanément à l'affection de tristesse, que le suivre, une fois qu'il s'est arrêté du fait de l'ajustement entre l'état du corps et l'idée du corps.

L'épouvante est une espèce de l'admiration, l'individu contemple quelque chose, dont il imagine avoir quelque chose de singulier, d'étonnant, qu'il n'a jamais vu auparavant [17]. Il s'agit d'une admiration qui « est mise en mouvement par un objet qui nous fait peur [18] ». Elle amène ainsi, l'individu à contempler sans cesse l'objet de sa peur : « L'admiration d'un mal tient l'homme suspendu dans la seule contemplation de ce mal au point qu'il en est incapable de penser à d'autres choses qui pourraient le lui éviter [19]. » Par conséquent, la peur de l'épouvante paralyse celui qui la ressent. L'épouvante relève d'une idée inadéquate. L'individu ainsi affecté, étant incapable de penser à d'autres choses qu'à ce mal, est cantonné à la seule contemplation de ce mal, sans l'expliquer par ses causes, ni même considérer autre chose que ce mal.

Nous avons également réfracté cet affect par le terrain. Sur la vingtaine de patients que nous avons eus en entretien, un quart des patients ont mentionné cet affect. Ils se décrivaient eux-mêmes, ou nous les observions, comme paralysés par la contemplation de leur maladie (du mal) ou des manifestations de leur maladie (la manière dont elle les affectait de tristesse). Paralysés, ils s'enfermaient eux-mêmes , comme dans une spirale : la spirale commence par le corps, affecté de tristesse, puis continue dans l'idée du corps, qui ressent cette tristesse et l'imagine comme tristesse, puis, tourne en elle-même pour revenir au corps, crispé par la tristesse. Ces aller-retour sont simultanés, ce que traduit l'image de la spirale avec ses cercles encastrés les uns dans les autres. Nous adoptons ce modèle géométrique pour penser non seulement l'épouvante, mais tous les affects qui participent du redoublement de la tristesse.

Nous prendrons ici pour exemple typique celui qui nous a inspiré le modèle de la spirale. Il s'agit d'un patient du service de réanimation, qui se trouvait en insuffisance respiratoire, et ne cessait de répéter « plus j'y pense, plus j'angoisse, et je pense à respirer, et je pense que j'angoisse, et j'angoisse encore ». En effet, il inspire, puis expire péniblement, il régule sa respiration, les yeux perdus dans le vague, et tout son corps tend vers le mince souffle d'air qui sort de sa bouche.

L'épouvante se rapproche de la fluctuation de l'âme, comme nous pouvons le constater avec cet exemple d'un patient du service de réanimation qui ne pouvait pas parler d'autre chose que de l'issue incertaine de sa greffe, sans revenir sur son opération, ni formuler de projets. Ses yeux inquiets seuls s'agitaient dans leur orbite, et son corps, et son visage, paraissaient figés. Il était en proie à une fluctuation de l'âme, puisqu'il oscillait entre espoir et crainte, mais elle se traduisait pour lui par l'affect d'épouvante : assuré de rien, il était « suspendu dans la seule contemplation de ce mal au point qu'il en est incapable de penser à d'autres choses qui pourraient le lui éviter [20] ». Il s'agit

17. EIIIP52, p. 285.
18. *Ibid.*, Démonstration.
19. *Ibid.*, Scolie.
20. *Id.*

d'une épouvante particulière, qui procède moins d'une idée inadéquate partielle que d'un doute.

4.3 Fluctuation de l'âme

> *« Cet état de l'esprit qui nait de deux affects contraires, s'appelle un flottement de l'âme, lequel, partant, est à l'affect ce que le doute est à l'imagination ; et il n'y a entre le flottement de l'âme et le doute que de différence du plus au moins*[21]*. »*

Par conséquent, l'idée inadéquate prend la forme d'un doute, qui, comme l'idée inadéquate, résulte d'un défaut de connaissance. Ainsi appliqué à la théorie des affects, le doute concerne, pour les patients que nous avons rencontrés, les affects d'espoir et de crainte. S'il « n'y a pas d'espoir sans crainte, ni de crainte sans espoir[22] », dans l'attente de diagnostic ou de pronostics, cette espèce de fluctuation de l'âme est typique, et prend une importance vitale pour les patients.

Des entretiens et observations, nous pouvons dégager un processus de fluctuation de l'âme, qui part du doute, cognitif, pour aboutir à la fluctuation de l'âme entre les affects. D'abord, d'un défaut de connaissance, nait un doute. Ce doute concernant une information dont l'importance est vitale pour l'individu, l'individu est en proie à la fluctuation de l'âme. Il forme lui-même des images, qui sont autant d'idées inadéquates, qui oscillent tantôt vers l'espoir, tantôt vers la crainte, et viennent, en retour, l'affecter de tristesse.

Nous convoquerons ici un cas singulier, moins typique que saillant. Il s'agit d'une patiente, rencontrée à l'hôpital neurologique. Le résultat de ses examens lui diagnostiquait un anévrisme. Or, elle ne savait pas ce qu'était un anévrisme, et ne connaissait que le terme « rupture d'anévrisme », ce qui l'inclinait plutôt à la crainte : elle disait « s'imaginer le pire ». Pendant la période qui précédait la consultation avec un médecin, elle ne pouvait pas s'empêcher de d'affecter elle-même de crainte, en formant des images qui l'affectaient de tristesse, tout en sachant que sa mort n'était pas annoncée.

5 La tristesse qui dure par la médiation d'idées inadéquates

Le second type d'idées inadéquates s'installe dans une temporalité plus longue, qui est celle de la tristesse qui dure, dans et par la maladie, en charriant d'autres affects de tristesse. Ces affects particuliers de tristesse viennent renforcer l'affect général, par des imaginations, qui sont autant de médiations : imaginations de soi médiatisées par le regard qu'on porte sur soi, imaginations de soi médiatisées par le regard des autres, tel qu'on l'imagine porté sur soi.

5.1 Humilité

L'humilité amorce la spirale de la tristesse. Spinoza la définit comme suit : « Quand l'esprit imagine son impuissance, par là même il est triste[23] » ; et l'explique ainsi : « Tandis que l'esprit s'efforce d'imaginer quelque chose qui pose sa puissance d'agir,

21. EIIIP17S, p. 23.
22. EIII, Définitions des affects, Définition 13, Explication, p. 313.
23. EIIIP55, p. 289.

ce sien effort est contrarié, autrement dit, il est triste [24]. » Elle procède donc d'idées inadéquates : tandis que l'esprit contemple son impuissance, il ne comprend pas la chose extérieure qui l'affecte de tristesse en elle-même, mais seulement comme une chose inconnue qui vient diminuer sa puissance d'agir.

Nous avons rencontré cet affect spinoziste, tel quel, au cours des entretiens et des observations de terrain : il serait plutôt réfléchi que réfracté par le terrain, mais il y trouvera néanmoins des fléchissements dans ses variations affectives (la honte, la haine).

Il s'agit d'un affect commun à tous les patients que nous avons rencontrés. Il s'exprime souvent sous la forme d'énumérations anaphoriques : « je ne peux pas… », « je ne peux plus… », énumérations présentes, et répétées, dans la majorité des entretiens.

5.2 Honte

L'affect de honte quant à lui se trouve réfracté par le terrain, ou plutôt, nuancé : il se rapproche de l'affect d'humilité. La définition spinoziste de la honte est quand « quelqu'un […] a fait quelque chose qu'il imagine affecter tous les autres de tristesse, il se contemplera lui-même […] avec tristesse [25] ». Or, la honte que nous évoquerons ne consiste pas à avoir honte d'une action que l'on aurait faite. Cette honte concerne plus spécifiquement les patients qui s'imaginent responsables de leur maladie. Nous repartirons, avec Spinoza d'une définition plus générale de la honte, comprise comme une plus grande humilité : « Cette tristesse est de plus en plus alimentée si on s'imagine blâmé par les autres [26]. »

Comme « nous pouvons à peine supporter une vie d'opprobre [27] », la honte est évoquée par les patients dans la majorité des entretiens. Il s'agit d'une idée inadéquate qui noue plusieurs imaginations : d'abord, l'image de soi de l'affect d'humilité, puis, l'image de soi telle que l'individu imagine les autres avoir une image dégradante et humiliante de lui-même. Le point de vue adopté est donc celui d'une idée inadéquate, partielle et partiale.

Un cas typique et saillant nous est présenté par le récit d'un jeune homme qui, ayant subi une chimiothérapie contre son cancer, portait un bonnet au collège. Dans la queue de la cantine, une surveillante, scrupuleuse des règles de l'établissement, lui a brusquement enlevé son bonnet, devant tous ses camarades. Lui qui cherchait, selon ses propres mots, à « éviter le sujet », voilà qu'il s'est soudainement « senti différent », et « anormal ».

5.3 Haine

La haine se conjugue à l'affect de honte, d'une autre manière néanmoins que celle que nous trouvons dans les textes de Spinoza. Dans le cas de la maladie, la haine ne se rapporte pas à une cause extérieure [28], prenant le contrepoint de la honte, qui

24. *Ibid.*, Démonstration.
25. EIIIP30, p. 251.
26. EIIIP55, p. 289.
27. EIIIP52S, p. 423.
28. EIIIP30S, p. 251.

se rapporte à des causes intérieures. En effet, dans ce cas, la cause extérieure qui provoque l'affect de tristesse, devient, pour ainsi dire, l'individu affecté lui-même, dans la mesure où il *est* malade.

Ainsi, la haine, au cours de la maladie, ne peut que se retourner vers l'individu lui-même. Issue de l'humilité, elle procède de la même idée inadéquate que celle qui est à l'œuvre dans cet affect. Elle se double néanmoins d'un autre affect, puisque l'humilité ne consiste plus seulement à contempler ce qui entrave sa puissance d'agir, mais à rapporter ce qui entrave sa puissance d'agir à soi-même. La haine transforme l'altération de la tristesse en aliénation, et peut ainsi conduire à la destruction [29] de l'individu par lui-même, un lui-même qui n'est plus tout à fait lui. Ainsi, comment ne pas se prendre soi-même en haine quand ce qui affecte de tristesse fait partie de soi ? Comment ne pas se détruire soi-même quand on est en proie à un affect de tristesse tel que l'épreuve de la maladie ?

Peu de patients ont évoqué directement cet affect en entretien, bien que deux hommes d'une quarantaine d'années m'aient raconté qu'après avoir compris les tenants et aboutissants de leur maladie, arrêts cardiaques à répétition pour l'un, et arrêt cardio-vasculaire avec risque de paralysie pour l'autre, ils auraient envisagé le suicide (« c'était à se tirer une balle dans la tête »).

Ces différents types idéaux sont autant de dimensions temporelles et cognitives du poison de la tristesse, l'imagination et ses idées inadéquates. L'idée inadéquate à l'œuvre nait de ce que l'individu cherche à connaitre, et que cette recherche, implicite ou explicite, révèle un manque de connaissance. Qu'ils cherchent à connaitre un pronostic ou un diagnostic, ou bien qu'ils pensent connaitre l'état de leur corps, de manière optimiste ou pessimiste, ou encore l'image qu'ils renvoient aux autres, ces idées inadéquates relèvent d'un manque de connaissance, qui les laisse dans le doute ou dans l'erreur. Et puisque ce doute et cette erreur engagent leur vie, il les pousse à l'errance. C'est donc par l'équation : ignorance = erreur = errance que la théorie de la connaissance croise la théorie des affects. Ainsi, l'imagination n'est poison que lorsqu'elle est dérivée de la théorie de la connaissance à la théorie des affects.

Or, le ratio entre les patients qui disaient ou apparaissaient être affectés de haine à leur encontre s'avérait bien faible par rapport aux patients qui mettaient en œuvre un autre type d'imagination, et nous invitait à réfracter la théorie des affects de Spinoza.

6 Un premier type d'idée imaginaire-remède : l'image

Le premier type d'imagination que nous avons dégagé à partir d'un critère affectif correspond aux images convoquées et mobilisées par les patients comme des échappatoires à la spirale de la tristesse. Ces images ne relèvent pas de la théorie de la connaissance, parce qu'elles ne visent pas à connaitre quelque chose. Elles relèvent de la théorie des affects, parce qu'elles sont nécessaires aux patients, pour se tirer de la spirale de la tristesse et, partant, s'affecter, en quelque sorte, de joie.

29. EIIIP13S, p. 227.

6.1 L'image, échappatoire à la spirale de la tristesse

Au cours des entretiens, la majorité des patients évoquaient des choses plaisantes, qui leur étaient absentes ou impossibles, et se les rendaient présentes par des représentations imaginaires, sans jamais sans tomber dans l'illusion de leur présence réelle. Ces représentations imaginaires prenaient différents aspects, que nous organisons sur le critère graduel de l'horizon plus ou moins lointain de leur présence.

La chose peut être dans un horizon si lointain qu'il est impossible, pour l'individu, de la rencontrer de nouveau. En effet, il est tellement affecté de tristesse qu'il lui est impossible de s'affecter de joie, de nouveau, par la présence effective de la chose. Néanmoins, il lui reste le plaisir de se la rendre présente par certaines idées de l'imagination, qui sont autant d'images, suscitées par la mémoire. S'il lui est impossible d'être de nouveau affecté de joie dans le futur, reste ainsi le souvenir. Cette image a une positivité, dans sa présence imaginaire. Un cas typique est celui d'un patient qui, à la fin de l'entretien, s'était mis à regarder le soleil briller dehors, et il a soupiré qu'il se verrait bien dévaler les montagnes avec son quad. À mon air étonné de le voir si content, alors qu'il pensait à une activité qui lui était devenue impossible à cause de ses problèmes cardiaques et neurologiques, il nous a répondu que, même s'il ne montera plus jamais sur son quad, de se rappeler ces escapades, « ça fait du bien ».

La chose peut également être présente, à l'horizon. L'individu malade voit sa puissance d'agir diminuer, et l'horizon de son monde rétrécir. Il n'en cesse pas pour autant de rayonner, et de le parcourir, par d'autres modalités de sa puissance d'agir. C'est ainsi qu'il s'échappe d'une spirale qui le confine dans un milieu pour découvrir, ne serait-ce que par la vue, ou par l'imagination, d'autres mondes. Ce type est représentée par une patiente qui nous décrivait minutieusement son jardin, avec sa terrasse, les colombes, les merles et les corbeaux qui venaient manger dans la gamelle du chat, et surtout, les arbres fruitiers. Elle ne pouvait plus les voir de près, à cause des irrégularités du terrain qui pouvaient la faire tomber, et compliquer son cancer. Pourtant, elle ne se réjouissait pas moins, après avoir pris en compte d'être ainsi affectée de tristesse, de les contempler depuis sa terrasse, ou depuis son canapé, à travers la baie vitrée.

6.2 L'image contre la haine : les petits noms de la maladie

Nous avons vu que peu de patients se sentaient aliénés par la tristesse au point qu'ils envisageaient de se détruire eux-mêmes. La plupart des patients mettaient plutôt en œuvre des images qui leur permettent de cerner et de comprendre leur maladie comme un élément étranger, mais néanmoins familier. Ces images permettent de nommer et de s'approprier, par des comparaisons ou des métaphores, ce qui auparavant paraissait extérieur, étranger et néfaste. Nous classons ici ces images des plus indéfinies aux plus déterminées.

L'usage du pronom indéfini « ça » est le plus répandu parmi les patients. Pour les patients dont la maladie est plus localisable, comme dans le cas d'un anévrisme, d'autres noms indéfinis sont utilisés : « un petit truc », « un machin ». La patiente qui utilisait ces mêmes noms, qui pourraient faire croire qu'elle voyait son petit anévrisme comme une entité, savait pourtant qu'il s'agissait d'une déformation. C'est pourquoi

nous considérons ces indéfinis comme un premier type d'image : ils permettent de séparer ce qui relève de la maladie, et ce qui relève de soi-même.

D'autres patients, plus rares, utilisent des métaphores pour parler de leur maladie. Par exemple, cette patiente du Centre Léon Bérard qui voyait son cancer du sein comme « une belle bête de huit centimètres et demi », et expliquait l'extension du cancer en disant qu'il s'agissait d'une « femelle qui fait des petits ». Ce recours à la métaphore reste rare.

Ces images sont moins des remèdes que des *pharmaka*. C'est-à-dire qu'elles ne sont des remèdes que pour autant qu'elles sont administrées selon une certaine dose, à un certain moment, par et pour un individu singulier, à la complexion singulière. Elles doivent être accompagnées de suffisamment de détails pour être effectives, sans être confuses ni illusoires, et doivent suffisamment prendre en compte l'affect de tristesse, pour ne pas être prises pour la réalité. Au moment même du passage de l'affect de tristesse, il est difficile de convoquer ces images, qui n'apparaissent que pour tirer l'individu malade de la spirale qui le suit. Ainsi, la mesure imaginaire et temporelle des images ne peut être prise que par un individu singulier, ce qui renforce leur dimension de *pharmakon*, et invite à considérer plus avant la situation de chaque individu, à partir de laquelle chacun met en œuvre sa propre pharmacie.

7 Un second type d'idée-imaginaire remède : les modèles imaginaires de la tristesse

Le second type d'imagination que nous avons dégagé sur un critère affectif s'apparente à un modèle, produit par l'imagination. Un modèle, parce qu'il s'agit d'une image de soi que l'individu affecté de tristesse produit, pour s'y projeter, et ainsi s'affecter de joie. Que cette joie relève d'une satisfaction de soi même, ou d'une perspective d'action, elle s'ancre dans la proposition suivante de Spinoza : « L'esprit, autant qu'il peut, s'efforce d'imaginer ce qui augmente ou aide la puissance d'agir du corps [30]. » En effet, que ce soit en « se contemplant lui-même, lui et sa puissance d'agir [31] », ou en tentant d'augmenter sa puissance d'agir par des projets, ces modèles imaginaires relèvent d'une polarisation de l'individu humain vers la joie de vivre.

Ces modèles sont les médiations d'un rapport à soi-même, médiations qui passent par des comparaisons avec les autres, et avec soi-même. Ainsi, ce sont des modèles imaginaires qui mettent en jeu des écarts, et des rapprochements, toujours en fonction de la polarisation de l'individu vers la joie.

8 Prendre les autres comme repoussoirs et modèles

À l'hôpital ou dans des associations, les patients rencontrent d'autres individus malades. Ainsi, ils produisent ce que nous appelons des modèles imaginaires, en se rapportant à ces autres patients, avec lesquels ils se démarquent ou s'identifient. Ce processus conduit à la joie, parce qu'ainsi, l'individu contemple sa puissance d'agir, et, partant, l'augmente, par satisfaction de soi-même.

30. EIIIP12, p. 225.
31. EIII, Définitions des affects, Définition 25, p. 317.

La première manière de faire naitre une satisfaction de soi-même est de se démarquer d'un autre. Le processus est celui d'une identification, qui, en produisant un affect d'humilité, met en œuvre un écart avec cette identification, qui devient dès lors une répulsion. La satisfaction de soi-même qui en naît est à l'inverse de l'humilité ressentie lors de l'identification. Un cas typique et saillant est celui du patient que nous avons déjà mentionné, au sujet de la honte dont il avait été affecté quand la surveillante lui avait brusquement enlevé le bonnet qui cachait les effets de la chimiothérapie à ses camarades. Ce jeune homme se trouvait au service de réanimation de la Croix-Rousse parce qu'il venait d'être greffé, à cause d'une maladie rare et chronique, qui dégradait continuellement l'état de ses reins et de son foie. Lui qui était soucieux de paraitre « normal », il racontait avoir croisé, un jour, dans un des nombreux hôpitaux où il était allé, un enfant « difforme » et « monstrueux » : « Petit, aveugle, avec une tête énorme. » D'après lui, cette rencontre l'a « rassuré » quant à sa propre situation.

La seconde manière est, au contraire de procéder à une identification qui permette de réduire l'écart entre l'individu et le modèle, tout en sachant qu'il ne peut pas être immédiatement aboli. Un cas typique nous est proposé par une patiente, qui « broyait du noir » à cause des doutes qu'elle avait sur l'efficacité de la greffe. Elle nous a parlé de sa rencontre avec des personnes pour lesquelles la greffe s'était avérée une réussite. Cette rencontre a représenté, pour elle, une invitation et un encouragement : « Je me sentais mieux », disait-elle. Elle n'était pas pour autant soumise à l'illusion que toutes les greffes se soldaient par des réussites : ainsi il ne s'agissait pas d'un espoir trompeur, toujours suivi de crainte, mais d'un modèle imaginaire qui lui était présenté comme une possibilité. Il suffisait à la patiente en question de se le rendre présent pour, déjà, s'affecter de joie, et, partant, réduire l'écart qui la séparait de ce modèle. Elle se décidait ainsi pour une greffe, qui, par ailleurs, lui était médicalement nécessaire.

9 Se prendre soi-même pour modèle

Les patients produisent également des modèles imaginaires en se comparant à eux-mêmes, ou plutôt à l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, dans le passé et dans le futur. Les projections temporelles sont ici scandées par l'affect de tristesse de la maladie : le présent, c'est l'épreuve de la maladie, le passé, c'est le temps d'avant avoir été affecté de tristesse, le futur, c'est le temps de la recomposition de soi, à partir de l'expérience de la maladie.

L'image de soi-même, avant avoir été affecté de tristesse, peut s'avérer être un modèle imaginaire, qui fait office de puissant moteur de guérison. Tout en sachant pertinemment qu'un retour en arrière est impossible, le patient auquel il est arrivé une maladie au cours de sa vie peut faire une comparaison avec son état passé, pour en tirer de la force. Or, dans un cadre spinoziste, la force est la mesure de la puissance d'agir de l'individu. Convoquer un modèle imaginaire revient à augmenter sa puissance d'agir, donc à s'affecter de joie.

Un cas typique, aux traits saillants, est celui de cette jeune femme, d'une trentaine d'années, dont les trois opérations cérébrales ont été suivies de troubles de la sensibilité et d'hémiplégie. Elle me disait que si elle s'était tant investie dans sa rééducation de kinésithérapie, c'était bien parce que l'idée de son corps, qu'elle gardait du passé, ne

correspondait pas à l'idée de son corps présent [32]. Et pourtant, quand elle retrouvait certains mouvements et certains gestes, il ne se produisait pas un simple retour en arrière, mais bien une augmentation de sa puissance d'agir, suivie d'une satisfaction de soi-même. Elle décrivait ainsi ce processus : « Avant, on pouvait le faire, on ne peut plus le faire d'un coup, et finalement, pouvoir le refaire. » Quand je lui demandais ce que cela représentait pour elle, elle n'y voyait pas un simple retour en arrière, mais bien une manifestation de sa puissance d'agir, renouvelée par un effort, lui-même déployé à partir de l'hémiplégie, qui l'affectait de tristesse.

L'image future de soi-même s'ancre également dans l'épreuve de la tristesse. Mais d'épreuve, elle est devenue expérience, en constituant l'identité de celui qui l'a vécue, et qui peut la revendiquer comme un capital de sagesse. Ce type de modèle imaginaire met en valeur l'affect de tristesse, et le convertit en joie, en manière d'augmenter sa puissance d'agir, et la satisfaction de soi-même.

Ce modèle imaginaire est particulièrement convoqué par les jeunes patients, qui cherchent à intégrer la maladie à leurs projets. Ainsi, le jeune homme, que nous avons déjà mentionné à plusieurs reprises, convoquait ses « problèmes de santé » pour légitimer son projet de carrière politique par le capital d'une certaine sagesse, parce qu'il « savait ce que c'était que de souffrir mentalement et physiquement ».

Le concept de *pharmakon* permet de souligner le risque, toujours présent, que ces idées imaginaires se rapportent moins à une théorie des affects vécus qu'à une théorie de la connaissance, et qu'ils prétendent connaître, alors qu'ils ne sont nécessaire que pour agir. Ainsi, les images et modèles imaginaires, que nous regroupons sous le terme d'idées imaginaires, sont, dans la mesure où ils ne versent pas dans l'illusion, et contribuent à augmenter la puissance d'agir de l'individu, des remèdes.

10 Retour à Spinoza

« L'esprit, autant qu'il peut, s'efforce d'imaginer ce qui augmente ou aide la puissance d'agir du corps [33]*. »*

« Quand l'esprit imagine ce qui diminue ou contrarie la puissance d'agir du corps, il s'efforce, autant qu'il peut, de se souvenir de choses qui en excluent l'existence [34]*. »*

Avec les types d'imagination que nous avons dégagés de l'enquête de terrain, les idées imaginaires, nous pouvons lire à nouveaux frais ces deux propositions de Spinoza. Le mécanisme de réfraction que nous avons mis en œuvre à l'interface de la théorie des affects de Spinoza et de l'enquête de terrain est dès lors suivi par un mécanisme de diffraction. Le fléchissement des concepts de Spinoza, leur permettant de mieux saisir la réalité du terrain, produit à son tour un élargissement du champ d'application de la théorie des affects. Ainsi, en réfractant ces deux propositions et les résultats, nous

32. Nous retrouvons ici l'orgueil, mais il s'avère être un affect de joie, comme Spinoza le stipule : « L'orgueil est une joie née de ce qu'un homme fait de soi plus d'état qu'il n'est juste. » (EIIIP26, p. 243.) En effet, pour cette patiente, l'orgueil n'entrave pas sa puissance d'agir en la confinant dans une confortable illusion, mais devient le moteur de sa rééducation, et de la manière dont elle s'affecte de joie. En ce sens, l'orgueil est également un *pharmakon*.

33. EIIIP12, p. 225.

34. EIIIP13, p. 225.

pouvons avancer, par une diffraction des textes de Spinoza, que c'est en produisant des idées imaginaires, à partir de la manière dont il a été affecté, à partir de son individualité, que l'esprit participe à la puissance d'agir du corps dont il est l'idée.

Les idées imaginaires sont bien des remèdes de l'imagination, mais non des remèdes imaginaires. Elles correspondent plutôt à la description de l'idée vraie que donne Spinoza dans le *Traité de la Réforme de l'entendement*. Comme il oppose l'idée fausse et l'idée vraie, nous pouvons opposer l'idée fausse et l'idée imaginaire. Tandis que l'idée fausse se forme sans impossibilité, ni nécessité, l'idée imaginaire, elle, est intrinsèquement nécessaire, sans nécessairement convenir avec l'objet dont elle est l'idée [35]. Comme pour les plans de constructions de la maison pensés par l'ouvrier, les idées imaginaires ne sont pas moins vraies si elles ne sont pas immédiatement réalisées. Elles se forment comme des concepts géométriques :

> Je forge arbitrairement une cause, à savoir qu'un demi-cercle tourne autour de son centre et que de cette rotation une sphère est pour ainsi dire engendrée [...]. Cette idée est assurément vraie, et bien que nous sachions que nulle sphère n'a jamais été engendrée ainsi dans la nature, cette perception est néanmoins vraie, et c'est le moyen le plus facile de former le concept de sphère [36].

De même, l'idée imaginaire provient d'une cause crée arbitrairement, qui n'est vraie que parce qu'elle est liée à son effet, comme les modèles que prennent les patients pour encourager leurs projets de vie, ou les images qu'ils rappellent pour échapper à la spirale de la tristesse. Elle ne coïncide pas immédiatement avec la réalité parce qu'elle est horizon normatif de réalisation. La formation de cette idée n'en est pas moins urgente, parce qu'elle est nécessaire au *conatus*, et ce, d'autant plus quand l'individu est affecté de tristesse, d'où le besoin qu'elle soit facile à former. C'est ainsi qu'une idée imaginaire nait de la tristesse pour affecter de joie celui qui la forme.

Or, si nous associons ainsi l'affect de tristesse et l'épreuve de la maladie, il est crucial de retrouver la joie. Les joies qui naissent de la tristesse sont les joies les plus urgentes, dans le sens que présente Spinoza, au seuil du *Traité de la Réforme de l'entendement*, et de son parcours philosophique :

> Je me voyais en effet dans un péril extrême et contraint de rechercher de toutes mes forces un remède, fût-il incertain, de même qu'un malade atteint d'une affection mortelle pressentant sa mort certaine si on ne lui applique pas un remède, est contraint de le rechercher de toutes ses forces, si incertain soit-il puisque, n'est-il pas vrai ? – tout son espoir repose en lui [37].

35. B. Spinoza, *Traité de la Réforme de l'entendement*, Paris, Flammarion, 2003, p. 95.
36. *Ibid.*, p. 113.
37. *Ibid.*, p. 69.

11 Un dernier tour

Ainsi, nous avons créé une médiation philosophique, par différentes opérations méthodologiques. D'abord, à partir du corpus spinoziste, nous avons cerné un problème, qui se posait à l'interface de ses textes et du terrain. Ce problème nous a amenés à circonscrire les situations observées, et à en abstraire des concepts, issus de la théorie des affects de Spinoza : ainsi s'est produit une réfraction de l'enquête de terrain par ce milieu spinoziste, tout à fait réfringent. Puis, à partir des résultats de terrain ainsi obtenus, nous sommes revenus sur les concepts spinozistes, afin de les nuancer, de les rectifier, et de les renforcer, c'est-à-dire de les réfracter, pour en faire de puissants instruments de compréhension de ce même terrain. Enfin, à partir du fléchissement des concepts spinozistes, s'est produit un mécanisme de diffraction du champ de la théorie des affects.

Cette diffraction concerne l'imagination chez Spinoza, que nous avons conçue comme un *pharmakon.* Or, *pharmakon* désigne, en grec ancien, non seulement le remède, qui peut s'avérer être un poison, selon son dosage, le moment où il est administré, et l'individu qui l'assimile, mais aussi le bouc émissaire rejeté hors de la cité pour la purifier, poison et remède à la fois. Il semble ainsi difficile de choisir et d'évaluer que réfracter et que diffracter des textes spinozistes. Cela serait l'objet d'un travail constant et d'une réflexion renouvelée.

Pour le travail présent, la réfraction de l'épreuve de la maladie, à l'interface de l'affect de tristesse, prend une portée sociale et institutionnelle. Puisqu'il s'agit par cette interface de prendre le point de vue des patients, les observations de terrain permettent de comprendre des comportements qui peuvent apparaître, au premier abord, contradictoires, ou qui sont simplement méconnus. Une telle approche permet de dissiper certains malentendus, entre patients et soignants, entre les personnes malades et leurs proches. Et notamment pour la question de la guérison, que les patients imaginent marquée par la sanction médicale, mais qui se poursuit dans la recomposition de soi par l'imaginaire.