

De la médecine narrative à la thérapie narrative

Julien Betbèze¹, Gérard Ostermann²

Disponible sur internet le :

1. Institut Milton Erickson, Nantes, France
2. Université Bordeaux 2, Bordeaux, France

Correspondance :

Gérard Ostermann, 139 rue Lecocq, 33000 Bordeaux, France.
gerard.ostermann@wanadoo.fr

Mots clés

Médecine narrative
Échange collaboratif
Accordage
Redevenir auteur

Keywords

Narrative medicine
Collaborative exchange
Accordage
Re-authoring

■ Résumé

La médecine narrative apporte un éclairage essentiel pour proposer des soins plus efficaces et plus humains. À travers le récit, la souffrance devient évidente. Sans le récit, la souffrance et le traitement peuvent être fragmentés. La compétence narrative donne aux médecins, non seulement les moyens de comprendre le patient, mais de nouveaux moyens de comprendre la maladie elle-même.

■ Summary

From narrative based medicine to narrative therapy

Narrative medicine provides essential insights to provide more effective and more humane care. Through the story telling, the suffering becomes evident. Without the story, the suffering and the treatment can be fragmented. Narrative competence empowers physicians not only with the means to understand the patient, but new ways of understanding the disease itself.

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours »
Ambroise Paré (1510-1590)

La médecine narrative, que signifie-t-elle ? Quels sont ses objectifs ?

La médecine narrative a vu le jour dans les années 1990 en Amérique du Nord. Elle se développe de plus en plus dans les pays Anglophones. Plus communément appelée « médecine

fondée sur le récit du patient », elle est pour le médecin un moyen d'accéder aux événements vécus par le patient en permettant à chaque individu, de raconter une histoire, son histoire. Le biais du récit permet d'amorcer une écoute attentive et de créer ainsi, au centre de l'acte médical, une relation de confiance, de qualité dont l'empathie devient alors indispensable et fondatrice de la démarche de soin.

La médecine narrative (MN) est une discipline née aux États-Unis dans les années 2000 sous l'impulsion de Rita Charon, médecin interniste et docteur en littérature. Elle a pour objectifs principaux d'améliorer la relation médecin-patient et d'aider les

professionnels de santé à être réflexifs sur leur pratique. Elle propose aux soignants des outils codifiés et concrets ; la lecture attentive permet de développer leur capacité d'écoute, et l'écriture réflexive ou créative leur permet de prendre conscience de leur vécu lors de la relation de soin. L'objectif du développement des compétences narratives est d'améliorer l'acte thérapeutique, en prenant en considération les aspects sociaux et personnels de la vie des patients.

Rita Charon nous propose une triade : pratique – attention, représentation – affiliation, afin de définir l'instauration de la relation entre soignant et soigné. Le soignant a alors un rôle actif lorsqu'il reçoit le récit de son patient. Il devient dépositaire de la parole. Médecin et patient participent pleinement à la construction d'un échange collaboratif. La médecine narrative ne réduit pas le malade à sa souffrance, à sa maladie, à son handicap. Elle nous rappelle dans chaque prise en charge, qu'au-delà de la science, elle peut être aussi un art puisqu'elle devient imaginative. Dans sa façon de prodiguer des soins, le médecin a la possibilité de créer, imaginer comme l'artiste devant sa toile ou l'écrivain devant sa page blanche. La subjectivité du soignant prend alors tout son sens.

Le médecin à la rencontre du malade

Pour Paul Ricœur, la réalité du temps est insaisissable, dérangeante, angoissante pour l'être humain et les récits ont le pouvoir de conférer un sens au temps grâce aux narrations, qui le mettent en forme. Le langage médical, scientifique, expert, crée parfois un sentiment d'incompréhension, de confusion qui cloisonne le malade dans un monde « parallèle ». Comprendre sa maladie, sa douleur est indissociable de l'expérience vécue, le médecin ne peut faire l'impasse sur l'impact que cela provoque pour le soigné. Poser des mots sur des maux, nommer la maladie, c'est donner du sens à la personne qui souffre, c'est donner de la valeur au récit et remettre ainsi le

patient au cœur de son histoire. La reconnaissance de l'histoire d'un patient passe par la reconnaissance de celui qui écoute. La médecine narrative offre une alternative à la rationalisation des soins. Elle amène à porter un regard humaniste et à réduire le fossé qui sépare le discours technique et scientifique du médecin, de la souffrance et la plainte du patient.

Rita Charon, dans l'ouvrage « *Narrative Medicine* » [1], formalise les grandes lignes de la médecine narrative et nous donne une description « d'une médecine exercée avec une compétence narrative permettant de reconnaître, d'absorber, d'interpréter les histoires de maladie, et d'être ému par elles ». Selon elle, ce qui manque à la médecine aujourd'hui en termes d'individualisation peut être apporté, en partie, par un entraînement narratif intensif.

Il s'agit pour les étudiants dans le cadre d'enseignements dirigés de s'entraîner à :

- écouter de façon collaborative la subjectivité du patient ;
- être attentif à son propre ressenti dans l'interaction avec celui-ci ;
- participer à des ateliers d'écriture pour apprendre à mettre en mots son ressenti, sa vocation médicale, etc ;
- savoir utiliser les questionnaires de satisfaction des patients, afin d'établir un lien entre savoir-faire et savoir-être.

Michèle Levy Soussan, responsable de l'unité mobile de soins palliatifs de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris (initiatrice d'un projet de séances de lectures de textes sur la mort et la maladie auprès du corps médical) explique « que la médecine narrative permet d'aller vers le malade, c'est une façon de lui donner plus de liberté et la possibilité de participer à sa propre thérapie. Cela engage une relation entre le soignant et le patient, mais aussi une relation du patient à lui-même, à sa propre maladie ».

Accompagner le patient au cœur de son récit, permet la construction de la relation. Le patient redevient acteur et auteur d'une vie morcelée, et le soignant a l'occasion de reprendre ce qu'il reçoit dans cette relation contre-transférentielle. Ce cheminement nous amène à porter notre regard sur le corps souffrant.

Sommes-nous capables de recevoir ces histoires de vie ?

Nous retrouvons cette interrogation à travers l'essai du neurochirurgien portugais João Lobo Antunes lorsqu'il demande une médecine censée « écouter avec d'autres yeux » [2] afin de réajuster le geste médical par « l'élévation du dialogue, par l'attention plus subtile du langage, jusqu'à l'écho le plus parfait de la voix par laquelle s'exprime la maladie ». L'expression du sentir prend alors le pas sur l'évènement vécu.

La dureté des histoires de vie, des deuils, des blessures, nous pose la question de la capacité à recevoir cela de la part de nos patients. Existe-t-il un seuil ? Être dépositaire de la parole de l'autre nous oblige à accepter d'apprendre, et parfois à être touché par les histoires de nos patients. Il s'agit non seulement

Les points essentiels

- Il s'agit de passer d'une maladie décrite dans le dossier médical (maladie qui rend souvent le sujet passif par rapport à sa maladie) à l'exploration et à la mise en mots des relations du sujet à la maladie, ce qui va le rendre plus actif vis-à-vis de la maladie et de ses relations.
- La médecine narrative et la thérapie narrative sont complémentaires : la thérapie narrative enrichit la médecine narrative en développant des histoires sur les ressources dont le sujet a besoin pour être plus actif et plus responsable.
- La thérapie narrative permet, lorsque la maladie a un effet traumatique, de mettre en place un processus collaboratif pour permettre au sujet de percevoir la dimension éthique des soins.

d'apprendre à exprimer son propre ressenti dans la relation de soins et à réfléchir sur cette expérience, mais également d'apprendre à mettre cette expérience en mots et en histoire, pour développer les capacités d'empathie. La mise en mots par le soignant augmente sa capacité à se connecter à sa créativité affective. Le patient a besoin de savoir que nous comprenons ce qu'il endure et ce dont il a besoin.

C'est à travers ce travail que nous allons peu à peu accompagner l'individu à supporter l'inconfort des souffrances et de sa situation pour le guider à écrire et vivre une autre fin à son histoire. L'écriture peut aider à débloquent ce que le patient ne peut dire, il est donc nécessaire dans un premier temps de raconter et dans un second temps d'écrire.

Médecine narrative et pratique narrative : quel pont ?

Les racines de la médecine narrative proviennent de la philosophie existentielle. Elles sont en lien avec le courant phénoménologique marqué par l'œuvre de Edmund Husserl, pour qui « ce qui est premier n'est pas la subjectivité d'une conscience individuelle réduite au cogito, excluant l'alter ego, mais l'intersubjectivité » [3], c'est-à-dire la relation entre des consciences incarnées. Pour Husserl, l'empathie, avec sa dimension d'écoute, constitue le fondement de l'intersubjectivité et l'accès à la connaissance de l'autre par la perception de ses affects. Paul Ricœur [4] relie la continuité de la conscience de soi à la mémoire des expériences vécues, formant ainsi, à travers les récits racontés, l'identité du sujet comme identité narrative.

L'identité de chaque individu ne dépend pas d'une structure existentielle figée, elle est en mouvance. Le danger pour n'importe quel soignant est celui de la routine qui fait oublier la dimension humaine, relationnelle. Les questions existentielles, voire universelles, que sont la mort, la maladie, la vie, nous projettent dans bien des incertitudes. La médecine narrative basée sur les narrations et les preuves offre deux dimensions : la dimension technique, et la dimension qui donne du sens. Notre rôle est d'unifier les deux afin de ne pas s'enfermer dans une vision froide, dépersonnalisée du malade.

La médecine narrative ne dissocie pas le SOI du corps car la maladie englobe les deux. L'histoire de la maladie devient une rencontre intersubjective qui lie et relie médecin et soigné au cœur de l'existence. Pour Paul Valéry, la voix humaine fut très longtemps la base et la condition de la littérature ; lorsqu'un enfant est malade, sa mère lui raconte une histoire ou lui chante une chanson pour apaiser sa douleur.

Le parallèle avec la thérapie narrative

« La question est de mettre au service des patients ses connaissances scientifiques indispensables, en se connectant à leur soi, à leur vécu en apprenant d'eux en reconnaissant ses incertitudes, et ses capacités ». L'itinéraire de la maladie est jalonné de récits partagés.

Apport de la thérapie narrative à la médecine narrative

Dans toute pathologie chronique, nous pouvons observer des facteurs d'exclusion d'autant plus importants que la médecine est réduite à des informations techniques. Les patients se sentent mal compris, non seulement par les médecins, mais aussi par leur entourage, considérant souvent que seuls ceux qui vivent la même pathologie peuvent les comprendre et être en relation avec eux. Cette exclusion fait le lit des troubles thymiques qui vont réduire la capacité des sujets à faire face aux difficultés qu'ils rencontrent. Il est donc très important que les médecins comme l'entourage se positionnent de manière à ce que le patient, porteur de l'histoire de la maladie, puisse se sentir en lien avec ses proches et ceux qui le soignent.

La médecine narrative, en retrouvant le chemin de l'empathie et en mettant la pathologie en histoire, permet de prendre en compte la dimension de la subjectivité et donc de faire émerger un sens possible à l'expérience douloureuse. Toute approche capable de déconstruire le pouvoir des histoires pathologiques dominantes va renforcer la dimension subjective et permettre au sujet de rester connecté à ce qui fait sens pour lui. Ces approches peuvent se situer au sein même de la médecine narrative en intégrant les contextes culturels favorisant la pathologie, comme le diabète dans les tribus apaches aux États-Unis, ainsi que le rappelle Lewis Mehl-Madrona [5]. Au XIX^e siècle, aucun Apache n'était obèse, aucun n'avait de diabète. Les gens étaient en bonne santé et leur vie avait un sens. L'alimentation trop sucrée leur était inconnue. Aujourd'hui, les Apaches sont sur le point de rattraper les Pimas, en termes de prévalence du diabète. Qu'est-ce qui a changé pour ces peuples ? Tous deux ont été arrachés à leur sol pour être mis sur des parcelles de terres inutilisables. Ainsi, pour que l'histoire de cette pathologie diabétique ait du sens, elle doit prendre en compte l'identité relationnelle et sociale des sujets.

Et c'est en intégrant cette dimension relationnelle et sociale, que Michaël White [6] a développé la thérapie narrative qui a pour but de déconstruire la définition identitaire des pathologies, cette vision identitaire empêchant les sujets d'accueillir leur propre ressenti corporel et les enfermant dans des ruminations sans fin. Ce thérapeute australien a développé de nouvelles manières de questionner les sujets pour qu'ils se réconcilient avec leur corps et se sentent à nouveau en relation avec les autres, et donc avec eux-mêmes.

Dans cette approche, la position du médecin ou du psychologue est à la fois décentrée pour permettre au sujet de construire sa propre histoire, et en même temps influente grâce au développement de questions centrées sur la dimension intentionnelle.

Comme nous l'avons vu, un des effets de la maladie est de s'attaquer aux relations et d'isoler le sujet dans sa pathologie. Pour cette approche, le sujet est le sujet, la maladie est la

maladie, la maladie n'est pas le sujet, et c'est l'utilisation d'un questionnement externalisant qui va déconstruire la croyance identitaire de la pathologie. Le sujet n'est pas pathologique, il est en relation avec une pathologie et il est aussi potentiellement en relation avec des histoires dans lesquelles existent des exceptions, des moments vivants. Il peut ainsi avoir accès à ses propres ressources et à ses capacités jusqu'alors cachées par la maladie. C'est la mise en histoire de ses ressources et de ses capacités qui va permettre au sujet d'accueillir ses émotions, au lieu de chercher à les mettre à distance, et de s'épuiser à les repousser sans fin.

En effet, les émotions pénibles qui accompagnent les processus pathologiques, ne peuvent prendre sens que dans des histoires où les relations humaines sont en place. Et c'est lorsque ces différentes émotions apparaissent, en particulier lors de la présence d'événements inhabituels, ou imprévisibles, que le désir d'histoire émerge pour intégrer cette information dans la vie relationnelle. D'où l'importance pour le soignant d'être en capacité d'accueillir ces émotions afin de provoquer chez le sujet une expérience de réassociation dans laquelle il est à nouveau en capacité d'accueillir ses ressentis sensoriels.

Le développement de cette capacité d'accueil des ressentis corporels est favorisé non seulement par l'empathie, mais aussi par la manière dont le thérapeute se positionne dans la relation. Il ne s'agit pas de poser simplement des questions de nature cognitive, qui vont donner des informations objectives, mais de faire émerger des questions à partir de la relation. Ainsi, lorsque le thérapeute pose une question sur un échec que vit le patient, il doit lui-même se connecter aux effets de l'échec dans sa propre vie, afin que la réponse à la question puisse enrichir les deux membres de la relation. Cette façon de questionner impliquant la prise en compte de la résonance affective ouvre un accordage à partir duquel le sujet souffrant va pouvoir redevenir auteur de sa vie.

Le travail sur l'intentionnalité et les valeurs préférées du sujet est un autre aspect de cette approche thérapeutique [7], il permet de développer des histoires en lien avec les valeurs blessées dont les émotions sont les témoins. Par exemple, si le patient est envahi de tristesse lorsqu'il ne se sent pas écouté, développer un questionnement amenant le sujet à décrire des expériences dans lesquelles il s'est senti écouté, est la condition à partir de laquelle il va pouvoir accueillir et dissoudre ses ressentis sensoriels de tristesse.

Il nous semble qu'apprendre cette manière de questionner ne peut que renforcer les effets éthiques et pragmatiques de la médecine narrative.

Comme nous l'enseigne Jérôme Bruner [8], les histoires que les gens racontent, ou que les autres racontent à leur sujet, s'enracinent dans leur vie relationnelle et structurent la perception de leur relation avec la maladie. Si les histoires mettent en scène des relations vivantes, les sujets restent capables de se situer de façon active dans la relation avec leur maladie. À l'inverse, dans

les histoires où les relations ne sont pas en place, le sujet est pris dans une plainte répétitive, où l'histoire devient pauvre en moments vivants. Dans cette histoire rétrécie, l'autre est décrit comme potentiellement maltraitant ou rejetant, et le sujet se décrit comme impuissant, prisonnier d'une vision identitaire et réductrice de sa pathologie.

Les questions de thérapie narrative déconstruisent les effets identitaires de la pathologie en externalisant celle-ci, comme si elle était un personnage maléfique empêchant de percevoir les qualités et les ressources du sujet. Ce questionnement réactive les histoires de vie oubliées, jusqu'alors recouvertes par l'histoire dominante pathologique. En reliant les qualités du sujet à ses intentions éthiques, le questionnement thérapeutique fait émerger des histoires alternatives dans lesquelles le langage donne forme à la vie.

Exemple de questionnement autour de l'histoire d'une qualité :

- Être attentif à l'autre, savoir écouter, être patient ;
- Pouvez-vous me parler du moment où vous vous êtes rendu compte qu'être attentif à l'autre avait du sens pour vous ? ;
- Qui l'a remarqué ? Décrire ce(s) personne(s) après avoir demandé la permission de poser des questions sur ce(s) personne(s) ? ;
- Quelle histoire ont-ils racontée qui illustre cette qualité (d'être attentif à l'autre) :
 - Pouvez-vous me parler d'une qualité qui vous aide à faire face dans la situation que vous traversez ?,
 - Vous rappelez-vous le moment où l'histoire de cette qualité a commencé dans votre vie ?,
 - Quelles personnes ont contribué à ce que cette histoire prenne cette forme ?,
 - Pouvez-vous m'en dire plus sur eux et sur la relation qui vous unit ?,
 - Qu'est-ce que les autres ont vu en vous qui leur a donné envie d'enrichir l'histoire autour de cette qualité ?,
 - Qu'est-ce que cela vous a appris sur vous-même de percevoir que les autres parlaient de cette qualité ?,
 - Quelle était votre intention quand vous avez développé cette qualité ?,
 - Diriez-vous que l'histoire de cette qualité correspond toujours à l'image que vous vous faites de vous-même ?,
 - Si l'histoire de cette qualité a évolué dans le temps, comment avez-vous contribué à la faire évoluer ?,
 - Dans le contexte actuel, est-ce que cette histoire a une signification particulière pour vous ?,
 - Qui ne serait pas surpris que cette signification soit si importante pour vous aujourd'hui ?,
 - Avez-vous une idée de l'orientation que vous souhaiteriez voir prendre à cette histoire ?

La médecine narrative et la thérapie narrative ont des origines et des parcours différents, cependant ces deux approches partagent des préoccupations communes relatives à l'humanisation des liens thérapeutiques.

Il nous semble que la prise en compte de la force du questionnement narratif développé par Michaël White renforce la capacité du sujet à construire des histoires dans lesquelles il fait l'expérience de la liberté au sein de la relation [9], condition de prises d'initiative riches de sens.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Charon R. Narrative Medicine—Honoring the Stories of illness. New York, NY: Oxford University Press; 2006.
- [2] Antunes JL. Ouvrir com outros olhos, Lisboa. Portugal: Gradiva; 2015.
- [3] Goupy F, Le Jeune C. La médecine narrative, une révolution pédagogique?. Paris: Med-Line; 201739.
- [4] Ricoeur P. Temps et Récit. Collection Points Essais. Paris: Seuil; 1991.
- [5] Mehl-Madrone L. La médecine narrative - Raconte-moi la guérison. Paris: Guy Trédaniel; 2008282.
- [6] White M. Cartes des pratiques narratives. Traduction par Isabelle Laplante et Nicolas De Beer. Collection Le Germe. Bruxelles: Satas; 2009.
- [7] Betbèze J. Thérapie narrative., In: Doutrugne L, Cottencin O, Betbèze J, editors. 4e édition, Thérapies brèves plurielles: Principes et outils pratiques, Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2019p. 217–44.
- [8] Bruner J. Acts of meaning. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1990 [... car la culture donne forme à l'esprit - de la révolution cognitive à la psychologie culturelle. Traduction française de Yves Borin. Collection Psychologie, Paris: Eshel;].
- [9] Betbèze J. Autonomie relationnelle. Hypnose & Thérapies Brèves 2017;11:50–61.