



HAL
open science

Apport de la médecine narrative à la relation thérapeutique dans le cadre de la formation en orthophonie

Marine Feder

► **To cite this version:**

Marine Feder. Apport de la médecine narrative à la relation thérapeutique dans le cadre de la formation en orthophonie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02945473

HAL Id: dumas-02945473

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02945473>

Submitted on 22 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MÉMOIRE présenté pour l'obtention du
**CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE
ET DU GRADE DE MASTER 2 D'ORTHOPHONIE**

Présenté et soutenu le 11 juin 202à par

Marine Feder

Né(e) le

03/08/1989

**APPORT DE LA MEDECINE NARRATIVE A LA
RELATION THERAPEUTIQUE DANS LE CADRE DE
LA FORMATION EN ORTHOPHONIE**

Directeur de Mémoire : GAERTNER Julien, historien

Co-directeur(s) de Mémoire : BOISSIER Cécile, orthophoniste

Nice

2019

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Julien Gaertner, le directeur de ce mémoire qui a pu ouvrir mon regard à l'histoire de la narration, ses origines et son inscription au cœur de plusieurs domaines théoriques divers.

J'aimerais dans un second temps remercier Cécile Boissier, co-directrice de ce mémoire, qui m'a permis de cibler mes intentions théoriques et qui a été contrainte de s'adapter à mes absences et à mon caractère intermittent. Elle est cependant toujours restée compréhensive et bienveillante.

J'aimerais remercier mes proches pour leur soutien indéfectible en toutes circonstances.

Enfin, j'aimerais remercier très chaleureusement mes camarades de classe qui m'ont aidé à atténuer mes étourderies et qui se sont toujours montrés tolérants et d'un grand soutien. Je pense ici tout particulièrement à quatre amies qu'il serait indécent de négliger tant elles m'ont permis de grandir, et ce au cœur des études comme au-delà. Merci.

Résumé

George Canguilhem établit que la maladie est l'avènement d'une catastrophe intime. Dans les années 90, la médecine narrative s'appuie sur ce constat afin de rendre compte du bouleversement personnel qu'incarne l'affliction pour le patient. Peu enseignée, elle reste alternative bien qu'approuvée.

L'orthophonie se présente comme une discipline s'appuyant sur des compétences cliniques étendues. Elle apparaît de fait comme un terrain d'enseignement de disciplines thérapeutiques prospère. Il s'agira ainsi de vérifier l'intérêt de l'enseignement de la médecine narrative au sein de la formation en orthophonie.

Le 10 mars 2020, une présentation introductive à la médecine narrative a été effectuée auprès des étudiantes en quatrième année d'orthophonie de l'école de Nice. A l'issue de cet exposé, un questionnaire leur a été délivré. Les vingt-six étudiantes y ont répondu et les résultats démontrent leur intérêt pour la relation thérapeutique ainsi qu'un certain attrait pour la médecine narrative. Bien que certains outils leur semblent peu pertinents, la majorité des étudiantes de l'étude soulignent l'intérêt d'un emprunt théorique à la médecine narrative au cœur de leur pratique future.

Abstract

Canguilhem establishes that an illness corresponds to the emergence of an intimate catastrophe. During the nineties, narrative medicine took this saying into account in order to analyse the personal turmoil that embodies a disease. Rarely taught, narrative medicine remains an alternative discipline though proved efficient.

SLT's a domain which draws on clinical abilities as well as good therapeutic alliance. It appears thus as a perfect field for teaching therapeutic theories. The aim of this study will be to show the benefit of a course in narrative medicine in the SLT's education.

On March 10, an introductory presentation of narrative medicine was led for fourth year Nice SLT's students. At the end of the presentation a questionnaire was delivered. The twenty-six students filled it and results show a certain interest for therapeutic relation and an appeal towards narrative medicine amongst SLT's students. Eventhough some narrative medicine tools did not seem relevant, the majority of students said they will use narrative medicine precepts in the future.

Key words : narrative medicine, speech and language therapy, therapeutic relation, empathy

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	5
1.1 <i>La médecine narrative</i>	6
1.1.1 Définitions.....	6
1.1.2 Expansion.....	8
1.1.3 Outils théoriques: l'écoute attentive, le close reading, l'expressive writing.....	10
1.2 <i>La relation thérapeutique</i>	12
1.2.1 Définitions.....	12
1.2.2 Les différents outils thérapeutiques: le savoir.....	14
1.2.3 Les différents outils thérapeutiques: le faire	15
1.3 <i>L'éducation thérapeutique</i>	16
1.3.1. L'ETP, une sensibilisation.....	16
1.3.2 Axes communs à la médecine narrative	17
1.3.3 Différences notables entre ETP et MN	18
1.4 CONCLUSION.....	19
2. INTRODUCTION.....	19
2.1 Méthodologie.....	19
2.1.1 Objectifs.....	19
2.1.2 Matériel.....	20
2.1.3 Population.....	27
2.2. Résultats.....	28
2.2.1 Analyse des résultats	30
2.3 Discussion.....	32
2.3.1 Limites et perspectives.....	37
2.4 Conclusion	38
BIBLIOGRAPHIE.....	40

Partie théorique

1. INTRODUCTION

La formation en orthophonie offre un canevas riche de cours qui vont des enseignements linguistiques et sociologiques à des enseignements plus médicaux et pratiques tels que l'ORL ou la neurologie. Elle permet aux étudiant(e)s, notamment grâce à la diversité des matières proposées, de se construire un bagage théorique cohérent qui permettra de mettre en œuvre des rééducations pertinentes et qui pourront être soutenues et argumentées. Cependant, une donnée reste imprévisible, il s'agit de la relation que l'orthophoniste va tisser avec son patient.

Le caractère peu abordable de cette donnée est notamment dû à l'aspect versatile d'une telle relation, celle-ci se construisant sur le vécu des deux acteurs (patient et soignant). Comme l'explique précisément l'ethno-psychiatre Tobie Nathan, personne n'est «quiconque» et nous revêtons tous un caractère personnel et singulier qui constitue l'essence de nos récits nocturnes et diurnes tout comme le socle de nos rapports sociaux.

L'orthophonie touche tout particulièrement à cet aspect, la rééducation s'appuyant en majeure partie sur le dialogue ainsi que la communication et apparaît sous-tendue par une connaissance de la psychologie et des mécanismes langagiers. Les orthophonistes ont de fait toujours entretenu une relation thérapeutique serrée avec leurs patients et n'ont pas cessé de la questionner par le biais de groupes de supervisions, de groupes de parole ou de blogs accessibles en ligne.

Cette profession apparaît de fait très sensibilisée au relationnel et dispose de nombreux outils permettant d'approfondir cette relation, de la clarifier ou de la faire évoluer.

La médecine narrative, à l'inverse, s'est construite autour d'un déséquilibre qui subsistait dans la relation patient/soignant au cœur des cabinets de médecin ou au sein de l'hôpital.

Bien que brossant des thématiques propres à la relation duelle qui sont constitutives du positionnement orthophonique, elle amène des outils neufs qui permettront d'aborder d'autres champs théoriques, s'axant tout particulièrement autour de la narration et du pouvoir du storytelling.

Ce mémoire a ainsi pour objectif de mettre en place un cours d'introduction à la médecine narrative en se focalisant tout particulièrement sur trois outils (écoute attentive, close reading, expressive writing) et sur l'intérêt d'un bagage culturel personnel. Cette introduction sera destinée aux étudiants de 4^{ème} année en orthophonie. A l'issue de cette présentation, les impressions des étudiant(e)s seront

recueillies à l'aide d'un questionnaire. Leurs réponses permettront de justifier ou d'infirmer l'intérêt d'un tel cours au sein de la formation en orthophonie.

Cette partie théorique se construit en trois sous-parties.

La première a pour but de présenter la médecine narrative, son expansion, ainsi que l'élaboration de trois outils théoriques ciblés : écoute attentive, close reading et expressive writing.

La seconde partie s'attache à décrire la relation thérapeutique telle qu'elle a été pensée jusqu'à ce jour puis à lister une série d'outils thérapeutiques employés en orthophonie. Ces outils sont soit des savoirs théoriques, soit des techniques qui ont attiré au langage du corps voire à l'ouverture de l'affect et de l'émotionnel.

En dernier lieu, l'éducation thérapeutique sera abordée, celle-ci faisant également l'objet de cours en orthophonie. On s'intéressera ainsi à démêler les points communs et les différences significatives qui subsistent entre la médecine narrative et l'éducation thérapeutique.

1.1 La médecine narrative

1.1.1 Définitions

Préambule:

Cette partie descriptive a pour fonction de justifier l'émergence d'une telle discipline, elle s'inscrit en revanche dans un contexte singulier (les années 90 aux Etats-Unis) qui a évolué à ce jour. Les droits du patient sont aujourd'hui soutenus par des lois et le rapport patriarcal qui s'inscrivait entre soignant et patient s'est amoindri notamment par le biais d'une démocratisation et d'une libre circulation d'informations relatives au soin et à la médecine.

La médecine narrative s'est développée dans les années 90 autour d'une figure de proue américaine, Rita Charon. Cette discipline s'inscrit dans un contexte singulier car elle se construit rapidement comme une alternative à la médecine s'appuyant sur les preuves, l'evidence-based practise.

Bien que puisant son origine dans les années 90 aux Etats-Unis, les soubassements de cette discipline voient le jour en Angleterre au coeur des années 80 autour du concept d'enquête narrative. John Polkinghorne est l'un des pionniers en la matière. Ce physicien et théologien britannique défend le principe d'enquête narrative qui va permettre l'émergence d'un intérêt tout particulier apporté au discours. L'enquête narrative va permettre d'agir sur trois aspects :

- avoir une vision hollistique d'un phénomène

- comprendre le contexte d'apparition d'un événement
- comprendre plus en profondeur la construction des comportements humains

Pour Polkinghorne, s'attacher au discours permet de créer des liens entre les actions humaines et les événements qui sous-tendent, déclenchent ou étouffent ses actions. Cet attachement au discours va apparaître comme un pré-requis essentiel à la relation thérapeutique pour Rita Charon qui va quelques années plus tard prôner le basculement du discours du thérapeute à celui du patient (Charon, 2002).

La médecine narrative va ainsi se focaliser sur le récit et tenter de niveler le rapport hiérarchique qui est inscrit entre personne bien portante et personne malade. Elle incite également à la prise en compte du discours des co-praticiens ou des thérapeutes interagissant avec le patient: infirmiers, kinés, médecins, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, ...etc.

En s'appuyant sur les principes établis par Polkinhorne et repris par Charon, la narration va permettre de contextualiser l'événement, en somme dans le cadre thérapeutique, l'avènement de la maladie. La médecine narrative va également s'attacher à détricoter la tension particulier/général qui subsiste comme un nœud de discordance entre le patient et le soignant (Charon, 2002).

Pour le médecin, la maladie est une entité qui évolue hors du champ du singulier, du nominatif, il s'agit d'un fait général qui peut se manifester chez plusieurs personnes. A l'inverse, le patient perçoit sa maladie comme particulière et peut lui reconnaître des origines privées, intimes, il pourra par exemple corréler l'apparition d'un cancer à une croyance ancestrale, une malédiction familiale ou un signe malchanceux du destin.

Afin de prendre en compte le discours du patient bien qu'il puisse apparaître fantasque, la médecine narrative s'articule autour de 5 procédés narratifs qui constituent le ciment de la théorie (Charon, 2006) :

- La temporalité : elle permettra de rendre visible les périodes de vie du patient et de structurer son évolution. Elle a pour but de répondre, partiellement, aux questions: «d'où je viens?» et «Ou vais-je?»
- La singularité : le praticien doit s'exercer à percevoir le singulier, l'incommensurable, le non reproductible au sein du discours du patient. La pathologie peut être similaire mais tout acte de narration est unique.
- La causalité et la contingence : le patient émet des hypothèses quant aux liens possibles entre les événements de son existence.

- L'intersubjectivité : il existe au coeur de chacun plusieurs «moi»: celui qui sait, celui qui agit et celui qui observe. Il arrive que ces trois discours se recoupent mais il arrive également que ces discours rendent compte de véritables scissions factuelles.
- L'éthique : le patient n'est pas une figure littéraire, il existe au-delà de ses mots.

1.1.2 Expansion

Depuis sa création, la médecine narrative s'est nourrie de nouvelles mouvances et a exercé ses postulats au coeur d'établissements hospitaliers divers ainsi qu'au sein de pratiques libérales. Elle s'est étendue à des professions paramédicales, les infirmiers au premier plan et a pris des couleurs internationales, s'implantant en Allemagne, en Italie et en France.

La plupart des ouvrages de médecine narrative actuels font des ponts avec l'enseignement de la médecine ou des aspects plus syntaxiques, narratifs qui touchent à la construction de l'histoire du patient. Certains plongent plus avant dans l'anthropologie, les thérapies familiales ou de groupe voir dans l'ésotérisme.

Un article établit les 3 champs d'action de la médecine narrative que sont l'*aspect narratif qui permet la relation patient-thérapeute*, la *narration en tant que preuve* et la *classification des formes narratives* (Matthissen, Kalitzkus, 2009).

En relation avec ses trois champs, la médecine narrative va permettre l'émergence de nouvelles théories et disciplines.

L'aspect narratif qui permet la relation patient-thérapeute :

Le premier champ de la médecine narrative s'appuie sur la compréhension des rouages de la relation patient-thérapeute. On s'appuiera pour cela sur des éléments méta-narratifs qui ont attiré à la philosophie, à la psychologie voire à la sociologie. En ce sens la lecture d'ouvrages de référence permettra aux praticiens de mieux saisir la relation qui se tisse entre eux et le malade et comment cette relation a évolué. La médecine narrative incite ainsi le praticien à se cultiver sur des sujets divers et variés ainsi qu'à créer des ponts entre les pratiques artistiques et le soin/la rééducation.

Dans *At the membranes of care: stories in narrative medicine* (Charon, 2012) Rita Charon explique que de bien comprendre la structure narrative permettra au praticien de mieux écouter, d'accroître sa «banque d'histoire» et par extension de délivrer des informations ciblées au patient qui lui permettront d'appivoiser son affliction. La capacité à délivrer des histoires adaptées au patient permettra également de lui faire comprendre qu'on le comprend et ainsi à mettre en place un climat de confiance et de bienveillance.

La littérature tient une place de choix en terme de bagage culturel personnel car elle va permettre de pratiquer le *close reading*, une analyse approfondie d'ouvrages littéraires permettant d'accroître les capacités d'écoute.

En tant qu'orthophoniste, l'écoute attentive est un pré-requis essentiel car elle apparaît comme quasi-intrinsèque à la profession. La médecine narrative va ainsi permettre de la développer et de l'affiner par le biais d'activités de lecture. Le thérapeute se devra de cibler justement la construction du schéma narratif afin de reconstruire le discours du patient qui peut nous être présenté sommairement ou dans un ordre personnel qui ne suit pas de cheminement logique. Comprendre l'histoire et de quelle manière elle s'organise va nous permettre de mieux comprendre l'histoire du patient et par extension l'histoire de sa maladie.

La narration peut également se présenter de trois manières différentes : la narration contingente , la narration morale et la narration du corps. La narration contingente donne des éléments liés à l'apparition de la maladie alors que la narration morale s'appuie sur la représentation de la maladie véhiculée par la société et explore les retentissements que celle-ci peut avoir sur le statut du patient. Enfin, la narration du corps s'appuiera sur les ressentis corporels du patient et sur les métamorphoses auxquels il est soumis (Bury, 2001). Cibler la narration en cours permettra de construire un tableau complet de la pathologie ainsi que de mettre en lumière ses extensions consécutives (sur le corps et sur les relations sociales).

La narration en tant que preuve :

Viktor Von Weizsacker va s'inspirer du second champ pour construire une médecine psychosomatique pour laquelle le ressenti du patient est considéré comme une ressource dynamique et non comme une affliction passive. L'important dans la douleur se cristallisant autour de ce qu'elle soulève et non dans un constat anatomique. Cette idée avait initialement été soulevée par David Morris au coeur de son ouvrage *The culture of pain*.

En effet, l'origine de la douleur n'est pas une résultante du symptôme mais un élément mis en lumière par la plainte. En d'autres termes, la pathologie va contraindre à partir du moment où elle entrave la vie de son porteur.

Cet aspect apparaît comme prévalant au coeur de la relation orthophonique, le recueil d'informations initiales, autrement dit l'anamnèse, permettant de cibler la plainte du patient et de concentrer sa rééducation sur la demande exprimée par celui-ci. Pour l'orthophoniste, la narration est une preuve car elle permet de mettre en lumière les requêtes du patient ainsi que de rendre compte de son expression, de sa façon de mobiliser le langage, de le faire sien ou au contraire d'être contraint par son indisponibilité.

Classification des formes narratives

En relation serrée avec le troisième champ d'action, quatre genres narratifs distincts vont être établis: La narration orale du patient, la narration écrite du patient, la narration orale du thérapeute et la narration écrite du thérapeute (Matthissen, Kalitzkus, 2009).

La narration du patient en premier lieu va lui permettre d'objectiver ses ressentis mais également d'initier des processus de compensation. Il s'agit de la matière première avec laquelle l'orthophoniste travaille.

Le second genre, toujours axé sur le patient, se construit autour de l'écriture ainsi que de sa valeur cathartique. La mise en place d'un journal de bord par le patient peut en ce sens amener à une vision diverse de l'affliction et d'enrichir un feedback positif.

Les deux autres genres se tournent à présent du côté du thérapeute. Celui-ci va construire une narration singulière en direction du patient en l'agrémentant d'histoires similaires à son expérience. L'objectif ici est de confronter le patient à une réalité qui peut lui sembler insurmontable mais qui est le lot quotidien de nombreux individus. Il conviendra cependant de choisir savamment les histoires à mettre en parallèle avec celle du patient pour qu'il ne se sente pas dévalué ou incompris. Ces réflexions autour du discours employé ou du dialogue engagé avec le patient sont régulièrement le sujet de groupes de paroles en orthophonie ou peuvent être exposées sur des groupes de discussion créés sur les réseaux sociaux.

En dernier lieu, et de manière symétrique à la narration axée sur le patient, la médecine narrative encourage la tenue d'un journal par le thérapeute. La narration écrite du thérapeute va lui permettre d'avoir une vision réflexive du travail mis en œuvre ainsi que de se positionner quant à sa pratique et ses choix.

Les présentations effectuées ci-dessous nous permettent de cibler trois outils principaux employés au cœur de la médecine narrative: l'écoute attentive, sous-tendue par le *close reading* et l'expressive writing ou *emotional disclosure paradigm*.

1.1.3 Outils théoriques: l'écoute attentive, le *close reading* et l'expressive writing.

La médecine narrative induit une posture thérapeutique claire qui ne consiste plus uniquement à écouter mais bien à être à l'écoute et à se positionner comme tel (Charon, 2008). Cette écoute attentive ne se limite pas uniquement à la relation patient-thérapeute mais s'articule entre tous les thérapeutes, l'idée étant de prendre en considération les avis de tous les personnels gravitant autour des patients ainsi que ceux de son entourage proche. L'écoute attentive ne sous-entend pas une soumission aux

idéaux et intuitions de chacun mais elle défend l'idée d'une mise en commun, d'une construction commune et induit de ce fait de s'établir dans une visée collaborative et équitable.

L'attention reste pour Rita Charon la première mission du thérapeute et celle-ci se manifeste de différentes manières (gestes, regard, discours ..etc). La mise en place d'un discours efficace et adapté apparaît comme un pré-requis principal. L'organisation d'un tel discours n'apparaît cependant pas toujours comme une évidence. Pour appuyer l'importance d'une telle posture, l'article *Why study narrative* explique que dans la rencontre diagnostique, la narration peut aider à expliquer l'apparition du trouble, encourage l'empathie, permet la construction de sens et peut donner d'importantes pistes analytiques. En extension, dans l'éducation des patients et des professionnels, la narration est un vecteur dont on se rappelle, qui s'inscrit dans l'expérience et qui encourage la réflexion (Greenlaugh, Hurwitz, 1999). Un projet né à la fin des années 90, a permis de mettre en commun sur la toile les narrations de différents patients autour du monde. Le projet DIPEX (Database of individual patient experiences) va permettre de donner un recours aux patients isolés ainsi que de donner accès à une base de données pour les thérapeutes (Ziebland, Lavie-Ayaji, Lucius-Hoene, 2015).

Afin d'appuyer l'écoute attentive, une triade d'articles publiés récemment par Zaharias va délivrer un matériel linguistique concret pour permettre la bonne tenue de la narration. Il explicite les stratégies de narration, les bénéfices de celles-ci et donne des exemples de questions permettant l'exploration, la plupart s'articulant autour de questions ouvertes. Pour être un praticien efficace en terme de médecine narrative, Launer, un médecin adepte de cette pratique explique l'importance de suivre les 7 règles C. (conversation, curiosité, contexte, complexité, challenge, prudence (caution) et intérêt et soin (care)) (Zaharias, 2018).

Pour Rita Charon l'écoute attentive est permise à travers l'étude serrée de textes littéraires, il s'agit du close reading. Cette étude de textes va permettre d'affiner le sens clinique en étant plus à même de traduire le ressenti du patient ainsi que de cibler ses propres actes et leur pourquoi. Pour Charon ce que fait le lecteur/soignant d'une histoire tient à sa capacité à absorber l'histoire, ses compétences interprétatives, ses tendances personnelles et le nombre d'histoires que le praticien a en sa possession afin d'aligner une histoire à une autre. Sa tâche préliminaire sera d'identifier l'histoire du narrateur (Charon, 2006).

En parallèle de Charon, James Phelan explicite que la lecture implique de désirer, juger, faire émotion et actions, ces actions étant soumises à nos valeurs (Charon, 2006).

Le close reading est difficilement abordable d'un point de vue généraliste car il s'appuie sur des sessions de lecture en groupe lors desquelles on partage le contenu d'un texte. Cependant, afin de s'y initier, Charon explique qu'il conviendra de s'appuyer sur 5 facteurs principaux (Charon, 2006):

- *Frame (le cadre)* : ou se situe l'histoire, le contexte.
- *Plot (l'intrigue)* : ce que le patient raconte, ce qui se passe.
- *Form (la forme)* : Le schéma narratif de l'histoire.
- *Time (le temps)* : ordre, durée et vitesse de l'action, des dialogues.
- *Desire (le désir)* : ce que le lecteur cherche et comment nos attentes peuvent modifier le contenu du récit.

Le troisième outil mis en exergue par la médecine narrative gravite autour des activités d'écriture. De nombreux chercheurs se sont en ce sens penchés sur le pouvoir de la narration écrite, notamment dans des cas de rémissions à la suite de maladies ou d'événements traumatiques. En 1995, Arthur W. Frank, un sociologue américain a publié un ouvrage clé intitulé *The wounded storyteller* dans lequel il recense la narration de maladies par des malades et comment celle-ci leur a permis de dépasser leurs sensations et de comprendre plus avant le déroulé de leur pathologie.

Quelques années auparavant, Kleinmann, un psychiatre américain, avait déjà recueilli des témoignages de patients souffrant de maladies chroniques afin de repenser la relation patient-thérapeute et d'inciter à l'expression des maux (Kleinmann, 1992).

Une étude effectuée aux Etats-Unis a objectivé la diminution de la douleur chez des patients ayant alimenté un journal tout au long de leur traitement en opposition à des patients qui ont simplement répondu à un questionnaire (Zhou, 2017). Ainsi l'usage de journaux intimes peut avoir une incidence extrêmement positive et ces écrits peuvent se dériver en dessins, poèmes, croquis, le tout flirtant avec une forme d'art thérapie. Une étude effectuée auprès d'enfants victimes de leucémie qu'on a encouragé à dessiner leur maladie a également montré une meilleure coopération des patients et une baisse de leur anxiété (Massimo, Zarri, 2006). Dans le cas de patients dyslexiques, peu enclin à passer par l'écrit, on pourra très aisément mettre en place des journaux audios durant lesquels le patient pourra s'enregistrer.

En miroir, la tenue d'un journal par le thérapeute a permis d'objectiver une baisse des burn-outs auprès des médecins adeptes de médecine narrative (Fioretti, Mazzocca, 2016).

1.2 La relation thérapeutique

1.2.1 Définitions

La relation thérapeutique s'organise autour de différentes étapes qui uniront l'histoire du patient à celle du soignant. Elle se construit de l'annonce du diagnostic, tout au long du soin et jusqu'à l'arrêt

de celui-ci quel qu'en soit la cause (Verhoeven, 2014). Cette relation s'appuie sur une alliance entre le patient et le soignant et va s'organiser autour d'actes médicaux ou rééducatifs qui impliqueront une certaine communication voire un certain rapport corporel avec le patient. La relation thérapeutique en somme est constituée par les interactions qui se mettent en œuvre entre deux personnes dans le cadre d'un rapport de soin (Zicola, 2016).

Dans sa conception même, cette relation revêt un intérêt tout particulier car elle exige la mise en place d'une bonne alliance thérapeutique mais également d'une certaine distance. Il conviendra de fait de prendre connaissance de ce qui se joue autour d'une telle relation, celle-ci comprenant le positionnement du patient, ses attentes, sa plainte, les pressions auxquelles il peut être soumis d'un point de vue familial, sa motivation ou non-motivation ...etc. Au cœur de cette relation le patient peut exprimer des points de vue personnel ou agir de façon non adaptée. La distance thérapeutique induit par exemple un certain recul sur les choix de vie du patient. Il peut arriver que celui-ci prenne un chemin que le thérapeute juge mauvais voire néfaste, la distance thérapeutique en ce sens impose de s'abstenir de juger mais au contraire permet d'informer ou de soulever des paradoxes s'ils existent (Michaux, 2015).

L'alliance thérapeutique quant à elle se définit comme une collaboration mutuelle, un partenariat créé entre le patient et le thérapeute afin de remplir conjointement des objectifs déterminés au préalable. Elle apparaît comme un outil primordial au cœur de la prise de soin, l'alliance thérapeutique induisant la confiance du patient envers le thérapeute et un soutien du thérapeute pour le patient (Masquelet, 2011).

Autrefois construite sur un schéma patriarcal, le thérapeute apparaissant comme une figure d'autorité indétronable, elle est aujourd'hui bien plus égalitaire et sujette à une législation. Le 4 mars 2002, la Loi dite «Kouchner» ou loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est passée. Cette loi établit au premier plan un accès égal aux soins sans discrimination, un suivi adapté et la meilleure sécurité sanitaire possible. Elle met en place au second plan un principe fondateur : le consentement libre et éclairé du patient. En effet le patient doit être justement averti des traitements qui lui sont administrés, de leur utilité et des possibles effets indésirables qu'ils peuvent développer sur le court ou le long terme. De fait, le défaut d'information apparaît à ce jour condamnable et par extension obligatoire lors de tout acte de soin.

Ainsi, comme l'indique Alain Charles MASQUELET dans son ouvrage *Penser la relation de soin*, une bonne relation thérapeutique advient lorsque le patient se sent accompagné, encadré, informé et soutenu.

1.2.2 Les différents outils thérapeutiques: le savoir

La relation thérapeutique apparaissant comme un facteur crucial dans la mise en place d'un bon rapport de soin, elle a été alimentée par de nombreux outils extrêmement divers et variés.

La première catégorie d'outils se constitue autour de savoirs thérapeutiques. De nombreuses théories permettent de cibler les schémas auxquels le patient est soumis et par extension de reconnaître une difficulté. Ces outils ne vont pas permettre une mise en action directe avec le patient mais vont permettre de décrypter des comportements marquants au coeur de celui-ci et au cas échéant de les rendre visible afin de les amenuiser, de les contrer voire de les soustraire à un nouveau positionnement (Phaneuf, 2016).

Les savoirs thérapeutiques :

L'analyse transactionnelle

Il s'agit d'une théorie de la personnalité et de la communication inventée par le psychiatre américain Eric Berne dans les années 50. Elle a pour objectif de comprendre les positionnements adoptés lors de la prise de parole. L'analyse transactionnelle établit une triade de profils : L'enfant, l'adulte et le parent. Pour chacun d'entre eux, un comportement se manifeste (Chandeson, Lancestre, 2017).

L'hypnose

L'hypnose est une discipline qui va permettre, par un jeu attentionnel et le biais de l'imagination de modifier la manière dont le patient perçoit sa réalité. Elle permet notamment de déconstruire des schémas de fonctionnement inhérents au patient.

Un récent mémoire fait l'état des lieux de l'utilisation de l'hypnose qui peut être employé dans le cadre des bégaiements, des dysphonies voire en aphasiologie (Kerever, 2016).

L'approche systémique

Il s'agit d'une théorie développée par l'école de Palo Alto en Californie. Cette méthode s'appuie sur un découpage de la communication qui est influencée par l'environnement familial, social, professionnel...etc (Celestin, Lhopiteau, 2018).

La communication non violente

La CNV s'appuie sur une analyse du discours qui ne sera plus dirigé négativement vers l'autre en cas de conflit ou de difficultés relationnelles mais bien axé sur nos sensations et nos ressentis. Elle va

notamment permettre de rendre compte de nos émotions au travers de notre langage. En orthophonie, elle semble être utilisée dans le cadre de l'accompagnement parental (Celestin, Lhopiteau, 2018).

La Programmation neuro-linguistique

La PNL est une méthode qui permettra entre autre de cibler les méthodes d'apprentissage du patient, quelles soient visuelles, auditives ou kinesthésiques. Yolaine Latour, orthophoniste pratiquant la PNL, établit qu'elle permet de cibler les stratégies mises en place par l'enfant et d'affiner l'analyse de ses erreurs (Latour).

1.2.3 Les différents outils thérapeutiques: le faire

Les méthodes psycho-corporelles :

La seconde catégorie s'appuie sur des outils pour lesquels le patient va être actif ou va devoir se mobiliser. Ces outils peuvent directement agir sur la rééducation mais peuvent également créer un climat de confiance et de relaxation propice à l'action rééducative. Dans l'ouvrage de Celestin et Lhopiteau, *Guide des pratiques psycho-corporelles: 25 techniques* les auteurs définissent l'intérêt de ces techniques du côté du praticien qui «pourra y puiser des ressources pour enrichir sa pratique, améliorer ses capacités relationnelles, son comportement et donc ses interactions avec le patient.»

La réflexologie

La réflexologie permet par le biais de massages de points ciblés (au niveau plantaire ou crânien) de détendre le patient et de parvenir à le faire entrer dans un état de détente. Une formation intitulée réflexothérapie et orthophonie permet de se former afin de calmer le stress et l'angoisse des enfants ayant des troubles du langage oral et écrit.

Le Yoga

De nombreuses formations ortho-yoga ont vu le jour ces dernières années. L'application de cette méthode ancestrale basée sur des postures serait bénéfique dans la rééducation des dysphonies, de l'attention ainsi que chez les patients souffrant de maladies neurodégénératives.

L'art-thérapie

En 2014, Madame COMBARRÉ Floëne établit lors d'un mémoire professionnel que l'Art-thérapie à dominante Arts-plastiques permet à l'enfant de communiquer de façon non verbale, d'améliorer ses capacités relationnelles pour ensuite venir faciliter la verbalisation dans une visée communicante. La même année GIBOUREAU Claire fait un constat similaire en statuant que L'Art-thérapie exploitant

le potentiel de communication des Arts visuels favorise le bien-être social des enfants déficients auditifs. Les pratiques artistiques sont extrêmement répandues en orthophonie, elles permettent d'appuyer une rééducation du langage tout en renforçant la relation thérapeutique établie (Joubert, 2018).

La sophrologie

Pratique bien connue et souvent pratiquée, la sophrologie permet de parvenir à un certain état de détente qui peut être prolifique dans le cadre de nombreuses rééducations (dysphonie dysfonctionnelle, aphasies, maladies neurodégénératives...etc) mais qui peut également permettre d'instaurer un climat de confort et d'apaisement au sein du cabinet (Roze, 2015).

En conclusion, il est évident qu'on ne peut omettre l'usage de jeux du type jeu de plateau en orthophonie. De plus, elle opère sur deux niveaux :

- la rééducation, permise par le matériel employé
- la relation thérapeutique, renforcée par l'aspect ludique de l'activité proposée

La relation thérapeutique se construit autour de deux personnes. Elle va aussi pouvoir initier, si le praticien est formé et si le patient le souhaite à la mise en place d'une certaine autonomie via la mise en place d'une éducation thérapeutique.

1.3 L'éducation thérapeutique

1.3.1 L'ETP, une sensibilisation

L'éducation thérapeutique est définie par Laurence Mauduit dans *l'éducation thérapeutique en sept notions* comme «un enseignement individuel ou collectif délivré au patient ou à son entourage visant à améliorer la prise en charge médicale d'une affliction de longue durée.»

On s'éloigne de ce fait des chronologies de maladies aiguës s'articulant autour d'une affliction éphémère suivie d'une guérison. Le malade chronique doit, quant à lui, évaluer son quotidien afin de le régler sur les caprices d'une pathologie dont il ne peut se départir. La mission première de l'éducation thérapeutique consiste à permettre un maintien des compétences et une autonomie au quotidien (Mauduit, 2014). Les objectifs principaux de l'éducation thérapeutique sont:

- L'apport d'un soutien psychosocial
- L'apport d'informations récentes concernant la pathologie du patient
- La mise en place d'une organisation des soins
- L'explication des procédures hospitalières mises en œuvre

- L'apport d'information auprès des familles et de l'entourage du patient

Ces connaissances vont être amenées au patient par le biais d'un apprentissage non explicite, le patient devant lui-même cibler ses besoins et les compensations qu'exigent sa situation.

La finalité d'une telle démarche sera d'aboutir à de l'auto-soin (ou compétence de sécurité) ainsi qu'à une certaine mobilisation du patient face à sa maladie (compétence d'adaptation avec gestion des émotions, prise de décisions et résolution de problèmes).

L'éducation thérapeutique doit permettre au patient de s'approprier sa maladie dans un quotidien.

Cette appropriation va s'organiser de concert entre le patient, son entourage et les professionnels de santé gravitant autour de lui, on va parler en ce sens d'une approche écologique.

Afin de réussir son éducation thérapeutique, on encouragera le patient à aller vers une démarche dite de *self-help* tout autant qu'une démarche de *mutual-help*.

Ces deux aspects pouvant tout à fait être mis en lien avec la médecine narrative (Assal, Lacroix, 1998).

1.3.2 Axes communs à la médecine narrative

Le *self-help* consiste en une prise de décision du sujet qui veut parvenir à acquérir un certain bien être. Ce *self-help* prend régulièrement effet au sein de groupes de parole. En effet, l'expression de doutes et d'envies va permettre d'amener à un cheminement des idées. Comme l'exprime très justement cette citation extraite du film de Philippe Garrel, *La naissance de l'amour*: «Personne ne sait ce qu'il se passe aujourd'hui parce que personne ne veut qu'il se passe quelque chose. En réalité on ne sait jamais ce qui se passe, on sait simplement ce qu'on veut qu'il se passe. C'est comme cela que les choses arrivent». En d'autres termes, une fois la volonté exprimée, une fois que les intentions ont dépassé la barrière des incisives, la chose est déjà à moitié réalisée.

Le pouvoir des mots apparaît aux yeux de la médecine narrative comme redoutable et l'éducation thérapeutique s'appuie également sur ce constat.

Le *mutual-help* se caractérise par l'aide que l'on reçoit de ses contemporains notamment via la délivrance de témoignages. Cet aspect se recoupe directement en médecine narrative qui prône l'emprunt des discours des autres pour se construire une parole réconfortante. La puissance du témoignage se retrouve également au cœur des écrits des malades, qu'ils soient publiés ou non. Cette mise en commun des difficultés, en éducation thérapeutique comme en médecine narrative a pour objectif subsidiaire de valoriser la prise de parole et l'expression des maux.

Là où la société ne laisse pas toujours une place aux ressentis qui apparaissent muselés ou fortement déformés, ces démarches ont pour ambition de remettre l'expression au centre de la prise en charge.

La plainte ne sera ainsi plus perçue comme handicapante voire génératrice d'immobilisme mais au contraire elle se constitue comme un tremplin à l'action.

1.3.3 Différences notables entre ETP et Médecine narrative

La différence notable à exhumer entre la médecine narrative et l'éducation thérapeutique se joue autour du caractère passif/actif. La médecine narrative s'inscrit dans une volonté de préparer l'individu à agir, à conscientiser des difficultés ou des projections. A l'inverse, l'éducation thérapeutique met en place un plan d'action, met en lien les professionnels et les patients et s'inscrit dans un temps limité qui incite à la prise de position.

En extension, l'éducation thérapeutique s'appuie sur des compétences techniques, qui permettront l'auto traitement du patient et une mise en œuvre de processus ou un emploi du temps précis.

Cette mise en place induira une implication certaine du patient, l'éducation thérapeutique pouvant s'avérer chronophage et intensive.

En conclusion, on peut tout à fait relier éducation thérapeutique et médecine narrative quant aux valeurs qu'elles soulèvent (pluridisciplinarité, regard axé sur le patient, émergence de solutions par le patient, soignant aiguillant mais non détenteur de savoir ...etc) or si on s'amuse à les placer sur un axe temporel, la médecine narrative advient en amont. Elle va permettre d'objectiver une douleur, d'être pris en compte par l'interlocuteur pour qu'enfin se délie la ribambelle de soutiens médicaux ou rééducatifs possibles.

La tenue d'un journal de bord en revanche, peut tout à fait avoir lieu tout au long de la rééducation mais celle-ci reste intimiste et n'exige pas véritablement la présence d'un public. Ici encore on retrouve une opposition primordiale, là où l'éducation thérapeutique s'inscrit dans une activité publique, reconnue, suivie par un grand nombre d'accompagnants, de soignants voire de patients, la médecine narrative et tout particulièrement l'autopathographie relève d'un acte contenu dans la sphère privée, intime. Le patient n'est pas contraint d'accueillir un regard extérieur sur ses productions personnelles qu'il peut ainsi enrichir d'événements qui lui semblent honteux, condamnables voire amoraux.

1.3.4 CONCLUSION

Cette partie a pour ambition de poser les bases de la recherche à venir. Elle permet de justifier l'utilité d'une telle expérience pédagogique et de détailler les points cruciaux qui seront constitutifs du cours qui sera aménagé.

Lors de cette recherche initiale, je me suis cependant heurtée à un questionnement qui n'a fait que mûrir au fil des jours et qui tient au caractère inné du positionnement proposé par la médecine narrative. L'empathie, l'écoute attentive, le lien à l'autre sont-elles véritablement des choses que l'on peut apprendre, ne tiennent-elles pas à un trait de caractère, à une vision singulière de l'existence? Et de manière plus approfondie, ne sont-elles pas propres aux individus s'orientant vers le soin?

Laisser transparaître ces questionnements au cœur du questionnaire me semble ainsi crucial, ne serait-ce que pour établir, sommairement, le point de vue des étudiantes à ce sujet.

Partie Pratique

2. INTRODUCTION

La partie pratique s'agencera autour de la construction d'un article scientifique. On s'attachera pour commencer à illustrer la méthodologie, on exposera ensuite les résultats sous la forme de graphiques puis s'en suivra une discussion des résultats ponctuée par une conclusion finale qui clora ce mémoire. A l'issue de ce mémoire et au retour de l'analyse des résultats, on pourra justifier ou infirmer l'existence d'une présentation à la médecine narrative au sein de la formation en orthophonie.

2.1. Méthodologie

2.1.1 Objectifs

L'objectif principal de ce mémoire s'articule comme ci-dessous:

Vérifier l'intérêt d'un cours de médecine narrative au sein de la formation en orthophonie. (Q28)

La question 28 du questionnaire permettra de répondre à cet objectif.

Des objectifs secondaires ont également été formulés. Ils sont en lien direct avec le déroulé du questionnaire. Ainsi, chaque objectif secondaire peut être mis en relation avec un item du questionnaire que l'on fera apparaître entre parenthèses.

Vérifier l'intérêt premier des étudiants en orthophonie pour la relation thérapeutique (Q1, Q2, Q3)

Vérifier la compréhension du cours de médecine narrative par les étudiantes (Q8, Q9, Q13, Q14, Q16, Q17, Q18)

Vérifier la cohérence de la présentation de médecine narrative (Q10, Q11, Q12)

Confirmer que les étudiantes ont pu différencier médecine narrative et éducation thérapeutique (Q15)

Vérifier les connaissances autour de la médecine narrative à l'issue de la présentation (Q19, Q20, Q21, Q22, Q23, Q24)

Explorer le caractère empathique initial des orthophonistes (Q4, Q5, Q6, Q7)

Cibler les notions de médecine narrative les plus intéressantes pour les étudiants en orthophonie et la volonté d'utiliser ses notions dans une pratique future (Q25, Q26, Q27).

2.1.2 Matériel

Le matériel utilisé s'articule autour d'une présentation non exhaustive de la médecine narrative mais qui s'attache à mettre en lumière trois outils primordiaux ainsi que la délivrance d'un questionnaire qui permettra de rendre compte des retours des étudiantes.

La présentation sur la médecine narrative s'est déroulée le 3 mars de 11h à 12h au musée des Beaux Arts de Nice. Elle s'est construite en trois parties. Une première partie, succincte, s'attache à définir la narration et expose quatre avantages narratifs glanés au cœur des recherches dédiées à ce mémoire. L'aspect narratif ne pouvait être exclu de cette présentation car il est constitutif des soubassements théoriques de la médecine narrative. Il est un avant goût introductif qui permettra de comprendre plus avant les principes de cette médecine qui s'appuie sur le récit.

Une seconde partie, plus conséquente, a pour ambition de présenter la médecine narrative. Elle se structure en trois sous parties que sont : le contexte d'apparition, les principes généraux qui sous-tendent la discipline et les trois outils exposés par Rita Charon au cœur de ses ouvrages. Ces trois outils (écoute attentive, close reading et expressive writing) ont été sélectionnés car ils peuvent offrir un appui thérapeutique dans le contexte de la prise en charge orthophonique.

Une troisième partie enfin s'attache à démêler les similitudes et les différences qui persistent entre médecine narrative et éducation thérapeutique. En effet, les étudiantes en quatrième année d'orthophonie vont être amenées à recevoir des cours d'éducation thérapeutique et il semblait

primordial qu'elles puissent différencier ces deux disciplines qui s'appuient nonobstant sur des notions et des valeurs communes.

Le contenu plus complet est disponible ci-dessous, il permettra d'apprécier plus justement les notions exposées.

La présentation de médecine narrative va s'organiser comme indiqué ci-dessous:

I. Les grands principes de narration

I.II Les avantages de la narration

II. Médecine narrative et narration

→ écoute attentive / expressive writing

→ lecture rapprochée / close reading

III. Médecine narrative et éducation thérapeutique

I.

La narration intéresse depuis des lustres les penseurs de tout horizons. Les philosophes en premier lieu se penchèrent sur la signification du «dire» et du «comment dire». Cet intérêt tient probablement dans le constat que le récit en soi est un poncif, un impondérable, un immortel qui accroche le petit comme le grand.

L'enfant qui écoute une histoire assis sur un tapis en mousse est foncièrement dans la même recherche d'histoires que l'adulte qui s'installe devant son poste de télévision lorsqu'il rentre chez lui.

Dans *Poétique* d'Aristote, celui-ci présente l'idée du récit qu'il qualifiera de *Poétique* mais qui pendant longtemps est resté sans nom. Ainsi écrit-il : «L'art qui imite le réel par les mots était sans dénomination jusqu'à ce jour.» Il sera l'un des précurseurs de la structure en trois actes, du cycle qui constitue hommes et objets, histoires et mythes. Pour Aristote, nous avons un début, un milieu et une fin, tout comme le récit. D'autres s'intéressèrent également à la construction et au mystère que soulève la formation de l'histoire, il s'agit de Nietzsche, de Todorov ou de Roland Barthes.

Il me fallait aborder très furtivement cet aspect car pour comprendre la narration, il faut saisir le récit, ou tout du moins ses origines. De plus, récit et narration sont intrinsèquement liés. En somme, le récit est une narration qui répond au schéma narratif, qui s'appuie sur celui-ci.

Le récit également, comprend quatre avantages que l'on exposera ci-dessous et qui permettent de justifier l'intérêt de la narration pour la médecine.

I.II En premier lieu, l'individu apparaît poussé par les histoires. Une expérience scientifique exposée par Heider et Simmel dans les années 60 démontre l'intérêt des hommes pour les histoires et leur capacité à apposer une narration sur le mouvement tout à fait anodin et aléatoire d'un cercle et d'un triangle. L'humain cherche le récit, bien que la chose soit initiée de manière inconsciente. Ce constat est également fait par Jonathan Gottschall au coeur de son ouvrage, ludique et instructif, *The sortytelling animal*.

Dans un second temps, il faut savoir que l'histoire permet une meilleure mémorisation des faits. Dans *The mind explained*, programme original diffusé sur Netflix, Yanjaa, une jeune femme mongole au potentiel mnésique très développé explique que sa capacité à mémoriser une série de 850 chiffres tient dans sa compétence à s'inventer une histoire autour des dits-chiffres. Chaque nombre va ainsi symboliser un lieu, un personnage ou une date qui vont permettre de construire une histoire riche et informative.

En troisième lieu, un neuro-scientifique et neuro-économiste américain, Paul Zak, établit que l'humain réagit physiologiquement à ce qu'il voit sur un écran de cinéma. Ainsi, si confronté à l'action, il y aura sécrétion de cortisol, si confronté à une scène suscitant l'empathie, il y aura sécrétion d'ocytocine, si confronté à une happy end, il y aura sécrétion de dopamine. De fait, l'individu réagit ainsi à la narration qui se déroule sous ses yeux en ressentant physiquement et physiologiquement les effets du storytelling.

Enfin, nous ne sommes pas sans savoir que le caractère curatif de la narration a toujours été connu et usité et ce, bien plus tôt qu'on ne le pense. Il faut en effet remonter à Aristote pour en actualiser les origines. Aristote a été le premier à parler de catharsis comme vertu permise par la narration, l'auditeur, le spectateur purgeant ses passions à travers le spectacle proposé et perçu. Or ce terme est emprunté au vocabulaire médical qui en grec signifiait «purge».

Ainsi la définition même de la catharsis passe du physique au psychique, du médical au philosophique. La médecine narrative prend ainsi le chemin inverse suivi par Aristote en renvoyant la catharsis à son origine étymologique, au soin.

II. Médecine narrative

Le contexte d'apparition de la médecine narrative sont les années 90 aux Etats-Unis. La figure de proue et précurseur de cette discipline est Rita Charon. Elle a pour volonté de se détacher de l'Evidence Based Practice très en vogue à l'époque pour revenir «à l'essentiel». Les examens et les nouvelles technologies ne sont pas rejetés par Rita Charon mais elle ne peut les envisager

indépendamment du discours du patient. Ils ne peuvent être, pour Charon, seuls indicateurs. Elle considère que le patient est le maître et le plus fin connaisseur de son affliction et que lorsque l'EBP traduit l'universel, le général, la médecine narrative se penche sur l'intime et le personnel.

Charon explique que la maladie c'est ce qui parasite le patient au quotidien, ce n'est plus le trouble révélé par l'examen.

Elle replonge dans les origines même de la médecine avec les méthodes de Gallien (médecin romain du 2ème siècle qui s'appuyait sur la raison et l'expérience) et les techniques exposées par Hippocrate.

Charon expose également que le fait de s'appuyer sur le récit permet de déporter l'attention du discours du médecin à celui du patient. Le but principal de cette opération est de tenter de niveler le rapport de domination induit par la relation duelle thérapeute/patient.

Comprendre le discours du patient, pour Charon, c'est s'appuyer sur divers critères que sont la temporalité, la singularité, la causalité, l'intersubjectivité et l'éthique (cf. Partie 1.1.1).

Charon va également mettre en avant trois outils cruciaux:

- L'écoute attentive (qui trouve ses sous-bassement théoriques dans la narration)
- Le close reading (qui sous tend l'écoute attentive) ou lecture rapprochée.
- L'écriture salvatrice ou expressive writing

L'écoute attentive défend qu'on n'écoute pas mais qu'on se positionne comme étant en écoute. Ecouter attentivement cela implique de construire une histoire avec le patient mais également de déconstruire parfois celle qu'il a en tête.

On se penchera de fait sur le genre du récit, la tenue du discours, la structure temporelle et les espaces décrits. Se nourrir de ce qu'on entend nous permettra aussi d'adapter notre discours à autrui et d'emprunter des discours de patients pour les présenter à d'autres patients.

Zaharias en 2019 va redonner un coup de projecteurs sur la médecine narrative par le biais d'une triade d'articles qui donne des clés plus concrètes.

Dans le cadre de l'anamnèse, on sait que l'on doit interroger le patient sur un certain nombre de domaines, là où la médecine narrative va plus loin c'est qu'elle donne des listes de questions qu'elle considère adapté et qui incite le patient à développer.

Zaharias classifie les questions en deux catégories, celles qui permettent l'exploration et celles qui invitent au changement. Il délivre également des stratégies posturales à adopter.

Or, la création de cette écoute attentive, cela peut sembler être uniquement du bon sens.

Ici, de fait, se cristallise deux questions d'envergure qui peuvent être formulées de la manière suivante, que je me suis également posée et auxquelles Charon répond : premièrement, l'empathie n'est-ce pas une capacité innée? Issue du tempérament ou résultant d'une prise de position héritée de par une certaine éducation?

Et en second lieu: toute personne décidant d'embrasser une carrière de soignant ne possède t-il pas cette capacité de manière intrinsèque?

Sur ces deux questions, Charon tranche rapidement. Non, le futur soignant n'est pas de fait un être empathique et une telle posture s'apprend.

Lorsqu'on lui demande de quelles manières, elle dresse la liste de toutes les méthodes connues et pratiquées avant de les juger inefficaces.

La solution, pour Rita Charon c'est le close reading, autrement dit, la lecture rapprochée.

L'idée est de nourrir le vous «individu» afin de nourrir par extension le «vous» soignant. Pour le nourrir Charon encourage à lire et à confronter des avis littéraires et artistiques. Pour aller dans son sens j'ai trouvé plusieurs études révélant l'intérêt de la lecture pour développer l'empathie.

En 2016, Keith Oatley écrit ainsi au coeur de son étude *Fiction Simulation of social worlds* publiée dans *Trends in Cognitive Sciences* :

«La fiction est une simulation de la sphère sociale. De la même manière que certains améliorent leurs capacités de pilotage via un simulateur de vol, ceux qui lisent des romans peuvent faire progresser leurs compétences sociales». Des examens basés sur une IRM ont montré qu'en lisant, l'homme mobilise les mêmes aires cérébrales que celles utilisées pour reconnaître les sentiments d'autrui (processus appelé «théorie de l'esprit»).

«La complexité des personnages littéraires aide le lecteur à se faire une idée plus sophistiquée des émotions et des motivations d'autrui» a démontré il y a quelques années Frank Hakemulder. «Certaines fictions populaires qui incluent des personnages complexes peuvent avoir un impact positif. Il a déjà été prouvé que lire Harry Potter peut faire diminuer les préjugés».

Rymond a Mar a fait le même constat avec une étude datant de 2009 qui établit que la lecture de fiction va permettre de développer un sens des relations sociales plus fin et plus ouvert. La non fiction n'a pas ses effets car l'identification ne peut s'engendrer de la même manière.

En 2016, David Kidd va faire une étude similaire qui met en lumière une plus grande efficacité de la théorie de l'esprit chez les lecteurs de fiction qui ont l'habitude de se glisser dans la peau d'un personnage.

En 2013, Dan R. Johnson a même développé l'empathie de personnes indifférentes aux femmes musulmanes arabes et pratiquantes en leur faisant lire un texte qui racontait l'histoire d'une femme arabe musulmane.

Ainsi pour Charon, l'idée serait de peaufiner, de construire, d'agrémenter sa capacité clinique par des lectures. Or il ne suffira pas uniquement de lire mais de discuter les éléments narratifs que l'on a devant les yeux. Il s'agira idéalement de participer à des groupes de parole autour de la littérature mais également de la sociologie, de la philosophie et de l'art en règle générale.

Pour Rita Charon, l'art va vous permettre de vous ouvrir et d'ouvrir votre perception des choses et des patients que vous serez amenés à recevoir.

Le troisième outil mis en lumière par la médecine narrative s'attache à détailler les activités d'écriture. En effet, en France l'autopathographie a une place de choix au cœur des rayons de librairie. L'expression des maux ou des expériences par l'écrit se retrouve chez les auteurs, chez les chanteurs urbains ou les metteurs en scène de théâtre. Le pouvoir de l'écrit a été mis en exergue par Arthur Frank à travers l'ouvrage *The wounded storyteller* qui recensait des narrations autour de la maladie. D'autres études, plus récentes, mettent l'accent sur le pouvoir de l'écrit et son incidence sur le quotidien des malades (Études citées en partie théorique).

En revanche, là où la médecine narrative est novatrice c'est que le praticien est aussi invité à écrire. Cet aspect a été le fruit de grandes critiques car la médecine narrative apparaît ainsi très chronophage. Cet encouragement à passer par l'écrit repose sur la volonté d'amener le praticien à se percevoir praticien au-delà de sa représentation de soignant. Écrire pour soi, sur ses patients ou sur ses expériences permet de rendre compte de ses ressentis privés et de se sortir de sa condition de soignant. L'idée est de considérer et rendre compte de ce qui se passe « sous la blouse », comme le mentionne une étude qui appuie l'importance des sciences sociales au cœur de l'enseignement de la médecine développée en 2011 par Johan et Rahman.

III. Médecine narrative et Education thérapeutique

Les valeurs communes ainsi que les différences entre médecine narrative et éducation thérapeutique sont exposées en partie théorique. La présentation s'est attelé à résumer sommairement la partie 1.3 du mémoire.

La présentation achevée, un questionnaire est délivré aux étudiantes afin qu'elles puissent rendre compte de l'intérêt d'une telle intervention et des outils qu'elle propose. Leurs réponses aux questionnaires permettra d'infirmier ou de confirmer la tenue d'un cours de médecine narrative au sein de la formation en orthophonie. Ce questionnaire s'appuie sur une échelle de Lickert s'étalant de 1 à 5.

Une semaine de délai a été mise en place entre la fin de la présentation et la délivrance des questionnaires. Le remplissage du questionnaire n'a pu être réalisé à l'issue de la présentation, la durée de celle-ci couvrant entièrement la plage horaire prévue pour le cours.

Le choix de faire passer les questionnaires une semaine plus tard s'appuyait sur la volonté de ne pas les délivrer directement aux étudiantes afin qu'elles ne puissent chercher les informations par elles-mêmes ainsi que sur la volonté de laisser un temps dédié à la digestion des informations délivrées lors du cours.

De plus, cette semaine de latence permettra de cibler quelles informations ont été bien retenues.

A savoir que le diaporama qui illustre la présentation a été transmis aux étudiantes qui peuvent s'y reporter à l'envi. Ce diaporama avait pour objectif d'illustrer le cours et ne constitue pas en soi un support informatif suffisant pour absorber les notions portées par la médecine narrative.

Le remplissage du questionnaire prendra au maximum 15 minutes. Il se compose en 7 items qui ont pour ambition de répondre aux objectifs secondaires et primaire du mémoire.

1. Pré requis administratifs (âge, sexe et années de formation précédant l'entrée en école d'orthophonie).

2. Vous et la relation thérapeutique

- Intérêt des étudiantes pour la relation thérapeutique: Q1 et Q2

- Avis des étudiantes quant à l'aspect didactique que peut comporter l'enseignement de la relation thérapeutique et son intérêt: Q3

3. A propos de vous

-Questions portant sur le caractère empathique des étudiants en orthophonie: Q4, Q5, Q6.

-Existence du caractère originel ou non de l'empathie pour les étudiantes: Q7.

-Mise en lumière de l'existence d'un lien entre bagage culturel et prise en charge orthophonique: Q8, Q9.

4. Tenue du cours

- Questions portant sur la clarté des notions exposés lors de la présentation: Q10, Q11, Q13, Q14, Q16, Q17, Q18.

-Différence éducation thérapeutique et médecine narrative : Q15

-Les notions abordés dans le cours de médecine narrative le sont-elles dans d'autres cours: Q12.

5. Notions de médecine narrative

- Questions portant sur les connaissances en médecine narrative à l'issue du cours et intérêt de la médecine narrative dans la prise en charge orthophonique: Q19, Q20, Q21, Q22, Q24.

- Lien possible mis en exergue par les étudiants entre situations vécues en stage et présentation de la médecine narrative: Q23.

6. Les points les plus importants

Les étudiants sont encouragés à lister les points qui leur ont semblé les plus utiles.

7. Le futur

- Utilisation de principes de médecine narrative au coeur de la future pratique orthophonique: Q25, Q26, Q27.

- Interrogation quant à l'intérêt d'un tel cours au sein de la formation en orthophonie: Q28.

2.1.3 Population

La population ciblée comprend deux critères d'inclusion:

-Etre étudiant en quatrième année à l'école d'orthophonie de Nice

-Etre présent lors de la présentation sur la médecine narrative.

26 étudiants ont ainsi répondu au questionnaire. Les questionnaires sont anonymes, seules des informations sur l'âge, le sexe ainsi que les années d'étude effectuées en amont de l'orthophonie ont été demandées. On peut ainsi établir un profil standard des étudiants ayant répondu au questionnaire, il ne s'agit en effet que de filles qui ont entre 22 et 49 ans. La plupart des étudiantes ont cependant entre 22 et 25 ans et se sont plongées dans l'orthophonie à l'issue d'un an de préparation au concours.

2.2 Résultats

Afin de déchiffrer plus avant les résultats ci-dessous, j'ai pris le parti de les regrouper en sous parties. Ses sous parties correspondent à celles exposés dans le questionnaire (de 1 à 7).

La section 1 ne présentera pas de tableau car elle comportait uniquement les informations administratives concernant les étudiantes. Elle permet cependant de mettre en lumière qu'aucune étudiante n'était familiarisée à la médecine narrative en amont de la présentation et que pour toutes, ce nom n'évoque rien.

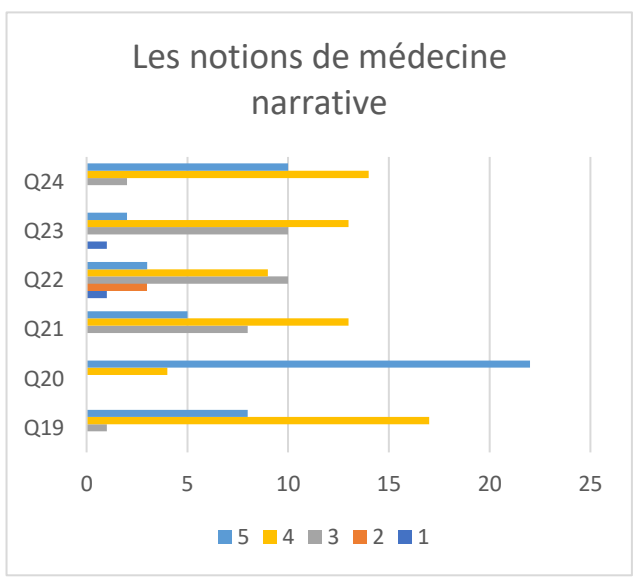
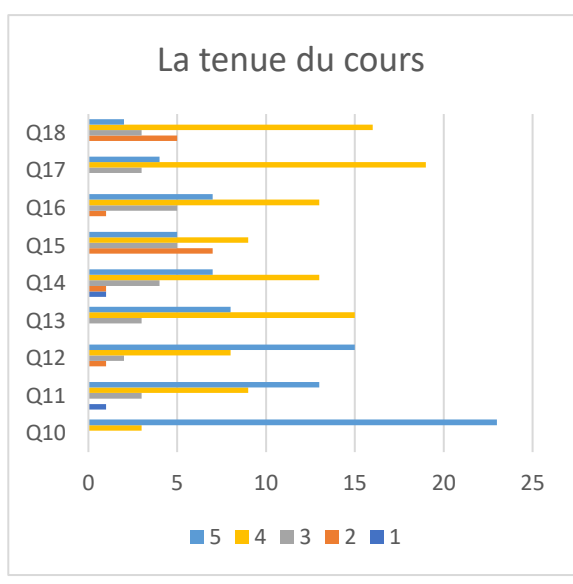
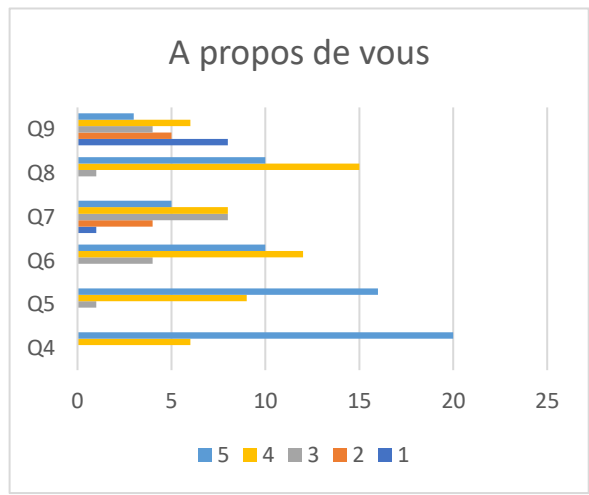
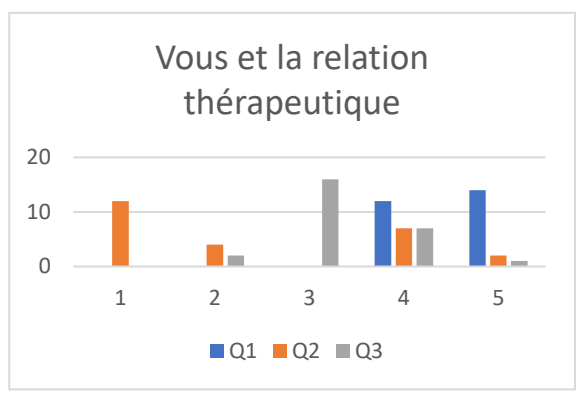
Une autre section ne peut être présentée sous forme de tableau, il s'agit de la section 6 pour laquelle les étudiantes étaient encouragées à lister le point le plus important de la présentation, le point le plus utile ainsi que le point le plus inutile. Il était également demandé aux étudiantes de retranscrire trois éléments importants du cours. Ces éléments seront explicités dans la partie «Analyse des résultats».

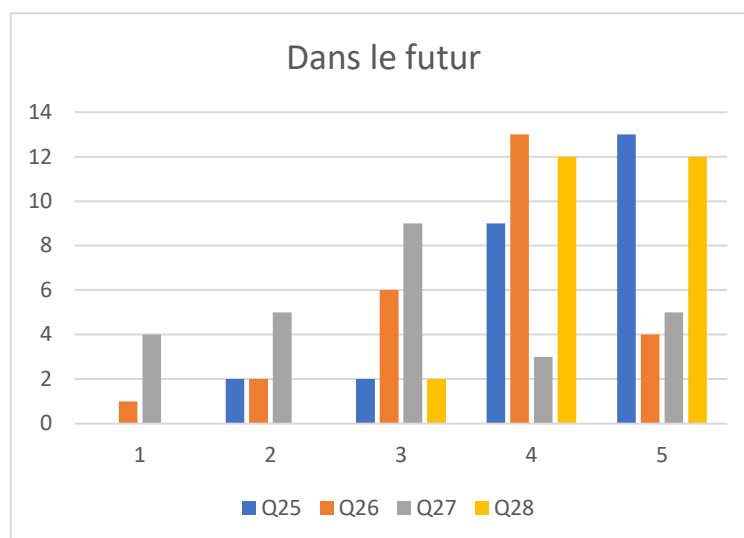
Le tableau ci-dessous permettra d'apprécier les données recueillies lors du questionnaire. L'échelle de 1 à 5 est présentée en ordonnée, en abscisse, on retrouve les différentes questions posées lors du questionnaire.

Les chiffres au cœur du tableau correspondent au nombre de participantes ayant répondu. On retrouve également plus bas, la moyenne, la médiane ainsi que la valeur maximale et la valeur minimale donnée pour chaque question qui permettra de rendre compte de l'homogénéité des réponses.

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q*11	Q*12	Q13	Q14
1	0	12	0	0	0	0	1	0	8	0	1	0	0	1
2	0	4	2	0	0	0	4	0	5	0	0	1	0	1
3	0	0	16	0	1	4	8	1	4	0	3	2	3	4
4	12	7	7	6	9	12	8	15	6	3	9	8	15	13
5	14	2	1	20	16	10	5	10	3	23	13	15	8	7
Moy.	4.5	2.3	3.2	4.7	4.5	4.2	3.5	4.3	2.6	4.8	4.2	4.4	4.2	3.9
Med.	5	2	3	5	5	4	3.5	4	2.5	5	4.5	5	4	4
Val.min	4	1	2	4	3	3	1	3	1	4	1	2	3	1
Val.max	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28
1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	4	0
2	7	1	0	5	0	0	0	3	0	0	2	2	5	0
3	5	5	3	3	1	0	8	10	10	2	2	6	9	2
4	9	13	19	16	17	4	13	9	13	14	9	13	3	12
5	5	7	4	2	8	22	5	3	2	10	13	4	5	12
Moy.	3.5	4.0	4.0	3.6	4.3	4.8	3.7	3.4	3.6	4.2	4.3	3.7	3.0	4.4
Med.	4	4	4	4	4	5	4	3	4	4	4.5	4	3	4
Val.min	2	2	3	2	3	4	3	1	1	3	2	1	1	3
Val.max	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5





2.2.3 Analyse des résultats

Le questionnaire s'appuyant sur une échelle de Lickert, le score de 5 s'apparente à une pleine adhésion à l'affirmation exprimée alors que le score de 1 manifeste un rejet de cette affirmation. Le chiffre 5 représente ainsi, au coeur de ce mémoire, une réponse positive.

Vous et votre rapport à la relation thérapeutique

Les étudiantes mentionnent avoir un réel intérêt pour la relation thérapeutique mais elles concèdent ne lire aucun livre à ce sujet. On peut développer en ce sens deux hypothèses, soit le manque de temps ne permet pas aux étudiantes de se pencher plus avant sur ces ouvrages, soit la relation thérapeutique ne leur apparaît pas comme une discipline que l'on peut apprendre ou exercer à travers des lectures théoriques.

Serait-elle de fait considérée comme une aptitude purement empirique? À la question «Pensez vous que la relation thérapeutique ne peut réellement s'enseigner mais s'apprend sur le terrain?», la médiane est de 3 avec une importante disparité de réponses. Il semblerait de fait que l'apprentissage d'une telle compétence soit difficile à définir pour les étudiantes qui ne sont pas unanimement convaincues de la capacité d'enseignement de cette relation mais qui pressentent dans le même temps qu'il ne s'agit pas uniquement d'une donnée empirique.

A propos de vous

Ce qu'il est intéressant de mettre en lumière au regard du constat énoncé précédemment tient au caractère empathique des étudiantes. En effet, le résultat est sans appel (médiane de 5), la majorité des étudiantes se définissent empathique, ce que l'on peut très certainement corrélérer à l'intérêt pour une discipline (la relation thérapeutique) qui use de l'empathie au premier plan.

La tenue du cours

La crainte de faire des redites avec d'autres cours traitant de la relation thérapeutique était présente or il semblerait que les termes de médecine narrative soient propres à cette discipline et revêtent ainsi une certaine originalité de part leur unicité. Le caractère unique de cette discipline comprend un intérêt éducatif car elle permet une ouverture théorique s'éloignant des préceptes et notions élémentaires inculquées en école d'orthophonie.

Notions de médecine narrative

Les étudiantes ont bien compris l'intérêt de leur bagage culturel afin de nourrir leur soi soignant et elles considèrent que ce bagage leur sera utile. Un lien direct entre leurs lectures et leur pratique en orthophonie n'a cependant pas été mis en lumière mais il s'agit là d'une erreur personnelle. En effet, le bagage culturel va permettre de se constituer de manière plus ouverte et de percevoir les événements extérieurs sous une autre perspective. Il s'agit d'une perception qui va s'installer de manière latente et qui va conditionner nos rapports sociaux. La question posée en revanche sous-entendait l'existence d'un lien direct et explicite entre la lecture d'ouvrages de fiction et la pratique orthophonique qui en soi n'a aucun fondement. Se cultiver amène à élargir le spectre des connaissances réactionnelles et des savoirs relationnels mais il s'agit d'une construction non ciblée et qui ne peut être révélée par des preuves restreintes.

Les points les plus importants

Citer les éléments du cours

Sur les 26 étudiantes présentes, 5 n'ont pas été en capacité de retranscrire des éléments du cours et ont de fait rendu copie blanche. Certaines ont expliqué leur difficulté à retranscrire ses notions du fait de la semaine de battement qui a été imposée entre la présentation et le remplissage du questionnaire. L'une d'entre elles a commencé à présenter les notions mais n'a pu en citer que deux. Sur 26 étudiantes, 20 ont pu donner trois notions énoncées dans le cours, une n'a pas pu nommer les trois et 5 n'ont pu donner aucune notions.

Concernant les éléments à lister:

Pour **le point le plus important de la présentation** 6 n'ont rien renseigné, 5 ont cité la médecine narrative dans sa globalité, 6 ont énoncé le point qui expliquait que la pratique de la lecture développe l'empathie, 2 ont parlé de la différence entre médecine narrative et éducation thérapeutique, 3 ont mentionné l'écoute attentive et 4 ont noté l'approche humaniste (qui permettait notamment de se détacher du rapport de dominant/dominé).

Pour **le point le plus utile**, 11 n'ont rien renseignée, 6 évoque les formulations délivrées par Zaharias, 4 évoque les principes clés de la médecine narrative, 4 évoque l'écoute attentive et une donne le bagage culturel.

Pour **le point le plus inutile** qui se trouvait au coeur de la présentation, 19 n'ont rien renseignée, 4 ont inscrit l'historique de la narration, une a mentionnée l'expressive writing, une la lecture rapprochée et une les «3 moi» définis dans les critères de Rita Charon.

Un encart à l'issue du questionnaire permettait également de récolter des remarques. Au sein de ces remarques, on retrouve 2 étudiantes qui incitent à donner ce cours aux premières années afin qu'elles possèdent des outils avant l'entrée en stage, l'une d'entre elles explique qu'il serait bon de mettre en place une telle intervention pour toutes les promotions, une autre explique que tous les personnels de santé devraient y être sensibilisés. 5 réclament quelque heures de plus afin de comprendre plus avant la discipline et 7 personnes jugent le sujet intéressant. L'une des étudiantes pointe que le concept est encore flou pour elle et que de fait elle ne sait pas si elle l'utilisera dans le futur.

Dans le futur

Les étudiantes pensent employer l'écoute attentive dans le futur. Or, les réponses concernant l'expressive writing sont beaucoup plus mitigées. Les étudiantes pensent l'employer avec le patient bien que deux d'entre elles annotent «chronophage» en marge de cette question. Il est en revanche peu envisagé pour le thérapeute, et on remarque une hétérogénéité des réponses qui s'étalent de 1 à 5. Une étudiante a également mentionné avoir d'ores et déjà commencé à écrire sur sa pratique. L'idée de l'écrit m'apparaît intéressant car il pose la question du rapport à ce mode d'expression qui a pris d'autres couleurs depuis quelques années.

A la question «Ce cours m'a permis de voir les choses différemment et je pense qu'il a une utilité au sein de la formation» la médiane est de 4. On peut en ce sens former l'hypothèse de l'intérêt de la mise en place d'une telle présentation au coeur de la formation en orthophonie bien que certains aspects soient à discuter.

2.3 Discussion

Ce mémoire avait pour ambition de répondre à un certain nombre d'objectifs énoncés ci-dessus. En ce qui concerne la vérification des connaissances en médecine narrative, les étudiantes semblent sensibilisées au sujet et se jugent suffisamment aptes à en parler avec un tiers. Elles ont également majoritairement été en mesure de citer des éléments du cours et ce, une semaine après la présentation.

Dans le même ordre d'idée le cours semble être compris, en revanche, on ne peut négliger un aspect essentiel au cœur de ce mémoire.

Les étudiantes en quatrième année d'orthophonie ainsi que les étudiantes en cinquième année d'orthophonie sous soumission, au travers de la planification des unités d'enseignement, à suivre des cours similaires. Nous sommes ainsi, par la force des choses, devenues des camarades de classe. Cette familiarité (qui n'est pas celle qui se construit entre des amis mais qui s'avère plus que courtoise) constitue un biais car la posture que l'on adopte auprès d'un camarade de classe peut s'avérer plus bienveillante, plus tolérante que celle que l'on tiendra face à un parfait inconnu.

Bien qu'aucune propagande n'ait été effectuée en vue d'exiger une meilleure coopération des étudiantes à ma présentation, je ne peux omettre la possibilité d'une plus grande indulgence de la part des étudiantes à mon égard. Il ne s'agit cependant que d'une hypothèse.

En parallèle à cette observation, tout questionnaire apparaît complexe car il est difficile d'avoir des questions unidimensionnelles (une mesure ne concernant qu'un seul et unique attribut). De plus l'individu répondant au questionnaire est conditionné par ses habitudes, son milieu, les attentes sous-jacentes qu'il projette sur l'examinant et la familiarité qu'il entretient ou non avec celui-ci (Denis, Rude, 2019).

En complément de cette subjectivité intrinsèque propre à l'usage du questionnaire, il subsiste également un aspect crucial qui tient à un trait psychologique, la désirabilité sociale (social desirability biais). Celle-ci transparaît au cœur de chaque étude quantitative et il est complexe de la contrer bien qu'il soit conseillé de rendre compte de ce biais par l'usage d'une échelle (Grimm, 2010). Il faut savoir également que ce biais est d'autant plus exacerbé lorsque les informations demandées touchent à la sphère intime, s'approche de pratiques illégales ou questionne des normes ou des représentations sociales. Le questionnaire en ce sens a pu exposer des éléments qui tiennent à la représentation sociale du soignant, notamment lorsque l'on aborde la question des aptitudes cliniques (écoute, empathie, attention).

La représentation sociale est définie par Christian Guillemi dans *La Pensée sociale* (1999) comme étant « l'ensemble des croyances, des connaissances et des opinions qui sont produites et partagées par les individus d'un même groupe, à l'égard d'un objet social donné. » En ce sens, le soignant revêt un caractère empathique et compréhensif. Il n'est de fait pas surprenant qu'à la question « Êtes vous une personne empathique ? » Les étudiantes répondent en majorité qu'elles le sont et ce avec un certain aplomb. Dire le contraire sous entendrait de se positionner à l'encontre d'une vision sociétale défendue par les soignants, leurs pairs et les patients eux-mêmes.

En corollaire, répondre à l'objectif de l'exploration du caractère empathique des orthophonistes pose de fait une problématique ténue car la réponse à cette question peut s'avérer biaisée. De plus, on remarque que la question de l'origine de l'empathie et de son enseignement n'est pas unanime, chaque étudiante semble avoir sa petite idée sur le sujet. Cette disparité des réponses amène à se pencher sur les perceptions scientifiques et sur les arguments développés par la science au regard de cette interrogation. Tout d'abord on ne peut exclure que les étudiants ayant répondu à ce questionnaire sont en soit des étudiantes et qu'elles sont en majorité très jeunes ce qui amène à se poser la question du sexe et de l'âge dans la construction empathique.

En 2018, Papageorgiou et Miles explorent la capacité empathique chez des étudiants en médecine. Ils en déduisent que l'âge n'a aucune incidence sur le degré d'empathie, que celle-ci fluctue au cœur des études et s'avère plus importante lorsque l'étudiant est amené à faire des stages. Les filles apparaissent également plus empathiques que les garçons. En parallèle, une étude de 2014 soutient qu'il y a une différence de genre dans l'empathie et que celle-ci se manifeste via des composantes biologiques (phylogénétiques et ontogénétiques) ainsi qu'au travers de l'environnement culturel et social (les filles étant plus incitées à répondre aux sollicitations des enfants). L'empathie semble être linéaire toute au long de la vie (Christov-Moore, Simpson, 2014).

Cette étude sème de fait le jalon d'une interconnexion de facteurs responsables du développement ou non de l'empathie. En 2018, une étude va confirmer ce point de vue en défendant que l'empathie naît d'une juxtaposition de notre développement personnel et de l'environnement, elle expose également une différence issue du genre. L'environnement en ce sens peut modeler notre empathie.

Ces constats confirment que les étudiantes, qui offrent des réponses nuancés et contrastés, ont en somme senti le caractère versatile et non figé de l'empathie qui s'inscrit dans les gènes mais qui reste malgré tout influencée par l'environnement.

Il faut savoir cependant que l'empathie se décline en trois aspects : social, cognitif et émotionnel qui n'ont pas été abordé au cœur de ce mémoire (Tocaceli, Fagnani, 2008). L'absence de définition donnée pour l'empathie apparaît comme un biais supplémentaire qu'il était important de surligner. En effet, ces trois aspects sont indispensables à la compréhension du fonctionnement empathique et de sa compartimentation. L'empathie encouragée chez le soignant se rapproche plus de l'empathie cognitive (pouvoir comprendre le point de vue d'autrui et appréhender la situation à travers son regard) plutôt que de l'empathie émotionnelle qui tient plus à une fusion émotionnelle bien qu'elle incite à « aider » et à se porter volontaire au regard du soin (Clarke, 2020). Pouvoir cibler les éléments que l'on apporte lors d'une présentation est un facteur important et il s'agit là d'un manquement.

Bien que les questions abordant la compréhension du cours soient majoritairement positives, la bonne tenue et la pertinence d'une présentation tient à une infinité de paramètres. En 2009 une étude s'est attachée à détailler les attributs favorisés par les étudiants en médecine lors des enseignements reçus. On retrouve une triade d'éléments qui en somme se rapproche plus d'une posture de l'enseignant que d'un contenu théorique ou pratique spécifique. Les étudiants valorisent les capacités communicationnelles de leurs enseignants ainsi que leurs aptitudes à se positionner en tant que référent et à favoriser l'apprentissage (Bulte, Betts, 2009). Il sera ainsi judicieux de reformuler régulièrement et de s'assurer de la pleine compréhension de son auditoire.

De fait, ma posture était facilitée de part mon lien de familiarité entretenu avec les étudiantes, cette position m'a très certainement permis de créer une forme de complicité qui, loin de me desservir, m'a permis d'être appréhendé de manière bienveillante.

Le contenu de la présentation en revanche accuse très certainement des malfaçons. L'une d'entre elles reste d'avoir omis de définir les termes des sujets abordés. Outre l'empathie qui ne se voit encadré par aucune définition correcte, la relation thérapeutique n'est elle aussi pas explicitée. Répondre à l'objectif qui s'en rapporte est de fait complexe car on ne peut s'assurer de posséder des référents communs.

Nonobstant cette affirmation, la relation thérapeutique apparaît comme intéressante auprès des étudiantes. Ce constant est positif car approfondir les connaissances qui structurent la relation thérapeutique permet de développer des compétences spécifiques propres au clinicien mais influence également une sphère plus large d'éléments. En effet, enrichir ses connaissances thérapeutiques permet également une amélioration du déroulé clinique, des facteurs économiques ainsi que de la qualité de prise en soin (Bolsinger, Jaeger, 2020) On agit de fait sur plusieurs tableaux.

La relation thérapeutique apparaissant comme un sujet apprécié par les étudiantes, il semble ainsi plus aisé de les intéresser à ce sujet tout comme de les initier à des pratiques telles que la médecine narrative qui s'en rapproche. On remarque par ailleurs que les connaissances autour de la médecine narrative sont bonnes à l'issue de la présentation bien que la différenciation entre médecine narrative et éducation thérapeutique soit difficilement visible pour certaines étudiantes. Ce manque de clarté tient probablement à une présentation trop sommaire et peut être un peu expéditive à ce sujet mais peut également être appuyé par l'interconnexion criante de ces deux disciplines. Il suffit de se pencher sur l'éducation thérapeutique pour voir surgir des approches narratives. L'approche clinique est associée à l'approche narrative, il s'agit de son fondement direct (Lacroix, 2008). De plus l'éducation thérapeutique use de l'histoire du patient et de la mise en mots qu'il fait de son vécu pour cibler les éléments qui constituent la symbolique de son affliction (Esnault, 2017).

Ainsi cet entrelacement n'a rien d'étonnant mais peut s'expliquer par le socle commun de valeurs défendues par médecine narrative et éducation thérapeutique. Malgré ce léger couac, les étudiantes ont majoritairement été aptes à isoler et à cibler les éléments de médecine narrative qui leur semblent profitables à leur pratique future.

L'outil qui soulevait le moins d'enthousiasme tient à l'exercice de l'écrit qui semblait en majeure partie chronophage voire inefficace. Le message transmis aux étudiantes n'a peut être pas été suffisamment appuyé par la présentation en ce sens. De nombreuses études justifient l'intérêt de l'écrit et ce dans différents domaines notamment au cœur de l'enseignement médical.

L'écrit améliore la perception du ressenti et à l'issue du déchargement des mauvaises expériences, une étude a rendu compte que l'apprentissage est meilleur (Dimenichi, Ceceli, 2019). En corollaire, une étude a démontré que l'écriture de faits positifs a permis de réduire le stress auprès des étudiants en période d'examens (Shen, 2018).

Afin de contrebalancer ces assertions positives, une étude menée récemment met en lumière l'intérêt pédagogique de l'expressive writing bien qu'il ne revête pas de caractère nécessaire au sein de la formation en médecine (Cowen, Kaufman, 2016). Il semblerait que l'utilisation d'un tel outil soit en lien direct avec un attrait intra-personnel. Plus on apparaît en phase avec ce qui est complexe et qu'on est à même de nommer, plus l'on répond positivement à l'action de l'écriture salvatrice (Sabo Mordechay, Nir, 2019).

L'usage de l'expressive writing n'apparaît pas cependant comme un indispensable, mais qu'en est-il de la médecine narrative dans sa globalité ? A-t-elle un intérêt au sein de la formation en médecine et plus précisément en orthophonie ? Les réponses au questionnaire appuient l'intérêt des étudiants pour un tel cours mais qu'en est-il des expériences mises en œuvre en ce sens ?

Pour Wiezel, bien qu'il n'y ait pas de modèle d'éducation de la médecine narrative en Suède, il y a des secteurs au sein du cursus médical pour lesquels la médecine narrative aurait un grand potentiel pédagogique (Wiezel, Horodenska, 2017).

En 2019, une étude italienne met en exergue l'importance de consacrer un temps de cours pour améliorer l'empathie au cœur de la formation des étudiants infirmiers (Ferri, Rovesti, 2019). Cependant la médecine narrative apporte-t-elle des outils cohérents en ce sens ?

Pour Yang, les capacités empathiques ainsi que la réussite scolaire des étudiants infirmiers résultent de la combinaison d'apprentissages théoriques de type médecine narrative et d'une mise en pratique permise par l'existence de stages.

Cette étude rend compte de l'efficacité restreinte de la médecine narrative si celle-ci ne peut être mise en lien avec le concret, l'expérience clinique (Yang, Xiao, 2018).

2.4 Limites et perspectives

Parmi les biais évoqués ci-dessus et qui, pour certains, tiennent à des manquements au coeur de la présentation touchant principalement à des définitions non établies, on ne peut que questionner la non existence d'une partie qui remette en cause la médecine narrative et ses préceptes.

En effet, afin de permettre aux étudiantes de se faire une idée précise de l'intérêt de la médecine narrative il serait bon d'exposer les arguments de ses détracteurs.

En 2013, Seamus O'Mahony revient sur cette discipline pour en pointer les aberrations constitutives. En premier lieu, la médecine narrative s'est imposée comme la seule discipline humaniste enseignée en médecine. Cette hégémonie théorique ne permet pas d'imposer d'autres disciplines qui ont également leur intérêt.

La médecine narrative, de plus, revêt un certain sentimentalisme et se construit autour d'un jargon qu'O'Mahony juge quasi-mystique. Le rôle joué par les médecins adeptes de cette discipline lui apparaît douteux car leur pouvoir s'étend au-delà de compétences médicales. Ils influencent de manière indirecte la sphère privée et intime ce qui peut inciter le patient à présenter des attentes disproportionnées ou au contraire à trouver les interrogations du praticien embarrassantes voire intrusives. La médecine narrative peut également culpabiliser l'étudiant qui ne parvient pas à développer l'empathie prônée par Rita Charon et ses adeptes.

En dernier lieu, O'Mahony questionne l'intérêt de percevoir l'existence d'autrui comme une narration alors qu'elle n'est que suite d'événements qui ne se construisent pas nécessairement autour d'un schéma narratif. Toutes ces critiques, qui sont par ailleurs pertinentes, n'ont pas eu de place au coeur de cette présentation et auraient pu permettre aux étudiants d'avoir une vision globale ainsi que de mettre en exergue des points à questionner. O'Mahony ne juge pas la médecine narrative inefficace, il s'appuie simplement sur des points qui peuvent effectivement être discutés. Ne pas avoir exprimé cette voix peut être perçu comme un biais de prise de position qui, bien qu'il soit fréquent au coeur des cours délivrés dans l'enseignement supérieur, ne m'apparaît pas comme réellement juste.

Les deux axes qu'il me semblait judicieux de mettre en lumière à l'issue de ce mémoire tiennent au développement et à l'entretien d'un bagage culturel ainsi qu'à l'état de la relation thérapeutique au regard de la télémédecine.

L'un des principaux éléments défendus par O'Mahony et qui transparaît également dans les réponses aux questionnaires se rapporte à la portée du bagage culturel. Les étudiantes reconnaissent très largement l'intérêt d'être des individus curieux afin d'être des soignants préparés. Ce constat peut constituer un tremplin réflexif à la mise en place d'un enseignement généraliste de l'orthophonie, une éducation libérale des arts qui sous-entend une interconnexion des disciplines entre elles.

Cette vision humaniste de l'université est initialement défendue au 14^{ème} siècle en Italie mais elle a toujours un certain retentissement à ce jour. Elle vise à former des individus pensants, des citoyens, des hommes avant d'éduquer des techniciens ou des spécialistes (Charlet, 2015). L'idée principale de cette éducation s'attache à créer des individus possédant un esprit critique et capable de développer des attraits pour les arts, la culture et les savoirs dans leur globalité. Cette approche, bien que considérée, n'est que rarement adoptée car elle sous entend la mise en place d'un cursus dense et étendu. De plus, son application en Faculté de Médecine en Suède a souffert d'une grande disparité dans l'appréhension des matières, les enseignements techniques et concrets étant perçus à ce jour comme plus sérieux et plus utiles. En interrogeant les étudiantes quant au point le plus utile de la présentation en médecine narrative, on retrouve un attrait pour le concret, les enseignements purement théoriques pouvant apparaître intéressants mais ne sont que rarement qualifiés de pertinents. Tout comme à Lund (Suède), faire pénétrer les humanités au cœur de l'enseignement médical s'apparente plus à l'amélioration d'une appétence personnelle qu'à une compétence professionnelle à part entière (Wachtler, Lundin, 2006).

En vue de la situation actuelle de confinement généralisé, une autre perspective me semblait intéressante d'être abordée, il s'agit de la relation thérapeutique au regard de l'émergence de la télémedecine. Les étudiantes ayant un intérêt pour cette discipline et la médecine narrative mettant le droit du patient et la relation qu'il tisse avec son thérapeute au centre, il est légitime de se poser la question de sa place au regard de séances effectuées en visio.

En 1997, on se posait déjà la question de la télémedecine, de ses avantages ainsi que de ses inconvénients. Ce que l'on retient des avantages tient à la capacité à travailler avec des patients qui sont dans des endroits reculés (sous couvert d'une bonne couverture réseau) mais également le fait de recentrer la relation autour de la narration, les examens et autres palpations n'étant pas permis (Woottoo, Dar-kins, 1997).

En revanche, ce que ne permet que peu la télémedecine tient au paraverbal et il subsiste en outre un obstacle de taille à ne pas négliger qui tient au rapport à l'image. Le patient adolescent ou le patient ayant subi une opération mutilante peut avoir un rapport à son image complexe voire handicapant, il ne faudrait pas le négliger. La confidentialité des séances pose également question, la présence d'un tiers étant tout à fait possible lors des rééducations en visio.

Ce domaine est encore trop peu connu et peu exercé pour que l'on puisse cependant en comprendre et en apprécier les retentissements et les limites.

2.5 Conclusion :

Alors que l'accent mis au sein de la formation en orthophonie tient à la relation thérapeutique, l'idée d'apporter de nouveaux outils cliniques m'est apparu arriver à point nommé. L'orthophonie, de part sa structure en relation duelle et de part l'implication exigée par les deux parties, place l'alliance thérapeutique au centre de toute rééducation. Comprendre ce qui se joue au cœur de ce binôme et l'appréhender justement est un enjeu primordial. Avec la mise en place du grand oral du CCO qui encourage à se pencher sur des choix étiques et des questionnements relationnels, l'école d'orthophonie engage les étudiants à réfléchir à la dynamique complexe qui se joue entre patient et soignant.

La médecine narrative propose des outils intéressants qui permettent de développer l'empathie, de rendre compte du discours du patient, de poser les bonnes questions et d'emprunter un positionnement adéquat. De plus, son attrait pour la narration, pour l'analyse communicationnelle corrobore parfaitement les axes de prise en charge orthophonique. Le risque tenait à une absence d'intérêt par les étudiantes ainsi qu'à la délivrance d'informations redondantes.

Les résultats de ce mémoire infirment tout à fait ce constat, les étudiantes ayant un attrait important pour la relation thérapeutique, ne semblent pas familières des notions délivrées par la médecine narrative et encourage la mise en place d'un tel cours au sein de la formation. Elles considèrent l'écoute attentive, le close reading et dans une certaine mesure, l'expressive writing, comme des outils pertinents. Cultiver un bagage culturel leur apparaît également d'un intérêt certain. Cet aspect développé par la médecine narrative et entretenu également par une approche humaniste de l'éducation pose la question d'une ouverture des études en santé aux humanités qui permettront de former des professionnels compétentes tout autant que des individus avisés.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM SMITH, Jeremy (2016, 25 Août) The Science of the Story. Greater good Magazine. Consulté sur https://news.berkeley.edu/berkeley_blog/the-science-of-the-story/ le 27.11.19
- ARNTFIELD Shannon, SLESAR Kristen, DICKSON Jennifer, CHARON Rita (2014, Avril) Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies. Patient Educs Count. DOI:10.1016/j.pec.2013.01.014
- ARNTFIELD Shannon L., SLESAR Kristen, DICKSON Jennifer, CHARON Rita (2013, Juillet) Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies. DOI : 10.1016/j.pec.2013.01.014
- ASSAL Jean Philippe, LACROIX Anne, L'éducation thérapeutique du patient. Nouvelles approches de la maladie chronique. Éditions VIGOT, 1998, Paris. 205p.
- B. MORRIS, David (2008, Hiver) Narrative medicine: Challenge and Resistances. Perm J. DOI: 10.7812/tpp/07-088
- BANFI Paolo, CAPPuccio Antonietta, LATELLA Maura, REALE Luigi, MUSCHIANISI Elisa, MARINI Maria Giulia (2018) Narrative medicine to improve the management and quality of life of patients with COPD: the first experience applying parallel charts in Italy. DOI: [10.2147/COPD.S148685](https://doi.org/10.2147/COPD.S148685)
- BREUNING M, LUCIUS-HOENE G, BURBAUM C, HIMMEL W, BENGEL J (2017, Avril) Patient experiences and patient centeredness: The website project DIPEX. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. DOI: 10.1007/s00103-017-2524-y.
- BULTE, BETTS, GARNER, DURNING (2009, Janvier) Student teaching: views of student near-peer teachers and learners DOI : 10.1080/01421590701583824
- BURY, Mike (2001) Illness narratives: fact or fiction. Blackwell Publishers Ltd. ISSN 0141±9889.
- CHANDESON Gérard, LANCESTRE Antoine. L'analyse transactionnelle. Que sais-je? Presses universitaires de France. Paris, 2017. 128p.
- CHARLET, Jean Louis (2015, Novembre) Qu'est ce que l'éducation humaniste ? OpenEdition Connaissance hellénique. Disponible sur <https://ch.hypotheses.org/1387>
- CHARON, Rita (2013, 1^{er} mars) At the membrane of care: Stories in narrative medicine. Academic medicine 87(3). 342-347. DOI: 10.1097%2FACM.0b013e3182446fbb
- CHARON, Rita. Narrative medicine: honoring the stories of illness. Éditions OUP USA. 29 janvier 2008. 304p.
- CHARON, Rita. Stories Matter: The Role of narrative in Medical ethics. Reflective bioethics. Routledge 1st edition. 16 juin 2002. 194p.

CHARON, Rita et al. (2016, 16 juin) *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. Oxford University Press. med-9780199360192.indd. Consulté sur: https://www.narrativemedicine.org/wp-content/uploads/2017/09/Chapter7_Principles_and_Practice_of_Narrative_Medicine.pdf le 27.11.19

CHARON, Rita (2006) *Narrative Medicine: Honoring the stories of Illness*. Oxford University Press. Consulté sur https://www.academia.edu/37834390/Narrative_Medicine_Honoring_the_Stories_of_Illness le 27.11.19

CHARON, Rita (2013, 1^{er} mars) *At the Membranes of care: stories in narrative medicine*. Acad med. DOI: :10.1097/ACM.0b013e3182446fbb

CHARON, Rita (2001, 17 octobre) *Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust*. American Medical Association. JAMA.

CHARON, HERMANN (2012, Janvier) *A Sense of Story, or Why Teach Reflective Writing?* DOI :10.1097/ACM.0b013e31823a59c7

CELESTIN- LHOPITEAU Isabelle, WANQUET-THIBAUT Pascale. *Guide des pratiques psychocorporelles. Ressources pour les soins et la santé*. Elsevier Masson, Paris 2018. ISBN 978-2-294-75858-4

CLARKE, Jodi (2020) *Cognitive vs. Emotional Empath*. Social Psychology.

DA HUANG Chien, LIAO Kuo-chen, CHUNG Fu-Tsai, TSENG Hsu-Min, FANG Ji-Tseng, LII Shu-Chung, KUO Han-Pin, YEH San-Jou, LEE Shih-Tseng (2017) *Different perceptions of narrative medicine between Western and Chinese medicine students*. BMC Mec Educ. DOI: 10.1186/s12909-017-0925-0.

DICKSON Jennifer, L. ARNTFILED, Shannon, CHARON Rita, SLESAR Kristen (2014, 21 avril) *Narrative medicine as a means of training medical students towards residency competencies*. Patient Educ Council 91(3) 280-286. Consulté sur [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3992707/>] le 16/06/2019

DIVINSKY Miriam (2007, Février) *Stories of live, introduction to narrative medicine*. Canada Family Physician.

FIORETTI, Chiara, MAZZOCCO Ketti, RIVA, Silvia, OLIVERI, Serena, MASIERO Marianna, PRAVETTONI, Gabriella (2016, 25 janvier) *Research studies on patients' illness using the Narrative Medicine approach: a systematic review*. BMJ Publishing group. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011220

FISCHER, Gustave-Nicolas (Mars 1999) *Le concept de relation en psychologie sociale. Rencontre-Recherche en soins infirmiers*. Numéro 56. Consulté sur [<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/56/4.pdf>] le 16/06/2019

FERRI, ROVESTI, BONETTI (2019, Novembre) *Evaluation of empathy among undergraduate nursing students: a three-year longitudinal study*. DOI : : 10.23750/abm.v90i11-S.8874.

GREENLAUGH Trisha, HURWITZ Brian (1999, janvier) *Narrative based medicine: Why study narrative?* BMJ DOI:10.1136/bmj.318.7175.48

HWANG Kun, FAN Huan, HWANG Se Won. (2013, Août) Writing about an experience of illness in medical students. DOI : 10.2147/AMEP.S46261

JOHNA Samir, RAHMANN Simi (2011) Humanity before Science: Narrative Medicine, Clinical Practice, and Medical Education. The Permanent Journal. PMID: 22319427

JOUBERT, Olivier (2018) Impact de l'Art-thérapie à dominante arts plastiques sur les soins orthophoniques d'enfants atteints de retard du langage et de la parole. Mémoire de fin d'études. Consulté sur http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Art-Therapie/2018_Art-therapie_JoubertOlivier.pdf le 27.11.19

KEREVER, Rosenn (27 juin 2016) État des lieux de l'utilisation de l'hypnose en orthophonie. Mémoire de fin d'études. Consulté sur <https://www.amersafieddine.com/wp-content/uploads/sites/2178/2018/03/memoire-rosenn-kerever.pdf> le 27.11.19

LACROIX, Anne (2008, Janvier) Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? DOI : 10.3917/spub.074.0271

LATOUR Yolaine. Les stratégies PNL d'apprentissage en orthophonie. Interactif. Consulté sur <https://interactif.be/article-detail.php?ArticleID=9§ion=apprentissage> le 27.11.19

LAURIE, Marion (2016) L'impact du refus de soin sur la relation soignant-soigné. Mémoire de fin d'études. Consulté sur [<http://www.ifsiquimper.fr/ent/docs/mirsi/MarionLaurie.pdf>] le 16/06/2019

MASQUELET Alain Charles, Penser la relation de soin; Pour une approche clinique renouvelée. Seli Arsan, Paris, 2011. 188p.

MATTHIESSEN Peter F. , KALITZKUS Vera (2009, Hiver) Narrative-based medicine: Potential, pitfalls and practice. The Permanente Journal 13(1) 80-86. Consulté sur [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3034473/#i1552-5775-13-1-80-b39>] le 16/06/2019

MAUDUIT, Laurence. L'éducation thérapeutique du patient en 7 notions. Éditions DUNOD, 2014. Paris. 177p.

MICHAUX, Lise. Cultures et valeurs dans l'univers du soin. D'une logique de la différence à une logique de l'ouverture. Éditions Seli Arsan, 2015, Paris. 172p.

MUNEEB, Aeman (2017) The Art of Healing through Narrative Medicine in Clinical Practice: A Reflection. The Permanente Journal. 21. DOI: 10.7812%2FTPP%2F17-013

NAIDEMIRO O., BRITTEN N., LLOYD H., WOLF A. (2019, Novembre) The potential and pitfalls of narrative elicitation in person-centered care. DOI: 10.1111/hex.12998

NASIELSKI, Salomon (2012) Gestion de la relation thérapeutique: entre alliance et distance. Actualités en analyse transactionnelle. p.12-24. Mise en ligne 2014. DOI:<https://doi.org/10.3917/aatc.144.0012>

NATHAN, Tobie. La nouvelle interprétation des rêves. Éditions Odile Jacob, mars 2013, Paris. 249p.

OLTHOF-NEFKENS, KRUSE, DERKSEN, DE SWART, NIJHUIS-VAN DER SANFEN, KALF (2018, 8 Août) Improving Communication between Persons with Mild Dementia and Their

Caregivers: Qualitative Analysis of a Practice-Based Logopaedic Intervention. DOI: 10.1159/000491081

O'MAHONY, Seamus. (2013) Against Medecine narrative. Perspective in Biology and Medecine. John Hopkins University Press. ISSN : 1529-8795

OSHEROFF Jerome, FORSYTHE Diana, BUCHANAN Richard (1991, Avril) Physicians' Information Needs: Analysis of Questions Posed during Clinical Teaching. DOI : 10.7326/0003-4819-114-7-576

PHANEUF, Margot (2016, Mars) L'alliance thérapeutique comme instrument de soin. Mémoire de fin d'études. Consulté sur <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf> le 27.11.19

PROCHASKA et coll. (1997) Annexe. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente. HAS. Consulté sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf le 27.11.19

ROSTI, Giovanni (2017) Role of narrative-based medecine in proper patient assessment. Support Care Cancer. DOI: 10.1007/s00520-017-3637-4

ROZE Cécile (2015, juin) Création d'un protocole associant sophrologie et éducation vocale, en vue d'une application à la dysphonie : essai sur une population de futurs enseignants. Mémoire de fin d'études. Consulté sur <http://thesesante.ups-tlse.fr/1661/1/3405A20154.pdf> le 27.11.19

SABERI-MOHAVED Amir-Seena, WAQAR Syed, SALHA Ahmad (2018, Mars) Perspective on narrative medecine. DOI: 10.2147/COPD.S163396

SAVIN-BADEN Maggi, VAN NIEKERK Lana (2007, Septembre) Narrative inquiry: Theory and practice. Journal of Geography in Higher Education 31 (3) 459-472. DOI: 10.1080/03098260601071324

TOURETTE-TURGIS Catherine, L'éducation thérapeutique du patient. La maladie comme occasion d'apprentissage. Éditions De Boeck, 2015, Louvain-la-neuve. 166p.

VERHOEVEN, Moniel, VAN NEERVEN Ignatius. Soigner et accompagner: perspectives anthropologiques. Les pratiques de soins et les compétences culturelles. Éditions DE BOECK-ESTEM, Paris, 2014. 243p.

WACHTLER Caroline, LUNDIN Susanne, TROEIN Margareta (2006, Mars) Humanities for medical students? A qualitative study of a medical humanities curriculum in a medical school program. DOI : 10.1186/1472-6920-6-16

WIEZEL Iwona, HORODENSKA Magdalena (2017, Juillet) Is There a Need for Narrative Medicine in Medical Students ' Education? A Literature Review. DOI : DOI : 10.1007/s40670-017-0426-0

YANG, XIAO, CAO (2018, Août) Does narrative medicine education improve nursing students ' empathic abilities and academic achievement? A randomised controlled trial. DOI: 10.1177/0300060518781476

ZAHARIAS, George, 2018, Mars) What is narrative-based medicine? Narrative-based medicine 1. PMID:29540381

ZAHARIAS, George. (2018, Avril) Narrative-based medicine and the general practice consultation. Narrative-based medicine 2. PMID:29650604

ZAHARIAS, George (2018, Mai) Learning narrative-based medicine skills. Narrative-based medicine 3. PMID:29760254

ZIEBLAND Sue, LAVIE-AYAJI Maya, LUCIUS-HOENE Gabriele (2015, Février) the rôle of the internet for people with chronic pain: examples from the DIPEX International Project. BR J Pain. DOI: 10.1177/2049463714555438

ZICOLA, Michael, ROSENBLATT Dominique, Soins et relation. Éditions transverse, Orléans. Février 2016. 257p.